

SODOBNI KONCEPTI CEPLJENJ IN PREVENTIVNE
V OSONOVNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU
CONTEMPORARY VACCINATIONS AND PREVENTION
CONCEPTS IN PRIMARY HEALTH CARE

TRETJA
ZNANSTVENA
KONFERENCA
Z MEDNARODNO
UDELEŽBO

THIRD SCIENTIFIC
CONFERENCE WITH
INTERNATIONAL
PARTICIPATION

Zbornik prispevkov
Proceedings





SODOBNI KONCEPTI CEPLJENJ
IN PREVENTIVE V OSNOVNEM
ZDRAVSTVENEM VARSTVU
*CONTEMPORARY VACCINATIONS
AND PREVENTION CONCEPTS
IN PRIMARY HEALTH CARE*

SODOBNI KONCEPTI CEPLJENJ
IN PREVENTIVE V OSNOVNEM
ZDRAVSTVENEM VARSTVU

*CONTEMPORARY VACCINATIONS
AND PREVENTION CONCEPTS
IN PRIMARY HEALTH CARE*

TRETJA ZNANSTVENA KONFERENCA
Z MEDNARODNO UDELEŽBO

THIRD SCIENTIFIC CONFERENCE
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

Zbornik prispevkov
Proceedings



KOPER
2015

Zbornik prispevkov z recenzijo
Sodobni koncepti cepljenj in preventive v osnovnem zdravstvenem varstvu
Contemporary vaccinations and prevention concepts in primary health care
Tretja znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, 19. junij 2015

Uredniki izdaje ■ Vesna Zadnik, Tamara Štemberger Kolnik, Katarina Babnik, Mariza Bulič,
Martina Kocbek Gajšt

Recenzenti ■ Mojca Bizjak, Vesna Čuk, Mateja Krajc, Tamara Poklar Vatovec, Mirko Prosen,
Majda Šavle, Pia Vračko

Lektorica ■ Tea Štoka

Oblikovanje, prelom in priprava za izdajo ■ Jonatan Vinkler

Izdala in založila ■ Založba Univerze na Primorskem, Titov trg 4, SI-6000 Koper,
Koper 2015

Glavni urednik ■ Jonatan Vinkler

Vodja založbe ■ Alen Ježovnik

ISBN 978-961-6963-54-1 (www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6963-54-1.pdf)

ISBN 978-961-6963-55-8 (www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6963-55-8/index.html)

ISBN 978-961-6963-56-5 (zgoščenka)

Izdelava zgoščene ■ Infokart, d. o. o.

Naklada ■ 120 izvodov

© 2015 Založba Univerze na Primorskem



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

616-084(082)(0.034.2)

615.37(082)(0.034.2)

SODOBNI koncepti cepljenj in preventive v osnovnem zdravstvenem varstvu [Elektronski vir] : tretja znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo = zbornik prispevkov = Contemporary vaccinations and prevention concepts in primary health care : third scientific conference with international participation : proceedings / [uredniki Vesna Zadnik ... et al.]. - El. knjiga. - Koper : Založba Univerze na Primorskem, 2015

Način dostopa (URL): <http://www.hippocampus.si/isbn/978-961-6963-54-1.pdf>

Način dostopa (URL): <http://www.hippocampus.si/isbn/978-961-6963-55-8/index.html>

ISBN 978-961-6963-54-1 (pdf)

ISBN 978-961-6963-55-8 (html)

1. Vzp. stv. nasl. 2. Zadnik, Vesna

279887104

Vsebina

Pregled	11
1 UVODNE MISLI	13
EVGEN JANET Teorije zarote in cepljenje	15
MARKO VUDRAG Pomen cepljenja – znanstveno ozadje versus miti in stereotipi	23
2 PLENARNA PREDAVANJA	27
MARTINA HORVAT Zdravstvena nega v luči javnega zdravja	29
URŠKA IVANUŠ Izzivi pri uvajanju in izvajanju postopkov v zdravstveni negi z vidika znanosti in psevdoznanosti	37
LORRAINE MORGAN Predstavitev novega waleškega programa za udobno staranje in vloga strokovnjakov zdravstvene nege v njem	51
SANDRA RADOŠ KRNEL Stanje in možnosti raziskav javnega zdravja v Sloveniji	59
3 KONFERENČNI PRISPEVKI	63
MAJA ČUIĆ Analiza vloge prehrane v zdravem staranju v slovenski populaciji	65

JOŽICA EDER Pomen referenčnih ambulant pri zagotavljanju javnega zdravja	75
MOJCA FLORJANČIČ IN MOJCA KUSTER Spodbujanje žensk k udeležbi v programu ZORA	81
ANA FURLAN, DOROTEJA REBEC IN TAMARA POKLAR VATOVEC Prehranjevalne navade starostnikov na Krasu	89
URŠULA GAVEZ IN TAMARA POKLAR VATOVEC Prehranska kakovost obrokov in uživanja soli v osnovni šoli Gustava Šiliha Velenje	97
BARBARA JANEŽIČ IN MIRKO PROSEN Doživljanja in izkušnje starostnikov s sistemom zdravstvenega varstva na primarni ravni	103
MARKO JERKOVIČ, STOJAN KARIŽ IN KATARINA BABNIK Znanje, prepričanja in stališča zdravstvenih delavcev do cepljenja proti sezonski gripi: pregled raziskav	111
MARIJANA KAŠNIK IN MILAN KREK Sodobni koncepti preventive	123
KSENIJA KRAGELJ IN MIRKO PROSEN Organizacijski vidik poroda izven porodnišnice: vodenje poroda na primarni zdravstveni ravni	131
MATEJA KRŽIN, KATARINA BABNIK IN NADA TRUNK ŠIRCA Komplementarne in alternativne metode zdravljenja v preventivni dejavnosti primarnega zdravstvenega varstva	139
TAMARA LUBI Medicinske sestre skrbimo za zdravje otrok in mladostnikov	149
MATEJA MARTINC, TAMARA POKLAR VATOVEC IN MIHAELA JURDANA Vloga prehrane pri preprečevanju in zdravljenju nealkoholne zamaščenosti jeter	157
VESNA PEREZA IN TAMARA ŠTEMBERGER KOLNIK Mnenje staršev o cepljenju predšolskih otrok	163
MELITA PERŠOLJA IN ALDIJANA BALIČ Učinkovitost zdraviliške obravnave otroka z astmo	171
SANELA PIVAČ IN SEDINA KALENDER SMAJLOVIČ Spolno vedenje mladih – pomen preventivnih dejavnosti	179

URŠKA PRIMC IN SABINA LIČEN	
Znanje in osveščenost staršev predšolskih otrok o programu obveznega cepljenja	187
SLAVICA SUŠELJ IN TAMARA POKLAR VATOVEC	
Ocena prehranskega stanja in prehranske podpore starostnikov v Domu upokojencev Izola	195
MATEJA TOPLER IN NATAŠA VIDNAR	
Razširjenost kajenja med dijaki tretjih letnikov srednje šole	201
ZVEZDANA VRAŽIČ	
Zdravstveno vzgojno delo z odraslo populacijo – predstavitev spletne aplikacije napotitev v programe svetovanja za zdravje	213
ALENKA VREČAR IN MATEJA KRAJC	
Pomen komunikacije med diplomirano medicinsko sestro in pacientom v začetni fazi procesa genetskega svetovanja	217
ANAMARIJA ZORE IN ANEMARI SMOLEJ	
Cepljenost deklic proti humanim papiloma virusom v Zgornjegorenski regiji med leti 2009 in 2011	223
EVA ŽABERL IN MOJCA BIZJAK	
Brezglutenska prehrana v preventivi	231
4 ZAKLJUČNE MISLI	237
PETER RASPOR	
Fakulteta za vede o zdravju in njeno poslanstvo v zagotavljanju javnega zdravja	239
O avtorjih prispevkov	241
Pokrovitelj in sponzorji	245

Pregled

PLENARNA PREDAVANJA

ALVISA PALESE

Public Health and Nursing in Italy

MARTINA HORVAT

Zdravstvena in babiška nega v luči javnega zdravja

LORRAINE MORGAN

An overview of the new Ageing Well programme in Wales, and the role for Primary Care Nursing

SANDRA RADOŠ KRNEL

Stanje in možnosti raziskav javnega zdravja v Sloveniji

URŠKA IVANUŠ

Izzivi pri uvajanju in izvajanju postopkov v zdravstveni negi z vidika znanosti in psevdoznanosti

SEKCIJE KONFERENCE

Prehrana

Cepljenje

Preventiva pri otrocih in mladostnikih

Komunikacija

Prehrana in preventiva pri otrocih in mladostnikih

Preventiva pri odraslih v osnovnem zdravstvenem varstvu

**OKROGLA MIZA »IZZIVI CEPLJENJA V SODOBNI DRUŽBI:
STROKOVNE IN LAIČNE DILEME« POMEN CEPLJENJ, ZNAN-
STVENO OZADJE TER MITI IN STEREOTIPI O CEPLJENJU**

UDELEŽENCI: MARKO VUDRAG, EVGEN JANET, EVA BRECELJ

I Uvodne misli

Teorije zarote in cepljenje

Conspiracy theories and vaccination

Evgen Janet

Povzetek

Cepljenje je javnozdravstveni ukrep, ki je v preteklosti in še danes bistveno pripomogel k zmanjšanju obolevnosti in umrljivosti zaradi nalezljivih bolezni. Z zmanjševanjem klasičnih nalezljivih bolezni se med uporabniki cepljenja pojavlja vprašanje o smiselnosti tega ukrepa. Odločanje je kompleksen proces, na katerega vplivajo tako notranji dejavniki posameznika, npr. njegova nezavedna hotenja in želje kot tudi zunanji dejavniki, npr. sistemski ukrepi države, mediji in družba nasploh. Sporočila, ki jih zdravstvena služba posreduje prejemnikom z namenom vplivati na njegove odločitve, opisujejo na eni strani zdravstvena tveganja, na drugi strani pa priporočljiv odgovor. Teorije zarote vplivajo na uporabnika cepljenja tako, da prikazujejo manjšo učinkovitost cepiv, izpostavljajo stranske učinke po cepljenjih in zmanjšujejo zaznano tveganje za zbolevanje po naravni poti, kar uporabnika cepljenja vodi k temu, da se odloči proti cepljenju.

Ključne besede: cepljenje, odločanje, teorije zarote

Abstract

Vaccination is a public health measure that significantly reduces morbidity and mortality due to communicable diseases. By reducing the phenomenon of classic infectious diseases raises questions about the advisability of this measure. Decision-making is a complex process, which is affected by both internal factors of the individual, for example his unconscious desires and aspirations as well as external factors, for example systemic measures of the state, the media and society in general. Messages issued by the health service to the recipient describe on the one hand health risks, on the other hand the recommended response. Conspiracy theories affect the user of vaccination so as to show a lower effectiveness of vaccines, expose side effects after vaccination and reduce the perceived risk of being sick by natural way. All together leads the vaccination user to decide against vaccination.

Keywords: vaccination, decision-making, conspiracy theories

Uvod

Cepljenje je javnozdravstveni ukrep, ki je v preteklosti in še danes bistveno pripomogel k zmanjšanju obolevnosti in umrljivosti zaradi nalezljivih bolezni. Z zmanjševanjem pojava klasičnih nalezljivih bolezni se med uporabniki cepljenja pojavlja vprašanje o smiselnosti tega ukrepa. Po svetu je cepljenje z vidika obveznosti proti nalezljivim boleznim različno urejeno, države cepljenja podpirajo, kar se kaže skozi financiranje kot tudi strukturo in dejavnosti zdravstvenega sistema. K nam prihajajo nova cepiva, dražja, zelo selektivna (npr. cepivo proti raku materničnega vratu), na katera medicinska stroka, politika ter seveda uporabniki cepljenja nimajo vseh odgovorov. Ta cepiva in cepljenja postopoma, skozi razna sita, prehajajo na seznam zdravstvenih storitev, ki jih financira država, vendar niso več obvezna. V zadnjih letih tudi v Sloveniji začela prebujati razna civilna združenja, ki s pomočjo svojih podatkov na medijsko zelo odmeven način poskušajo vplivati na uporabnike cepljenj z namenom prepričevanja o škodljivosti in neučinkovitosti cepiv ter cepljenja. Uporabnik cepljenj je tako vedno bolj zmeden, kajti bolezni, proti katerim obvezno cepimo, se ne pojavljajo v velikem številu, ob tem se v medijih in internetnih forumih poudarjajo negativni učinki cepljenj. Opaža se tudi, da je medicinska stroka razdvojena glede novih cepiv, sam uporabnik pa potrebuje več kakovostnih informacij, na podlagi katerih sprejema odločitve. Vedno bolj se zaveda svoje ključne vloge pri odločanju o tej storitvi, zato želi biti aktivno vključen v proces in se ne zadovolji samo z enostransko informacijo, temveč hoče več. Postaja vse bolj osveščen, zahteva dvosmerno komunikacijo, vedno bolj se zaveda, da je on središče dogajanja in ne ponudnik storitve. Sprejeti mora odločitev:

- o tem, da bo s cepljenjem preventivno zaščitil npr. svojega otroka pred nalezljivimi boleznimi;
- za nova cepljenja, ki prihajajo v našo državo;
- proti cepivu oz. cepljenju.

Moral bo biti dobro seznanjen z vsemi prednostmi in slabostmi cepljenj, znati si bo moral izgraditi stabilno racionalno stališče, oblikovati motiv in na koncu se bo tako ali drugače odločil. Aktivnosti v zvezi s cepljenjem proti tej pandemski gripi v letu 2009 so nakazale na potrebo po poznavanju dejavnikov odločanja za prostovoljno cepljenje proti tej bolezni (1). Poleg skupnih napovednikov, ki vplivajo na odločitev za cepljenje proti pandemski in sezonski gripi (starost, spol, kronične bolezni, zaposlitev v zdravstvu, zaupanje medijem in pojav morebitnih stranskih učinkov po nekem cepljenju pri bližnji osebi), je bilo cepljenje proti pandemski gripi povezano tudi z odločitvijo za cepljenje proti sezonski gripi, zaupanjem v varnost cepiva proti pandemski gripi in v strokovne informacije v korist cepljenju ter s podobno odločitvijo bližnje osebe (1). V raziskavi stališč in prepričanj zdravstvenih delavcev (2) so se dejavniki, povezani s sprejemljivostjo cepljenja proti pandemski gripi, nanašali na prejšnja cepljenja proti gripi, na skrb v povezavi z varnostjo cepiva in na neposredno skrb za bolnike. Percepcija splošne javnosti glede resnosti novega seva pandemske gripe je prav tako vplivala na odločitev o cepljenju (3). Presenetljivo nizek delež (20 %) anketirancev je v času pojava pandemije v letu 2009 zaznaval, da imajo visoko tveganje za okužbo z novim virusom. To so povezovali s tem, da se je v medijih poročalo predvsem o milejšem poteku bolezni. Tisti,

ki so se redno cepili proti gripi, so tudi bolj sprejeli cepljenje proti novi gripi v primerjavi z necepljenimi. Relativno velik delež anketirancev (41 %) je izrazil strah glede varnosti cepiva. Visok delež (71 %) anketirancev zaupa splošnemu zdravniku oziroma njegovemu priporočilu za cepljenje (3). V sistematičnem pregledu raziskav, ki so se lotevale cepljenja dekllic proti HPV in so bile namenjene razumevanju stališč in vedenja staršev pred ter po odobritvi štirivalentnega cepiva proti HPV (4), se je pokazalo, da starši izražajo skrb glede varnosti cepiva in da si želijo več informacij predvsem s strani njihovega zdravnika. O cepljenju razmišljajo nekako tako kot o uporabi oralne kontracepcije: najbolje je investirati v to storitev takrat, ko si podvržen tveganju, oziroma ko dekleta postanejo spolno aktivna. Tisti starši, ki imajo več skrbi pred pojavom raka in sprejemajo sporočila o tveganju zaradi okužbe s HPV, z višjo verjetnostjo zagovarjajo to cepljenje. Zanimiva je tudi ugotovitev, da sta bila zavedanje o cepljenju in namera za samo cepljenje proti HPV višja ob začetku uvajanja cepljenja, kasneje sta upadli.

Sporočila in tveganja/koristi v povezavi s cepljenjem

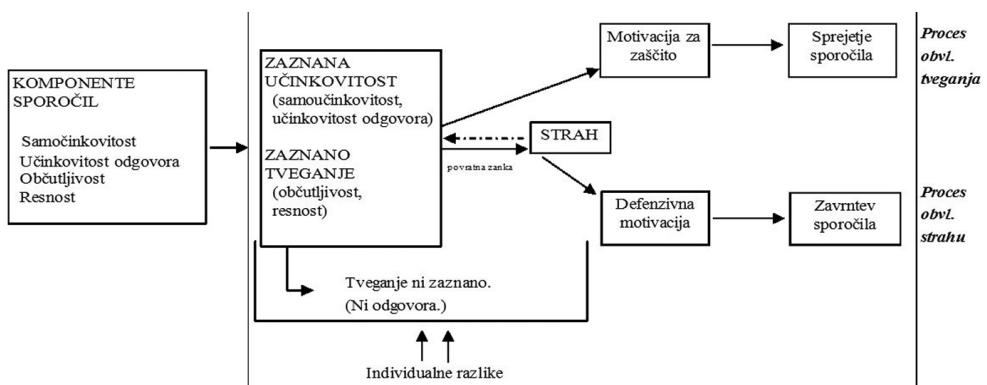
V zdravstvu imamo pogosto opraviti s sporočili, ki opisujejo tveganje (5), zato moramo tudi razumeti koncept sporočil o zdravstvenem tveganju. Kot primer navajam pojav novega virusa gripe v letu 2009, ki je povzročil pravo paniko v svetovnem merilu. Hkrati so se ob pojavu nove pandemije začeli izvajati ukrepi, ki bi pomagali ublažiti sam potek pandemije – od splošnih sanitarno-higienskih ukrepov do specifičnih ukrepov, kamor sodi tudi cepljenje. Pokazalo se je, da je bilo v prvem valu, ko se pandemija še ni razvila z vsemi značilnostmi in ko še ni bilo cepiva, povpraševanje po cepivu zelo visoko. Po nekaj mesecih, ko se je izkazalo, da pandemija ne bo pustila velikih posledic na populaciji, ampak bolj na tistih posameznikih s kroničnimi oblikami obolenj, se je interes za cepljenje zmanjšal – hkrati so se pojavile prve informacije o stranskih učinkih cepiva. Cepljenje kot eden od specifičnih ukrepov po eni strani zmanjšuje tveganje za pojav resne nalezljive bolezni. Po drugi strani sam akt cepljenja prinaša s seboj določeno tveganje za dobro počutje, npr. strah pred bolečino ob vbodu z injekcijsko iglo, strah pred pojavom stranskih učinkov. Oboje – korist pred preprečitvijo pojava nalezljive bolezni pri posamezniku in škoda zaradi samega cepljenja, je vedno prisotno v mislih vsakogar, ki se namerava cepiti. Strah lahko razložimo kot notranjo čustveno reakcijo, ki je sestavljena iz psihološke in fiziološke dimenzije ter se pojavi ob zaznavi resnega in za posameznika relevantnega tveganja. Sporočila, ki jih zdravstvena služba posreduje prejemnikom, implicitno opisujejo neke vrste tveganja in inherentno povzročajo strah. Ločiti moramo med dejanskim in zaznanim tveganjem. Dejansko tveganje obstaja, pa če zanj vemo ali ne. Zaznano tveganje obstaja, ker mi zaznavamo oziroma mislimo, da obstaja – pa če je to dejansko res ali pa tudi ne. Sporočila o tveganju (pred npr. zbolevanjem za nalezljivo boleznijo) vsebujejo dve komponenti (5):

- komponento zdravstvenega tveganja:
 - resnost tveganja (jakost tveganja; prepričanje posameznika o pomembnosti in jakosti tveganja, grožnje);
 - občutljivost na tveganje (ali se meni lahko to zgodi; prepričanje, ki ga posameznik izkusi kot tveganje, grožnjo);
- priporočljiv odgovor:

- učinkovitost odgovora/ukrepa (ali slednji deluje);
- samoučinkovitost (ali lahko reagiram, sem zmožen reagirati);
- ovire za samoučinkovitost (kaj me ovira pri izvedbi določene aktivnosti).

Učinkovitost odgovora se nanaša na izvedljivost, uspeh, nenapornost uvedbe vedenja, ki vpliva ali odvrta tveganje. Zaznana učinkovitost vsebuje dve dimenziji: učinkovitost odgovora in samoučinkovitost. Učinkovitost odgovora so prepričanja posameznika o učinkovitosti odgovora na samo tveganje (npr. »gibanje preprečuje srčni infarkt«). Na ta način posameznik zaznava, da je priporočeni odgovor učinkovit v zastavljanju, odvrta, zmanjševanju ali izogibanju tveganja. Samoučinkovitost so prepričanja posameznika o njegovi sposobnosti izvajati aktivnosti za preprečevanje izpostavljenosti tveganju. Spremenljivka, povezana s samoučinkovitostjo, je bariera oziroma ovira. To so stvari, ki interferirajo z našo aktivnostjo in so lahko psihološke (občutek sramu), strukturne (pomanjkanje kolesarskih stez za gibajočo se populacijo), medosebne (partner noče uporabljati kondoma). Pogoste ovire za izvedbo aktivnosti na področju zdravega življenjskega sloga so povezane s pomanjkanjem veščin, s samozaupanjem, z znanjem, z dostopom do storitev ali opreme ...

Za ovire velja, da so integralni del koncepta samoučinkovitosti. To pomeni, da posamezniki z visoko zaznano samoučinkovitostjo ne zaznavajo visokih ovir za izvedbo aktivnosti in obratno. V splošnem velja, da je uvajanje visokega nivoja samoučinkovitosti eden od ključev za uspešno intervencijo (5). Raziskave procesov sprememb vedenja so pokazale, da sta tveganje in samoučinkovitost glavna dejavnika pri kreiranju sporočil o zdravstvenih tveganjih. Tveganje determinira jakost odgovora, medtem ko učinkovitost determinira naravo odgovora – ali bo šlo za procese, ki bodo delovali na obvladovanje strahu ali pa za procese povezane z obvladovanjem tveganj. Slednji vsebuje kognitivne procese, medtem ko je obvladovanje strahu vezano na čustvene procese (5). V teoriji obstaja kar nekaj modelov, ki poskušajo razložiti procese, ki vplivajo na vedenje posameznika, med njimi je dobro znan »Razširjeni model paralelnega procesiranja informacij« (5) (Slika 1).



Slika 1: Razširjeni model paralelnega procesiranja informacij

Na splošno model predpostavlja, da informacije o zdravstvenem tveganju inicirajo dvoje kognitivnih ocen: oceno tveganja in oceno učinkovitosti odgovora.

Na podlagi teh dveh ocen so možni trije odgovori: ni odziva, odgovor z namenom obvladovanja tveganja in odgovor z namenom obvladovanja strahu.

Slika 2 s pomočjo matrike prikazuje odnos med tveganjem in učinkovitostjo na podlagi zgoraj omenjenega razširjenega modela paralelnega procesiranja informacij.

	Visoka učinkovitost Prepričanje, da si sposoben/zmožen učinkovito se spopasti s tveganjem.	Nizka učinkovitost Prepričanje, da se ne moreš izogniti tveganju, pa čeprav bi se lahko, verjetno ne bi delovalo.
Visoko tveganje Prepričanje, da si v večji meri izpostavljen tveganju, ki ogroža zdravje.	Obvladovanje tveganj Posamezniki izvajajo zaščitne aktivnosti z namenom zmanjševanja tveganja.	Obvladovanje strahu Posamezniki zanikajo zdravstveno tveganje, aktivnosti usmerjene v zmanjševanje strahu.
Nizko tveganje Prepričanje, da je tveganje nepomembno in/ali trivialno.	Manjša zmožnost obvladovanja tveganj Posamezniki izvedejo nekatere aktivnosti, toda niso dovolj motivirani.	Brez odgovora Posamezniki tveganja ne dojemajo kot resno (ni resnično ali relevantno), pogosto se niti ne zavedajo tveganj.

Slika 2: Matrika tveganje/učinkovitost (6)

Kadar posameznik verjame, da lahko izvede priporočeni odgovor (npr. »Zame je enostavno, če se pripnem v avtu vsakič, ko se usedem vanj.«), in kadar verjame, da priporočeni odgovor deluje (npr. »Vem, da uporaba varnostnih pasov deluje in me ščiti, če bom doživel prometno nesrečo.«), jih njihova percepcija visokega tveganja in učinkovitega ukrepa motivira v smislu obvladovanja tveganja. Individualne razlike, kot je različni pogled na svet (individualizem ali kolektivizem), razlike v značilnostih posameznikov (anksioznost, različen lokus kontrole, iskanje senzacij ...) ali predhodne izkušnje v tem modelu ne delujejo neposredno na stališča, namere, vedenje, ampak posredno – na percepcijo tveganja oziroma učinkovitosti, slednja pa na prej navedene. Npr. visoko anksiozni posamezniki vidijo tveganja večja kot dejanska, za priporočene aktivnosti (učinkovitost) pa so prepričani, da so težje izvedljive kot dejanska. Tako anksiozni posamezniki prej dosežejo kritično točko, kjer so zaznana tveganja presežejo zaznano učinkovitost in se znajdejo v vrtincu obvladovanja strahu, ne pa tveganja (5).

Teorije zarote in cepljenje

Teorije zarote so poskusi pojasnjevanja dogodkov kot posledico delovanja močnih, zlonamernih sil (6). Z njimi se srečujemo vsakodnevno, nekatere med njimi so med nami že dolgo. Umor predsednika ZDA JF Kennedyja naj bi naročile vladne agencije ZDA, prav tako naj bi zrušitev dveh stolpov WTC v New Yorku izvedla CIA. Nekateri raziskave v ZDA kažejo, da več kot 20% anketirancev podpira idejo o povezavi med otroškimi cepivi in avtizmom (7). Obstajajo tudi druge teorije zarote v zvezi s cepljenji. V središču gibanja proti cepljenju so velika farmacevtska podjetja in vlade, ki prikrivajo resnične informacije o cepivih z namenom doseganja svojih sebičnih interesov. Po najbolj priljubljenih teorijah, so farmacevtska podjetja podkupile raziskovalce, ki so ponaredili svoje podatke, z namenom prikrievanja dokazov o škodljivih stranskih učinkih cepiv ter napihnilo statistične podatke o učinkovitosti cepiv (8). Kateri pa so dejavniki teorij zarot, ki vplivajo na odnos do cepljenja. Večje zaznane tveganje s cepivi se povezuje z nepripravljenostjo za cepljenje (9). Na primer, mnogi ljudje verjamejo, da imajo cepi-

va nevarne stranske učinke in da je izpostavljenost naravnemu poteku bolezni boljša od cepljenja (10). Občutek nemoči je tudi možen dejavnik (11), ki se nanaša na dojetje nezmožnosti na vplivanje na izid, kadar sprejmemo določene ukrepe (12). Nemoč, povezana s prepričanji v teorije zarote glede cepiv (13) ter izpostavljenosti takim teorijam, poveča občutke nemoči o sposobnosti za spremembo zdravstvenih izidov ter s tem tudi zmanjša namero cepljenja. Ko kažejo raziskave, imajo teorije zarote več kot samo trivialen vpliv na cepljenja (11). Prepričanja v t.i. „anti-cepilne teorije zarote“ - kot je prepričanje, da je raziskava o učinkovitosti cepiva prirejena, da bi povečala dobičke farmacevtskih podjetij – so povezana z zmanjšano namero pristopiti k cepljenju (11). Prav tako je raziskava je pokazala, da izpostavljenost „anti-cepilni teoriji zarote“ neposredno vpliva na namero pristopiti k cepljenju. Precej velik vpliv ima posredovanje zaznanih nevarnosti, povezanih s cepivom (11). Učinek je bil še dodatno podkrepljen z občutkom nemoči, razočaranja in nezaupanja v oblasti (tiste, ki načrtujejo in izvajajo cepljenje). Zgleda, da „anti-cepilna teorija zarote“ uvaja neupravičen sum o varnosti cepiv in poveča občutke nemoči in razočaranja, hkrati pa zmanjšuje zaupanje v oblasti, kar na koncu pripelje do nepripravljenosti za cepljenje. Kot kaže, lahko „anti-cepilne teorije zarote“ proti cepivu, zato predstavljajo resno oviro za izvajanje cepljenja (11).

Zaključek

Razvoj cepiv je eden izmed najpomembnejših napredkov v medicini, ki pa zadnja leta zaradi več razlogov izgublja na veljavi (11). Živimo v družbi tveganja (14), za katero je značilno, da je koncept napredka zamenjal koncept tveganja in znanost izgublja velik del svoje avtoritete (15). Tudi sporočila, ki jih zdravstvena služba posreduje prejemnikom, opisujejo na eni strani zdravstvena tveganja (resnost in občutljivost), na drugi strani pa priporočljiv odgovor. Le ta vsebuje tri komponente: učinkovitost odgovora, samoučinkovitost posameznika ter ovire, ki to samoučinkovitost preprečujejo. Oboje (tveganja ter odgovor) lahko ponazorimo z modelom procesiranja (zdravstvenih) informacij ter matriko tveganje/učinkovitost (5). Teorije zarote imajo relativno veliko podporo v populaciji z vidika cepiv (16), predvsem se nanašajo na zmanjševanje učinkovitosti cepiv, izpostavljanje stranskih učinkov po cepljenjih, z zmanjševanjem zaznanega o tveganje za zbolevanje po naravni poti (11) (16). Uporabnika cepljenja vodijo k temu, da se odloči proti cepljenju.

Literatura

1. Podlesek A, Roškar S, Komidar L. Some factors affecting the decision on non-mandatory vaccination in an influenza pandemic: comparison of pandemic (H1N1) and seasonal influenza vaccination. *Slov J Public Heal.* 2011; 50(4): 227–238.
2. Walker DW, Sloan SS, Kozlica JD. Public health worker attitudes and beliefs concerning 2009 H1N1 and seasonal influenza vaccines. *Am J Infect Control.* 2012; 40(3): 267–9.
3. Seale H, Heywood AE, McLaws M-L, Ward KF, Lowbridge CP, Van D, et al. Why do I need it? I am not at risk! Public perceptions towards the pandemic (H1N1) 2009 vaccine. *BMC Infect.* 2010; (10): 99. Dostopno tudi na: <http://www.pub->

- medcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2864274&tool=pmcentrez&render-type=abstract
4. Trim K, Nagji N, Elit L, Roy K. Parental Knowledge, Attitudes, and Behaviours towards Human Papillomavirus Vaccination for Their Children: a Systematic Review from 2001 to 2011. *Obstet Gynecol Int.* 2012; Article ID 921236. Dostopno tudi na: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3184497&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 5. Barth J. Prevention through fear? : the state of fear appeal research an expert report. Health Education. Cologne : BZgA, 2000.
 6. Kim Witte, Gary Meyer DPM. Effective Health Risk Messages: a Step-By-Step Guide. Sage Publications inc.; 2001.
 7. Sunstein Cass R. Vermeule Adrian. Conspiracy Theories. *Harvard Public Law Work Pap.* (199): 138–47.
 8. Shakur T. Republicans More Likely To Subscribe to Government Conspiracy Theories. 2013.
 9. Kata A. Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm: an overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. *Vaccine.* 2012; 30(25): 3778–89; Dostopno tudi na: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X11019086>
 10. Wilson T. Factors influencing the immunization status of children in a rural setting. *J Pediatr Heal Care.* 2000; 14(3): 117–21. Dostopno tudi na: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891524500700228>
 11. Salmon D, Sotir MJ, Pan WK, Berg JL, Omer SB, Stokley S, et al. Parental vaccine refusal in Wisconsin: a case-control study. *WMJ.* 2009; 108(1): 17–23.
 12. Jolley D, Douglas KM. The effects of anti-vaccine conspiracy theories on vaccination intentions. *PLoS One.* 2014; 9(2).
 13. Stern PC. Toward a Coherent Theory of Environmentally Significant Behavior. *J Soc Issues.* 2000; 56(3): 407–24.
 14. Jolley D, Douglas KM. The social consequences of conspiracism: Exposure to conspiracy theories decreases intentions to engage in politics and to reduce one's carbon footprint. *Br J Psychol.* 2014; 105.
 15. Beck U. Družba tveganja. Ljubljana: Založba Krtina, 2009.
 16. Radman H. Problem tveganja v sodobni družbi [diplomska naloga]. Univ. v Ljubljani, Fak. za družbene vede, 2002.
 17. Oliver JE, Wood T. Medical conspiracy theories and health behaviors in the United States. *JAMA Internal Med.* 2014; 174(5): 1–2.

Pomen cepljenja – znanstveno ozadje versus miti in stereotipi

The importance of vaccination – a scientific background versus myths and stereotypes

Marko Vudrag

Bolezni, kot so davica, tetanus, otroška paraliza, rdečke ali ošpice, v Sloveniji danes praktično ne vidimo več. Pozabili smo, koliko strahu so nekoč povzročale in kako ne-močni smo bili v spopadu z njimi. Številni otroci so zaradi njih umirali ali ostajali po-habljeni in prizadeti. Cepljenje lahko zato pozdravljamo kot enega najučinkovitejših ukrepov sodobne medicine, saj ne zdravi, pač pa preprečuje bolezni. Od kod potem ne-gativna konotacija, ki jo *cepljenje* ima, in to kljub temu, da v našem zdravstvu za pa-ciente in sodržavljane skušamo ponuditi *samo najboljše*. Kar *cepljenje* zanesljivo in po vseh znanstvenih merilih je. Lahko ga štejemo za enega najbolj učinkovitih medicin-skih ukrepov v zgodovini človeštva. A žal so danes mnogi prispevki polni sarkazma na račun *cepljenja*. Res je, da je cepljenje kot uspešen ukrep postalo žrtev lastne uspešnosti. Nekateri skupine prebivalstva ga namreč odklanjajo kot nepotrebne, češ da se bole-zni, zaradi katerih cepimo, ne pojavljajo več. Odklanjajo ga tudi zaradi verskih, filozof-skih, prehrabnih, svetovnonazorskih razlogov ali pa zaradi lastne nepoučenosti. Da pa mnogi eksplicite nasprotujejo cepljenju *sui generis*, je res *mora*. Naj pojasnim!

Mnogi skeptiki omenjajo različne dodatke, pomožne snovi, različne kemikalije ali gene v cepivih, ki so domnevno škodljivi, celo bolj kot bolezni, proti katerim cepimo. Ampak naše telo, na primer, samo proizvaja formaldehid (konzervans ponekod v cepi-vih) v metaboličnih procesih, njegova prisotnost v telesu je torej nekaj povsem normal-nega in naravnega. Otroci imajo v organizmu 50-krat (petdesetkrat) več formaldehida od količine, ki jo dobijo z enim odmerkom cepiva. Naj napišem še besedo, dve o »zlo-glasnem« mikroelementu aluminiju, ki ga kot izjemno pomemben aditiv uporabljajo v cepivih: v prvih šestih mesecih novorojenčki s cepivi prejmejo okrog 4 miligrame alu-minija. V tem obdobju ga prejmejo preko materinega mleka okrog 10 miligramov, če pi-jejo umetno mleko, pa okrog 100 miligramov. Skoraj ves aluminij se hitro izloči iz or-ganizma. O metabolizmu, farmakodinamiki in toksikologiji (absorpcija, distribucija, desorpcija ...) prenekaterih snovi danes vemo veliko več, kot smo vedeli pred 30 ali 50 leti, tako da je strah povsem odveč, saj nima objektivnega vzroka. Velika znanstvenica Marie Curie je rekla: »Ničesar se ni treba bati, potrebno je vedeti.« O cepljenju se mo-

ramo torej podučiti in svoja stališča osnovati na znanstvenih dokazih. Žal imamo vsi, ki delamo v zdravstvu, na voljo premalo denarja za izobraževanje. Nerazumljivo? Ne, ni! V rokovniku slovenske politično - odločevalske elite je zdravstvo (in zdravstveni sistem) umeščeno zelo nizko. Za neoliberalno paradigmo je zdravstvo pač strošek.

Celo nekateri posamezniki, ki delajo v zdravstvu, teoretično implicirajo, da je, na primer, cepljenje proti gripi biohazard za zdravstvene delavce. Po nekaterih mnenjih bi ta hazard utegnil biti vzrok za poklicno bolezen in morebitno odškodnino. To so sicer sarkazmi enega dela zaposlenih v zdravstvu, ampak prav ti sarkazmi postanejo njihovo realno, negativno stališče do *cepljenja*. Le zakaj se avtorji teh sarkazmov norčujejo iz na dokazih temelječih znanstvenih prispevkov o (ne)povezavi nekaterih bolezni s cepljenjem? Ne verjamejo? Na tem mestu je treba razčleniti besedno zvezo o »domnevnih škodah« zaradi cepljenja, ki jo odločno uporabljajo nasprotniki *cepljenja*. Pa ne samo to! Med nami v zdravstvu je kar nekaj takih, ki so odkrito in izrazito proti *cepljenju*. Zato se znotraj uradno sprejete doktrine slovenske medicinske stroke lahko vprašamo, kakšen licenčni status naj imajo zdravniki, ki odklanjajo *cepljenje* (seveda ga lahko). Sami pa naj se vprašajo, ali so dober zgled za svoje paciente.

Cepljenje je star medicini ukrep, kajti pred več kot tri tisoč (3000) leti so na Kitajskem že cepili ljudi proti črnim kozam. *Cepljenje* v modernem smislu poznamo, odkar smo začeli spoznavati mikrosvet (bakterije in viruse), to je dobro stoletje ali dve. Tako smo rešili na milijone življenj. Če pa bi cepljenja opustili, bi nas nalezljive bolezni zdesetkale. Lahko že pandemski gripa (virus H1N1). Treba pa je vedeti, da je prav ta gripa (»španska«) takoj po prvi svetovni vojni samo v dveh letih po nekaterih ocenah odnesla več kot 100 milijonov ljudi po svetu. In tudi ta virus je v letošnji sezoni krožil med našim prebivalstvom (na srečo brez opazne škode). Stare civilizacije iz Amerik so izginile zaradi črnih koz. Malaria danes prizadene okrog 200 milijonov ljudi letno, od tega jih do 600.000 umre. Ukinitev cepljenj bi zanesljivo vodila v pogubo širše populacije, v številne smrti, zdravje mnogih bi bilo pohabljeno, kakovost življenja pa bedna. Pred dobo cepljenj – samo nekaj desetletij nazaj, so tudi otroci v Sloveniji umirali zaradi številnih »otroških« nalezljivih bolezni. Te bolezni niso nedolžne, med zapleti so lahko tudi zelo resni, celo smrt. Tega ni več! Zadnja velika epidemija otroške paralize je bila leta 1957, in takrat je veliko otrok umrlo ali ostalo pohabljenih. Mnogi otroci so do zgodnjih šestdesetih let prejšnjega stoletja umrli zaradi ošpic ali pa so bili hudo pohabljeni zaradi ošpičnega encefalitisa. Dojenčki so umirali zaradi apnoičnega napada pri oslovskega kašlju. Od leta 1951, ko se je pričelo cepljenje proti tetanusu v Sloveniji, praktično ne beležimo te bolezni, čeprav je smrtna pri enem izmed petih obolelih. Pa še kaj ...

Nasprotniki *cepljenja* so zlasti obupani, ker jih država »posiljuje«, kajti »obvezno cepljenje« je na neki način prisila. Ampak »obvezno cepljenje« je pravna in ne strokovna kategorija. Boljše bi bilo iskati strokovno kategorijo, ki bi zagotavljala takšno precepljenost prebivalstva, da bi pomenila kolektivno zaščito pred nalezljivimi boleznimi, proti katerim cepimo. Takih bolezni je pri nas devet, k njim pa lahko prištejemo še vsaj šest, kjer je cepljenje neobvezno, a zelo priporočljivo drugih (HPV, rotavirus, pnevmokok, KME, norice, hepatitis A). Morali bomo doseči vsesplošno soglasje med ljudmi, kjer bo slehernik sprejel odgovornost tveganja za svoje zdravje, če se ne cepi, in ne samo terjal pravic. Tudi za zdravje svojih otrok, ki imajo predvsem temeljno pravico, *biti*

zdravi. Tako kot je samoumevno in na podlagi splošnih običajev, sprejemati razne druge družbene odgovornosti v svojem socialnem okolju. Zato predlagam besedno zvezo »*priporočljivo cepljenje*«, kar je strokovna kategorija in tudi način, ki velja za cepljenje v večini razvitih držav. V teh visoko razvitih državah (Avstrija, Belgija, Danska, Francija, Nemčija, Italija, Švica, Velika Britanija, ZDA ...) se ponavljajo epidemije nekaterih bolezni, ki jih pri nas praktično ni več, zaradi česar *vlade teh držav močno spodbujajo državljanke k cepljenju, seveda na podlagi mnenja stroke, ki ga priporoča*. Treba je vedeti tudi to, da v omenjenih državah necepljeni otroci nimajo enakih pravic kot njihovi cepljeni vrstniki, smrtne žrtve in invalidnosti, predvsem otrok, pa so stalni sopotniki teh pojavov, čeprav v razvitih državah.

Pogosta trditev nasprotnikov *cepljenja* je tudi, da je »v Sloveniji veliko otrok poškodovanih s cepivi«. To ne drži! To ni res! V našem zdravstvu zanesljivo spremljamo in beležimo vse nepričakovane situacije ob zdravljenju ali ob posegih, če se zgodijo. Poleg tega je Slovenija z zakonom prevzela odgovornost za morebitne škode, ki bi se utegnile zgoditi. Tudi zaradi cepljenj. Nasprotniki cepljenja navajajo različne vire in strokovne članke iz svetovne zakladnice, ki so več ali manj uperjeni zoper *cepljenje* in navajajo domnevne škode, ki da so jih utrpeli prejemniki cepiv. Namenoma uporabljam besedo zvezo »domnevne škode«, kajti te škode je treba trdno in vzročno-posledično potrditi z dokazi. V svetu še ni na dokazih temelječih znanstvenih trditve, ki bi dokazale povezanost nekaterih bolezni (avtizem; nagle smrti; multipla skleroza; GB-sindrom ...), ki jih nasprotniki cepljenj navajajo in povezujejo s *cepljenjem*. Naj pojasnim!

V stroki upoštevamo merila in kazalnike, ki se delijo na dvoje: prvič, *pozitivna* – na dokazih temelječa znanstvena stališča; najvišja stopnja matematične objektivnosti; objektivno merjenje; in drugič, *normativna* – dejstev se ne opredeljuje numerično; prisotna je subjektivnost na najvišji ravni; vsebujejo norme (recimo tudi svetovne nazore) udeleženih in piscev. Poleg tega imajo vse znanstvene študije algoritem dokazovanja vzročno-posledičnih zvez, kot so npr. *moč povezave, konsistentnost študije, biološki gradient, koherenca, eksperiment* ... itd. Kajti če o neki zadevi vse svetovne študije govorijo v smislu merljivosti precej podobno, kar je običajno, in so potemtakem tovrstne študije konsistentne in sprejemljive (*znanstveno preverljive; resnične*), potem pa se včasih v svetovni znanstveni zakladnici pojavi o istem znanstvenem problemu neka »znanstvena študija«, ki je precej drugačna, zanjo strokovnjaki takoj vemo (in trdimo), da je nekonistentna in ni vredna »počenega groša«. Take študije strokovnjaki zavrtnemo kot netočne in zavajajoče, njihovi avtorji pa kljub temu seveda lahko tudi take »študije« ponekod objavijo in o njih govorijo okoli – svoboda govora pač. In takih »študij« ni malo.

V Sloveniji so v zadnjem času zlasti spoštovani nekateri v tujini delujoči in pišoči »strokovnjaki« iz Slovenije in iz nekdanje Jugoslavije, ki pišejo dokazljivo zavajajoče prispevke, zaradi katerih naša nepoučena javnost zaničuje domačo visoko stroko in znanost. Danes je veliko izobraženih ljudi, veliko je virov in možnosti, veliko jih želi priti do akademskih naslovov in zato pišejo in objavljajo. *Nekateri pišejo in objavljajo tudi neumnosti* in ne povsem potrjenih dejstev. Velikokrat opisujejo in razlagajo domneve in ne strogih dejstev. Nezadostno izobraženi ali premalo seznanjeni in laiki takih študij ne znajo obravnavati s kritične razdalje in jih razumejo kot vredne zaupanja in točne. Pogosto so take študije plod dobro načrtovane kampanje. Tako je tudi pričetek kampa-

nje proti cepljenju sovpadel z visoko donečo, a zavajajočo in prevarantsko študijo iz leta 1998, ki jo je A. W. objavil v *Lancetu*, čez čas – v enem desetletju – pa se je izkazalo, da je bila ta študija zlagana in zavajajoča in jo je *Lancet* tudi umaknil. *A. W. je zaradi tega izgubil zdravniško licenco.*

V javnem zdravju prebivalstva (*Public Health* – PH) opazujemo – merimo stanje zdravja celotnega prebivalstva. Zato je *cepljenje*, z vidika PH, res najučinkovitejši ukrep v medicini sploh, kjer so koristi neprimerljivo višje, kot so kakršna koli tveganja, kljub temu, da tveganja, tako kot pri vsakem zdravilu, obstajajo. Pri tem je pomembno razumeti mikrosvet, ki živi svoje ravnovesje in ga mi – pametni makro svet – komaj razumemo in brzdamo. Da ne bi bili začudeni, če bomo v svojem življenju, ki se bo zanesljivo izteklo, že prej doživeli tudi kakšno super bakterijo/virus ali kakšno super epidemijo, ki bo morda pobrala celotno človeštvo. Tudi zato podpirajmo in razvijajmo imunizacijske programe.

2 Plenarna predavanja

Zdravstvena nega v luči javnega zdravja

The role of nursing within the public health care

Martina Horvat

Povzetek

Uvod: Zdravstvena nega ima pomembno vlogo v sistemu javnega zdravja, ki se bo s prenovno preventivnih programov še okrepila. Namen prispevka je osvetliti pomen medicinskih sester na primarni ravni zdravstvenega varstva v okviru javnega zdravja. *Metoda:* Kot metoda znanstveno – raziskovalnega dela je bil izbran pregled literature. Uporabil smo bazo podatkov CINAHL ter COBIB.SI. Pri iskanju po CINAHL smo uporabili napredno iskanje, Boolov logični operator »and«. Pri iskanju smo uporabili naslednje ključne besede v angleškem jeziku: »public health« and »nursing«. *Rezultati:* V obdobju 2000 do 2015 dobili 475 člankov v polnem besedilu. Naredili smo podroben pregled izvlečkov vseh dobljenih zadetkov. Izbrali smo tiste, ki najbolj ustrezajo obravnavani temi. V pregled smo uvrstili 16 člankov. Pri iskanju po COBIB.SI smo dobili 61 zadetkov. Po pregledu izvlečkov smo v pregled uvrstili 2 članka. *Diskusija in zaključki:* Na področju javnega zdravja v tujini deluje veliko različnih strokovnjakov s področja zdravstvene nege – community health nurses, community nurses, health visitors, district nurses, school nurses idr., katerih vloga izhaja iz definicije primarne zdravstvene nege. V Sloveniji imajo pomembno vlogo pri delovanju na področju javnega zdravja predvsem medicinske sestre na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. Javnozdravstveno delujejo tudi na nekaterih delovnih mestih na sekundarni ravni ter na območnih enotah Nacionalnega inštituta za varovanje zdravja, kot terciarni ravni zdravstvene dejavnosti. Predvsem zdravstvena nega na primarni ravni zdravstvenega varstva ima pomembno vlogo pri realizaciji strategije Svetovne zdravstvene organizacije na področju javnega zdravja.

Ključne besede: zdravstvena nega, javno zdravje, nove vloge

Abstract

Introduction: Nursing care plays an important role within the public health care system, and this role will be even strengthened with the remodelling of preventive programmes. The purpose of this paper is to highlight the importance of nurses in primary health care in the context of public health. *Method:* The applied method was the literature review. We utilised two literature databases CINAHL and COBIB.SI. In the CINAHL data-

base we utilised the advanced search, Boolean logical operator “and”, and the following key words in English: “public health” and “nursing”. *Results:* In the period 2000 to 2015 we found 475 full text articles. We made a detailed examination of all the abstracts of the papers. We have selected those that best suit the subject of the review. We included 16 articles in the final review. In database COBIB.SI 61 works were found. After reviewing the abstracts we included in the review 2 articles. *Discussion and Conclusions:* In the field of public many different experts from the nursing care in the field of nursing care - community health nurses, community nurses, health visitors, district nurses, school nurses, etc. Their role is clear from the definition of primary health care. In Slovenia an important role in the field of public health have nurses on the primary level of health care. Nursing care staff operates in the aim of public health also in some jobs at the secondary level of health care and at the regional offices of the National Institute of Public Health, as the tertiary level of health care. Above all, nursing care at the primary level of health care plays an important role in the realization of the strategy of the World Health Organization in the field of public health.

Key words: nursing, public health, new roles

Uvod

Javno zdravje je po opredelitvi, ki se v današnjem času še vedno najpogosteje uporablja, znanost in spretnost preprečevanja bolezni, krepitve zdravja in podaljševanja življenja s pomočjo organiziranih naporov družbe (1). Sočanova (2) navaja, da so dejavnosti, ki se izvajajo v okviru javnega zdravja, samo eden od vplivov na zdravje ljudi. Neposredno na življenjski slog in s tem na zdravje vplivata tudi socialno okolje in ekonomska situacija v kateri se posameznik ali družba nahajata. Začetek javnega zdravja v sodobnem smislu umeščamo v sredino 19. stoletja. Preprečevanje širjenja nalezljivih bolezni pa ima precej daljšo in največkrat neuspešno zgodovino (2). Zaletel – Kragelj in sod. (1) opišejo dva pogleda na zgodovino javnega zdravja. Prvi ga vidi kot povsem sodobno zamisel v drugem pa kot zamisel katere korenine sežejo celo v predantične čase, ko so že stari Kitajci menili, da mora nastati bolezen, če se poruši naravna urejenost stvari v prostoru, kot urejeni celoti. Medtem ko je v domači literaturi govora predvsem o javnozdravstveni medicini in njenim odnosom z javnim zdravjem in ostalo medicino (1), pa Crandallova (3) v svojem govoru pred Združenjem medicinskih sester države New York oktobra 1921 citira Dr. Williama H. Welcha, zdravnika, enega od »štirih velikih« ustanovnih profesorjev Johns Hopkins Hospitala, ki je javno povedal, da sta dva izjemna ameriška prispevka k javnemu zdravju in izboljšanju zdravstvenih razmer v svetu Panamski prekop in medicinske sestre v javnem zdravju (Public Health Nurses) (PHN).

Namen prispevka je osvetliti pomen medicinskih sester na primarni ravni zdravstvenega varstva v okviru javnega zdravja ter odgovoriti na vprašanja, ki sta ju v svojem prispevku navedli Šlajmer Japljeva in Lubijeva (4):

- Ali bo ob spoznanju, da niti premožnejše države ne morejo dohitevati stroškov sodobnih diagnostičnih procesov in zdravljenja ter da število ogroženih in bolnih narašča zaradi novih groženj nacionalnemu in globalnemu zdravju, javno zdravje vendar dobilo podporo in bo s svojim medsektorskim in multidisciplinarnem de-

lovanjem ter z močno službo primarnega zdravstva lahko zmanjševalo negativne zdravstvene trende?

- Ali bo zdravstvena nega dejansko sprejeta kot enakovredna partnerica v javnem zdravju, od načrtovanja njegove mreže do političnega in strokovnega odločanja.

Metoda

Kot metoda znanstveno – raziskovalnega dela je bil izbran pregled literature. Uporabili smo Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (v nadaljevanju CINAHL) ter Vzajemno bibliografsko – kataložno bazo podatkov (v nadaljevanju COBIB.SI). Pri iskanju po CINAHL smo uporabili napredno iskanje, Boolov logični operator »and«, omejitve v letih in dostopen izvleček. Pri iskanju smo uporabili naslednje ključne besede v angleškem jeziku: »public health and nursing« .

Rezultati

Za obdobje 2000 do 2015 dobili 475 člankov v polnem besedilu. Naredili smo podroben pregled izvlečkov vseh dobljenih zadetkov. Izbrali smo tiste, ki najbolj ustrezajo obravnavani temi. V pregled smo uvrstili 16 člankov. Pri iskanju po COBIB.SI smo razen vnesenih ključnih besed vpisali še zahtevo »članki in drugi sestavni deli« ter slovenski jezik. Iskanje smo omejili na enako časovno obdobje ter uporabili enake ključne besede. Dobili smo 61 zadetkov. Po pregledu izvlečkov smo v pregled uvrstili 2 članka.

Razprava

Pogled v zgodovino

Ko se oziramo v preteklost in razmišljamo o vlogi medicinskih sester na področju javnega zdravja ne moremo mimo Florence Nightingale, ki je bila zmožna s svojim briljantnim matematičnim znanjem, statistično dokazati, da izboljšanje higiene vodi k višji stopnji preživetja (5). Državi z najdaljšo tradicijo zdravstvene nege v javnem zdravju sta zagotovo Velika Britanija (6), kjer obeležujejo že več kot 150 let njihovega obstoja in Združene države Amerike (7), kjer je poimenovanje »public health nurse« (medicinska sestra v javnem zdravju op.a.) prvič uporabila Lillian Wald leta 1893, ko je opisovala delo medicinskih sester v lokalni skupnosti, predvsem skrbi za bolne in revne priseljence na njihovih domovih. Najpomembnejša področja delovanja skozi zgodovino razvoja so bila obravnava in skrb za ranljive skupine prebivalstva v različnih okoljih – lokalnih skupnostih, domovih, šolah, soseskah in delovnih mestih. Njihove vloge in nazivi so se spreminjali. Temelje poklicu patronažnih medicinskih sester, prvih medicinskih sester, ki so imele pomembno javno zdravstveno vlogo v Sloveniji, je postavila Angela Boškin (1885-1977), ki je bila, pred 96 leti, sedemindvajsetega januarja 1919, s prvim dekretom o nastanitvi skrbstvene sestre napisanim v Sloveniji in Jugoslaviji, imenovana za oskrbno sestro na Jesenicah, predhodnico današnjih medicinskih sester v patronažni službi in današnjih socialnih delavcev (8).

Zdravstvena nega v javnem zdravju danes

Medicinske sestre, ki delujejo na področju javnega zdravja na Irskem imajo zelo široke zadolžitve saj delujejo na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti ter obravnavajo posameznika družino in lokalno skupnost (9). Zaradi spremenjenih

potreb prebivalstva so pristopili k prenovi s poudarkom na zmanjševanju neenakosti. Quickfalova in Pollockova (10) opisujeta spremembe v zdravstveni negi v lokalni skupnosti na Škotskem, ki so nastale na podlagi poročila vidna in dostopna integrirana oskrba. Le-ta priporoča nov profil medicinske sestre v lokalni skupnosti, ki bi naj vključeval združitev štirih že obstoječih področij delovanja v eno samo, temeljno vlogo. V Združenih državah Amerike so strategije obvladovanja izdatkov so prisilile strokovnjake na področju zdravstvene nege v javnem zdravju, da jasno definirajo svojo vlogo saj bi nasprotnem primeru tvegali znatne posege v sredstva namenjena za njihovo delovanje in s tem izgubo položaja ter delovnih mest (11). Kot odziv na novo definirane ključne funkcije javnega zdravja, ki jih je 1988 oblikoval Institute of Medicine, so strokovnjaki zdravstvene nege v javnem zdravju na Minnesota Department of Health (MDH), opredelili intervencije, ki jih izvajajo medicinske sestre na tem področju, glede na delovno okolje in kompetence. Nastal je model »Public Health Intervention Wheel« (kolo intervencij v javnem zdravju op.a.) (11,12,13), v katerem so opisana področja dela in aktivnosti, ki jih izvajajo. Pri svojem delu ga uporabljajo tudi medicinske sestre v Kanadi (14) ter mnogih evropskih državah. Opisuje 16 javnozdravstvenih intervencij: stalen nadzor, raziskovanje bolezni in drugih z zdravjem povezanih dogodkov, iskanje rizičnih populacij in populacij s posebnimi potrebami, presejanje, iskanje posameznikov in družin z dejavniki tveganja, napotovanje in sledenje, case management, delegiranje funkcij, promocija zdravja, svetovanje, posvetovanje, sodelovanje, povezovanje, delovanje v lokalni skupnosti, zagovorništvo, socialni marketing ter razvoj in uveljavljanje politik. Globalni izziv medicinskih sester je kako čim bolj pojasniti področje njihovega delovanja ter narediti zdravstveno nego vidno. McDonaldova in sod. (13) poudarjajo, da to še posebej velja za zdravstveno nego v javnem zdravju. Kellerjeva in sod. (11) opišejo temeljne kamne zdravstvene nege v javnem zdravju, ki so jih, leta 2004, prav tako razvili na MDH in služijo kot dopolnilno ogrodje kolesa intervencij v javnem zdravju:

- osredotoča se na zdravje celotne populacije,
- odraža prioritete in potrebe lokalne skupnosti,
- skrbi za posameznike, družine, lokalne skupnosti in sisteme,
- temelji na socialni pravičnosti, sočutju, občutljivosti za različnost in spoštovanju vseh ljudi, še posebej ranljivih,
- obsega duševni, telesni, čustveni, socialni, duhovni in okoljski vidik zdravja,
- izvaja promocijo zdravja skozi strategije razvite na epidemioloških dokazih,
- kljub sodelovanju z lokalno skupnostjo deluje samostojno, ko je to nujno,
- deluje neodvisno, v skladu z zakonom.

Zdravstvena nega v javnem zdravju je spajanje umetnosti in znanosti javnega zdravja ter zdravstvene nege (11). Na področju javnega zdravja v tujini deluje veliko različnih strokovnjakov s področja zdravstvene nege – community health nurses, community nurses, health visitors, district nurses, school nurses idr. (15), katerih vloga izhaja iz definicije primarne zdravstvene nege. V Sloveniji imajo pomembno vlogo pri delovanju na področju javnega zdravja predvsem medicinske sestre na primarni ravni zdravstvene dejavnosti zaposlene v patronažnem varstvu, zdravstveno vzgojnih centrih, referenčnih ambulantah družinske medicine, dispanzerjih/slужbah za varstvo žensk, otrok in

mladostnikov, zobozdravstvenem varstvu ,... . Javnozdravstveno delujejo tudi na nekatere delovnih mestih na sekundarni ravni ter na območnih enotah Nacionalnega inštituta za varovanje zdravja, kot terciarni ravni zdravstvene dejavnosti (16). Zato imajo medicinske sestre, predvsem na primarni ravni zdravstvenega varstva, pomembno vlogo pri realizaciji strategije Svetovne zdravstvene organizacije »Zdravje za vse za 21. stoletje«, ki poudarja pomen javnega zdravja za zdravje populacije (17). Vloga medicinskih sester v javnem zdravju je pomembna prav pri vsakem od enainvajsetih ciljev. Aktivnosti, ki jih izvajajo pa se med seboj zelo prepletajo, kot se prepletajo tudi vsebine posameznih ciljev.

Izzivi za zdravstveno nego v javnem zdravju

Razen velikih javnozdravstvenih problemov (1,2) kjer lahko s svojim delovanjem medicinske sestre veliko prispevajo, avtorji v zadnjem času posebno pozornost posvečajo tudi vplivu klimatskih sprememb na zdravje (18), pripravljenosti in odzivu v primeru naravnih katastrof (19), migrantom (20) ter zagotavljanju zmanjševanja neenakosti (21) in socialne pravičnosti (22), kar jih postavlja pred vedno nove izzive. Nic Philbinova in sod. (23), tudi s tem v zvezi poudarjajo, da obstajajo težave pri definiranju vloge medicinskih sester v javnem zdravju ter primerjajo irske medicinske sestre s tistimi v Sloveniji, na Finskem, Islandiji in v Latviji, kjer nimamo razvitih specializacij za področje delovanja v javnem zdravju. Medicinske sestre s splošno izobrazbo se težko osredotočijo na posamezna specifična področja. Če se bodo želele uspešno spopadati z naglimi demografskimi, sociološkimi in kulturnimi spremembami v populaciji bodo morale bolj natančno definirati in preoblikovati njihove vloge. Vse medicinske sestre, ne glede na mesto delovanja, bi morale pri vsakem svojem stiku s pacienti delovati s ciljem izboljšanja javnega zdravja. Levinova in sod. (24) so že leta 2008 opisali t.i. nujno potrebne vsebine/področja, na katerih morajo medicinske sestre nadgrajevati znanje če želijo delovati na področju javnega zdravja (ang. Critical Content Areas for Advanced Practice Public Health Nursing). Poudarjajo, da zahtevnost problemov na področju javnega zdravja in napredek znanosti terjata sodobne pristope nadgradnjo tradicionalnega izobraževalnega programa s področja zdravstvene nege v javnem zdravju z novimi vsebinami kot so med drugim tudi: kulturne kompetence, na populacijo osredotočena teorija in praksa zdravstvene nege, okoljske zdravstvene vede, informatika, biostatistika, komunikacija, globalno zdravje idr..

V Sloveniji trenutno poteka projekt Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje, ki ga v okviru programa Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014 vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje (25). Izvaja se nadgradnja preventivnih programov za otroke, mladostnike in odrasle, zmanjševanje neenakosti v zdravju, vključevanje ranljivih skupin v preventivno zdravstveno varstvo ter krepitev zdravja v lokalni skupnosti. Rezultati projekta bodo medicinskim sestram, ki delujejo na področju javnega zdravja v Sloveniji, pomagali pri definiranju dodatnih področij delovanja in s tem povezanih novih vlog. V sklopu pred pilotnih in pilotnih izobraževanj se sodelujoči v projektu seznanjajo tudi s prej naštetimi vsebinami Levinove in sod. (24).

Zaključek

Če skušamo odgovoriti na vprašani z začetka prispevka moramo priznati, da jasnih odgovorov še vedno nimamo. Projekt »Skupaj za zdravje« in zagotovila ključnih oblikovalcev zdravstvene politike pa nas lahko navdajajo z upanjem, da javno zdravje pridobiva podporo in ter da se veliko aktivnosti izvaja tudi s ciljem krepitve zdravstvenega varstva na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. Pot do tega, da bo zdravstvena nega sprejeta kot enakovredna partnerica v javnem zdravju, od načrtovanja njegove mreže do političnega in strokovnega odločanja, pa bo verjetno nekoliko daljša. Pomemben razlog zato je predvsem v tradicionalno zakoreninjeni hierarhiji slovenskega zdravstvenega sistema znotraj katere se še vedno bijejo bitke o tem ali govorimo o medicinski negi ali o zdravstveni oskrbi, namesto da bi v 21. stoletju, vsi skupaj, razmišljali edino in samo o na pacienta osredotočeni oskrbi. Drugi razlog, ki mu moramo v prihodnje posvetiti več pozornosti ter ga podrobneje raziskati, pa je zagotovo tudi (ne)pripravljenost medicinskih sester na sprejemanje novih vlog in s tem povezane odgovornosti. Prav tako pa moramo pričeti razvijati podiplomske programe s področja zdravstvene nege v javnem zdravju, ki bodo omogočili tudi medicinskim sestram v Sloveniji da nadgradijo svoje znanje s področja zdravstvene nege v javnem zdravju.

Prihodnost ni rezultat izbire med različnimi potmi, ki so na voljo: je prostor, ki ga ustvarimo, najprej v mislih in volji, nato z aktivnostjo. Prihodnost ni kraj kamor gremo ampak kraj, ki ga ustvarimo. Poti v prihodnost niso najdene ampak ustvarjene. Ustvarjanje teh poti pa spremeni nas in usodo (Anon.) (26).

Literatura

1. Zaletel – Kragelj L, Eržen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katera za javno zdravje, 2007.
2. Sočan M. Javno zdravje – Visokošolski učbenik za študijski program Zdravstvena nega. Jesenice:Visoka šola za zdravstveno nego, 2013.
3. Crandall Phillips E. An Historical Sketch of Public Health Nursing. *Am J Nurs.* 1922; 22(8): 641–645.
4. Šlajmer Japelj M, Lubi T. *Imamo znanje, imamo voljo – kaj pa dejanske možnosti?.* V: Štemberger Kolnik T., Ravnik D, Babnik K, Bulič M, ur. Zdravstvena nega v javnem zdravju: druga znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo: zbornik prispevkov. Koper: Založba Univerze na Primorskem, 2014: 15–18. <http://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6832-60-1/index.html> <30.4.2015>.
5. Lee G, Clark AM, Thompson, DR. Florence Nightingale – never more relevant than today. *J Adv Nurs.* 2013; 69(2): 245–246.
6. Anon. Celebrating 150 years of public health nursing. *Community Practitioner* 2012; 85(11): 16–18.
7. Wilkerson – Buhler K. What is a Public Health Nurse? Historical visions of Public Health Nursing. <http://www.nursing.upenn.edu/nhhc/Pages/WhatisaPublicHealthNurse.aspx> <30.4.2015>.
8. Korenčan A. Življenje in delo Angele Boškin prve šolane medicinske sestre na slovenskem. Gorica: Goriška Mohorjeva družba; 2009.
9. Hanafin S, Houston AM, Cowley S. Vertical equity in service provision: a model for the Irish public health nursing service. *J Adv Nurs.* 2000; 39(1): 68–76.

10. Quickfall J, Pollock L. Community nursing: redesign in Scotland. *Br J Community Nurs.* 2008; 13(8): 373–377.
11. Keller Olson L, Strohschein S, Shaffer MA. Cornerstones of Public Health Nursing. *Public Health Nurse* 2011; 28(3): 249–260.
12. Minnesota Department of Health Public Health Interventions: Applications for Nursing Practice (The „Wheel“ Manual)(2001). <http://www.health.state.mn.us/divs/opi/cd/phn/wheel.html> <17.4.2015>.
13. McDonald A, Frazer K, Duignan C in sod. Validating the ‚Intervention Wheel‘ in the context of Irish public health nursing. *Br J Community Nurs.* 2015; 20(3): 140–145.
14. Athwal L, Marchuk B, Laforet-Fliesser Y et al. Adaptation of a Best Practice Guideline to Strngthen Client-Centered Care in Public Health. *Public Health Nurse.* 2013; 31(2): 134–143.
15. Fisher Robertson J. Does Advanced Commnity/Public Health Nursing Practice have a future?. *Public Health Nurse.* 2004; 21(5): 495–500.
16. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS, št. 23/05-prečiščeno besedilo.
17. World Health Organisation. European Health for All Series No. 6. Copenhagen: World Health Organization Regional office for Europe (1999). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf <7.4.2015>.
18. Jackson Allen P. Climate Change: It's Our Problem. *Pediatr Nurs.* 2015; 41(1): 42–46.
19. Rokkas P, Steenkamp M. Disaster preparedness and response: Challenges for Australian publichealth nurses – A literature review. *Nurs Health Sci.* 2014; 16(1), 60–66.
20. Nagle Bailey D, Dougherty A. A Nurse-Led Wellness Program forMigrant Backstretch Workers. *Nurs Forum.* 2014; 49(1): 30–38.
21. Massey P. Income inequality and health status: a nursing issue. *Aust J Adv Nurs.* 2007-2008; 25(2): 84–88.
22. Buettner-Schmidt K, Lobo LM. Social justice: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2011; 68 (4): 948–958.
23. Nic Philibin CA, Griffiths C, Byrne G. The role of the public health nurse in a changing society. *J Adv Nurs.* 2010; 66(4): 743–752.
24. Levin PF, Cary AH, Kulbok P, Leffers J, Molle M, Polivka BJ. Graduate Education for Advanced Practice Public Health Nursing: At the Crossroads. *Public Health Nurse.*2008; 25(2): 176–193.
25. Maučec Zakotnik J. Uvod v program integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti. V: Farkaš-Lainščak J, Hubert I, Maučec Zakotnik J, et al. ur. Program integrirane preventive knb in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih: Pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje. Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015 (v tisku).
26. Baldwin JH, Conger CO, Abegglen JC, Hill EM.. Population–Focused and Community –Based – Moving Toward Clarification of Concepts. *Public Health Nurse.* 1998; 15(1): 12–18.

Izzivi pri uvajanju in izvajanju postopkov v zdravstveni negi z vidika znanosti in psevdoznanosti

Challenges in introducing and implementing procedures in health care from the perspective of science and pseudoscience

Urška Ivanuš

Povzetek

Razvoj z dokazi podprte medicine je po eni strani omogočil učinkovitejšo in varnejšo klinično prakso, po drugi strani pa postavil pred zdravstvene delavce nove izzive. Prispevek pregledno prikazuje izzive pri pridobivanju kakovostnih dokazov, na katerih temelji z dokazi podprta medicina in izzive pri prenosu teh dokazov v vsakdanjo prakso. Za želen zdravstven izid na katerikoli ravni preventive je potrebno sodelovanje zdravstvenega delavca in pacienta. Zdravstveni delavec mora pri sprejemanju klinične odločitve upoštevati ustrezne znanstvene dokaze in načelo previdnosti, pri tem pa mora na podlagi svojega širokega znanja in izkušenj oceniti posebnosti dane situacije in pacienta ter upoštevati njegove želje. Prepoznati mora morebitne ovire za upoštevanje njegovih priporočil na strani pacienta, vključno s pacientovimi skrbmi pred neželenimi učinki teh priporočil ter morebitnimi prepričanji ali praksami pacienta, ki temeljijo na psevdoznanstvenih temeljih.

Ključne besede: znanost, psevdoznanost, z dokazi podprta medicina, Bradford-Hillova merila, piramida dokazov, pot od dokazov do prakse

Abstract

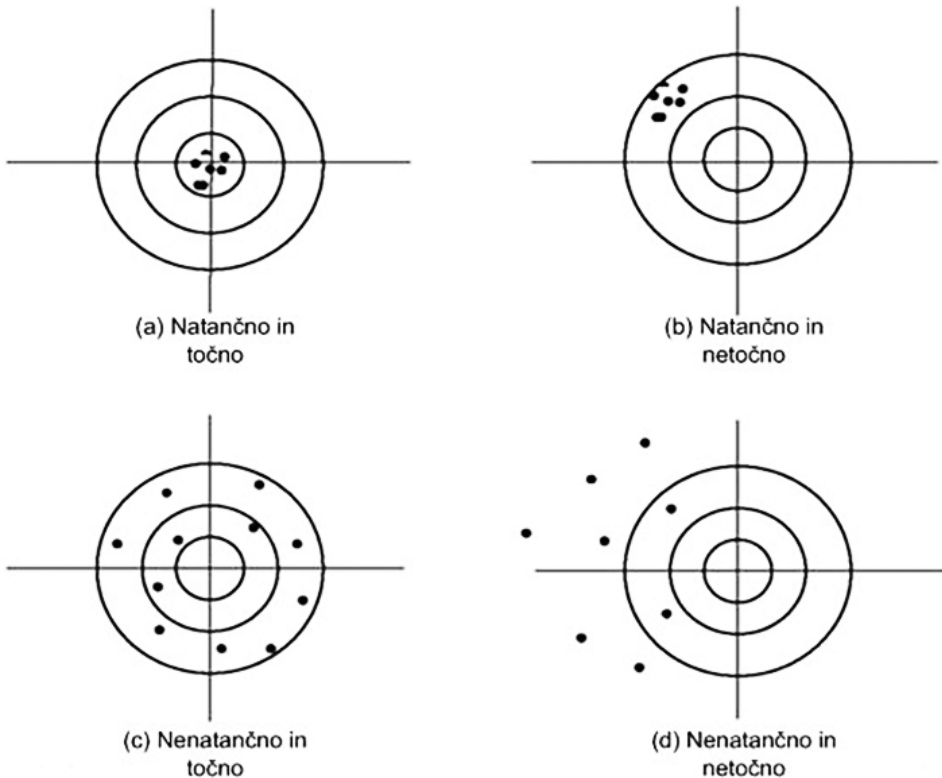
Development of evidence-based medicine enabled a more efficient and safe clinical practice, but also brought new challenges to health personnel. The article systematically reviews challenges in obtaining quality scientific evidence on which the evidence-based medicine is based and also challenges in transferring such evidence into everyday practice. The desired health outcomes at any level of prevention require the involvement of a health professional and the patient. Clinical decision about health intervention should be based on the most relevant scientific evidence and the precautionary principle, while taking into account its broad knowledge and experience to assess the specific features of a given situation and the patient, including their wishes. A health professional should recognize the potential barriers to compliance with recommendations of a patient, including his concerns about the adverse effects of these recommendations and any beliefs or practices of the patient, based on the pseudoscientific foundations.

Keywords: science, pseudoscience, evidence-based medicine, Bradford-Hill criteria, pyramid of evidence, path from evidence to evidence-based medicine

Uvod

Debelost in sladkorna bolezen v razviti družbi dosegata epidemične razsežnosti. Raziskovalci pospešeno iščejo učinkovine, s katerimi bi lahko nadzirali, kako telo izrablja in skladišči maščobe. Leta 2012 je raziskovalna skupina s Harvarda v priznani reviji *Nature* objavila, da so odkrili hormon irisin, ki pri miših poveča porabo maščobne energije v času, ki sledi fizični vadbi, in pomeni novo upanje za zdravljenje debelosti in sladkorne bolezni (1). Irisin se sintetizira v mišicah miši ob dolgotrajnem naporu in spreobrne metabolizem v belem maščevju tako, da lahko le to, podobno kot rjavo maščevje, maščobe intenzivno presnavlja namesto kopiči. S testi na osnovi protiteles so irisin dokazali tudi v krvi ljudi. Irisin je postal »vroče« raziskovalno področje, poimenovali so ga »molekula za izgorevanje maščob«. V slabih treh letih po odkritju je irisin doživel več kot 170 znanstvenih objav, ki pa so imele neujemajoče rezultate. Na Univerzi Duke so ugotovili, da so bila pri merjenju irisina v krvi ljudi pogosto uporabljena napačna protitelesa, namenjena določanju druge, sorodne molekule (2). V istem letu so na Univerzi Düsseldorf ugotovili, da se človeški gen, ki naj bi kodiral irisin, pomembno razlikuje od mišjega, zato je malo verjetno, da bi irisin pri človeku lahko pomembno vplival na metabolizem maščobe (3). Vse to je zbudilo dvom o uporabnosti testov za merjenje irisina, pa tudi o tem, da je irisin ključ do nadzora metabolnih poti in s tem do zdravljenja debelosti in sladkorne bolezni. Zgodba o irisinu še ni povsem zaključena, čeprav po zelo obetavnih prvih rezultatih, danes veliko priznanih strokovnjakov dvomi, da irisin obstaja in/ali igra pomembno vlogo v nadzoru metabolizma pri človeku. Kljub temu so na trgu še danes na voljo različni preparati, ki naj bi vsebovali irisin, ga prodajalci opisujejo kot »čudežno molekulo« in »najnovejše zdravilo za hujšanje«. Uporabniku obljublajo z raziskavami podprto hitro in učinkovito izgubo odvečne maščobe. Na Amazonu lahko naročimo 120 kapsul za okoli 100\$, na nekaterih spletnih straneh pa je najti tudi povezave do (prodajalcem ugodnih) rezultatov raziskav (4).

Zgodba o irisinu je poučna zato, ker zelo lepo prikazuje uporabo znanstvenega pristopa pri proučevanju potencialno revolucionarne nove učinkovine, ki bi, če bi se izkazala za resnično, lahko človeštvu prinesla veliko dobrega. Raziskovalcem s Harvarda je pri raziskavi irisina spodrsnilo na vsaj dveh korakih. Prvič pri merjenju irisina v krvi ljudi in drugič pri predpostavki, da je vloga irisina v metabolizmu maščob pri ljudeh podobna kot pri miših. Čeprav so bile njihove meritve *natančne* (podobni rezultati pri večkratnih meritvah), niso bile *točne* (niso merile koncentracije irisina, ampak podobnih beljakovin v krvi). Slika 1 prikazuje razliko med natančnostjo in točnostjo meritev. Natančne, a netočne meritve so eden možnih vzrokov za napake v znanstveno zastavljeni raziskavi. Če ne meriš tistega, kar misliš, da meriš, a tega ne veš, bodo ključki raziskave napačni. Ker so bili na Harvardu napačno prepričani, da so koncentracije irisina pri ljudeh po dolgotrajni vadbi povečane in ker so imeli dokaze, da irisin pri miših učinkovito nadzoruje metabolizem maščob, so napačno sklepali, da jim bo vloga irisina uspelo dokazati tudi pri ljudeh.



Slika 1: Natančnost in točnost meritev. Natančne meritve pravilno izmerijo količino, točne meritve pa izmerijo pravo količino. Meritev je lahko (a) natančna in točna, (b) natančna in netočna (primer irisina), (c) nenatančna in točna ali (d) nenatančna in netočna. Povzeto po viru (5).

Izzivi znanstvenega pristopa pri obravnavi pacienta

Bradford-Hillova merila za dokaz vzročnosti

Da bi preprečil napačne zaključke o vzročni povezanosti, je angleški epidemiolog in statistik Sir Austin Bradford-Hill že leta 1965 zapisal merila za zagotavljanje vzročne povezanosti (Tabela 1). Verjetnost za vzročno povezavo med dvema dejavnikoma je večja, več kot je izpolnjenih meril. Merila so bila v kasnejših letih večkrat prevetrena, vendar njihov temeljni koncept ostaja nespremenjen.

Izpolnjevanje enega samega Bradford-Hillovega merila še ne zagotavlja vzročne povezave. Tako na primer časovna povezava med avtomobilsko nesrečo, ki se je zgodila v dveh urah po cepljenju, še ne pomeni, da je bilo cepljenje vzrok te nesreče, kot tudi ni samo po sebi umevno, da je cepljenje povzročilo hudo nevrološko bolezen, ki se je pri otroku pojavila v dveh dneh po cepljenju – čeprav je tu biološka verjetnost (vsaj na videz) večja in bi v okviru *obstoječe znanosti in zakonov narave* zlahka našli ustrezne *biološke mehanizme*, od katerih pa bi nekateri potrjevali in drugi zavračali vzročnost povezave. Selektivno zanašanje na tista pojasnila, ki nam v dani situaciji ustrezajo, je

nestrokovno in neznanstveno, predvsem pa s tem nismo bližje resnici. Tako kot se lahko po cepljenju naključno dogodi avtomobilska nesreča, se lahko naključno pojavi tudi nova bolezen. K vzročni povezanosti med neželenim dogodkom po cepljenju in cepljenjem bi lahko bolj verjetno sklepali, če bi uspeli dokazati, da se neželen dogodek pogosteje pojavlja pri cepljenih kot necepljenih.

Tabela 1: Bradford-Hillova merila za zagotavljanje vzročnosti. Povzeto po viru (6).

1	Moč povezave Močna povezava je bolj verjetno vzročna kot šibka povezava
2	Ponovljivost rezultatov (konsistenca) Povezava je bila dokazana večkrat, v različnih raziskavah
3	Specifičnost povezave Izpostavljenost določenemu dejavniku je povezana z vedno enakim izidom
4	Časovna povezava Izpostavljenost je prisotna pred opazovanim izidom
5	Povezava med dozo in učinkom (biološki gradient) Obstaja povezava med dozo izpostavljenosti in velikostjo opazovanega izida
6	Biološka verjetnost Za povezavo obstaja verjetna biološka razlaga
7	Ujemanje rezultatov (koherenca) Povezava ni v nasprotju (se ujema) z dosedanjimi znanstvenimi spoznanji in zakoni narave
8	Eksperimentalni dokazi Eksperimentalni dokazi, še posebej iz randomiziranih raziskav, večajo verjetnost vzročnosti
9	Analogija Poznamo povezavo med podobnima dejavnikoma, ali povezavo med enakima dejavnikoma v drugih okoliščinah (na primer pri živalih)

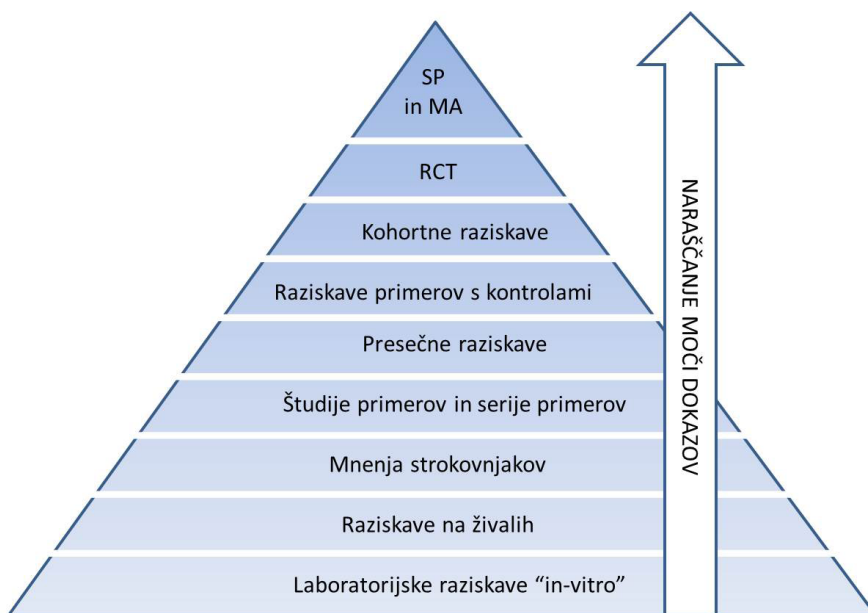
Ker so vse raziskave dovzetne za (skrite) napake, je izjemno pomembno drugo Bradford-Hillovo merilo, ki pravi, da rezultati ene same, še tako dobro zastavljene raziskave, ne zadostujejo za dokaz vzročne povezanosti. Čeprav so rezultati statistično značilni (za rezultate lahko z dokaj majhno stopnjo tveganja rečemo, da niso posledica naključja) in je *moč povezanosti* velika (na primer relativno tveganje 10-krat večje v izpostavljeni (intervencijski) skupini kot pri neizpostavljeni (primerjalni) skupini), morajo biti za dokaz vzročnosti *rezultati ponovljivi* v podobnih študijah, z različnimi populacijami ali v različnih okoliščinah.

Neujemajoči rezultati sorodnih raziskav so lahko prvi opozorilni signal, da je pri načrtovanju, izvedbi, analizi ali interpretaciji rezultatov nekaterih od teh raziskav prišlo do napak, zaradi česar so rezultati in/ali zaključki teh raziskav lahko napačni. Najbolj pogoste so *sistematične napake* (angleško *bias*) in *motenje* (angleško *confounding*). Primer sistematične napake v raziskavi o irisinu zaradi uporabe napačnega merilnega inštrumenta (napačnih protiteles), je sicer natančno, a netočno merjenje irisina v krvi ljudi – kadarkoli in kdorkoli bi uporabil enak merilni inštrument, bi dobil enake re-

zultate. Znan primer motenja je napačno sklepanje o vzročni povezavi okužbe s herpes simplex virusom (HSV) in rakom materničnega vratu (RMV) na podlagi raziskav v 70-ih letih, ki so ugotovile, da je okužba s HSV pri ženskah, ki so zbolele z RMV, veliko bolj pogosta kot pri ženskah brez te bolezni (7). Čeprav je bila okužba s HSV res bolj pogosta pri bolnih ženskah (opažanje je bilo pravilno), pa ta virus ni povzročal raka (sklepanje je bilo napačno). Danes je dokazano, da RMV povzroča okužba z onkogenimi humanimi virusi papiloma (HPV), ki se podobno kot HSV prenašajo spolno. Leta 2003 je bilo na voljo dovolj dokazov, da so bila izpolnjena Bradford-Hillova merila za dokaz vzročne povezave med HPV in RMV in leta 2008 je bila za to ugotovitev podeljena Nobelova nagrada nemškemu raziskovalcu Haraldju Zur Hausnu (8).

Piramida dokazov

Vse raziskave so lahko podvržene napakam, bodisi pri zasnovi in izvedbi raziskave, bodisi pri zbiranju, analizi podatkov ali interpretaciji rezultatov, zato je treba rezultate in zaključke vsake raziskave vedno kritično ovrednotiti. Za to pa je potrebna določena zdravstvena in znanstvena pismenost – vedeti moramo, kje se glede na vrsto raziskovalnega vprašanja in raziskovalne zasnove lahko skrivajo napake. Piramida dokazov je enostaven grafični pripomoček, ki ponazarja, na rezultate katerih raziskav se lahko najbolj



Slika 2: Piramida dokazov. Višje kot je raziskava v piramidi dokazov, večja je moč njenih dokazov in večja je verjetnost vzročne povezave (če so izpolnjena tudi druga Bradford-Hillova merila). Pojasnila kratic: RCT = randomizirana nadzorovana raziskava, MA = metaanaliza in SP = sistematični pregled. Povzeto po viru (9).

zanesemo (so najmanj podvržene pristranosti in motenju) in na katere najmanj (slika 2). Na dnu piramide so raziskave, s katerimi se navadno odpre novo raziskovalno področje, so manjše, lažje izvedljive, vendar na podlagi njihovih rezultatov navadno ne moremo z

gotovostjo odgovoriti na raziskovalno vprašanje. Šele ko je na posamezno raziskovalno vprašanje na voljo dovolj različnih raziskav (raziskave primerov s kontrolami, kohortne raziskave, randomizirane nadzorovane raziskave), je možno rezultate strniti v obliki sistematičnega pregleda raziskav (angleško *systematic reviews*), ki so na samem vrhu piramide in kot take predstavljajo dokaze najvišje ravni.

Pot od dokazov do prakse

Količina novih raziskav, ki bi jih moral zdravstveni delavec redno spremljati, da bi bil na tekočem z novostmi, je velika. Leta 1998 so ocenili, da bi moral družinski zdravnik vsak dan v letu prebrati okoli 19 člankov, če bi želel biti seznanjen z najnovejšimi rezultati raziskav, ki bi mu koristile pri vsakdanjem delu s pacienti (10). Danes je to število še veliko večje. Medline, ena največjih zbirk člankov na svetu, vsak dan indeksira več kot 1.500 novih člankov in Kohranova baza več kot 50 novih randomiziranih študij (11). Za polno zaposlenega zdravstvenega delavca je ta *količina znanstvenih dokazov največkrat neobvladljiva*, še posebej, ker je proces časovno in strokovno zahteven: članke na določeno raziskovalno vprašanje je treba sistematično poiskati, z razumevanjem prebrati, kritično oceniti kakovost rezultatov in interpretirati, kaj rezultati pomenijo za vsakdanjo klinično prakso, nato pa je treba te rezultate znati ustrezno uporabiti v vsakdanji praksi. Pri tem je treba upoštevati individualne značilnosti posameznega pacienta – oceniti je treba, ali posamezen pacient sodi v skupino tistih, ki bi imel od novega pristopa (v primerjavi z že uveljavljenim) več koristi (kot škode) ali ne – bodisi gre pri tem za uporabo novega diagnostičnega pristopa bodisi za nov način zdravljenja, rehabilitacije ali preventivnega nasveta oziroma ukrepa (12).

Veljavna bližnjica, s katero si lahko velikokrat (vendar ne vedno) pomagamo, je iskanje informacij v raziskavah, ki so višje v piramidi dokazov. *Sistematični pregledi primarnih raziskav* skušajo identificirati, izbrati, sintetizirati in kritično oceniti dokaze vseh kakovostnih raziskav z namenom, da bi podali dokončne odgovore na raziskovalna vprašanja. V tak pregled sodijo le raziskave, ki dosegajo zadostno raven kakovosti, ki zagotavlja, da so rezultati natančni in točni ter da so se raziskovalci uspeli izogniti napakam pri zasnovi, izpeljavi, analizi ali interpretaciji rezultatov. Ena izmed mednarodno priznanih inštitucij za ocenjevanje kakovosti raziskav in izvedbo sistematičnih pregledov na izbrana raziskovalna vprašanja je Kohranova skupnost neodvisnih raziskovalcev z vsega sveta (13).

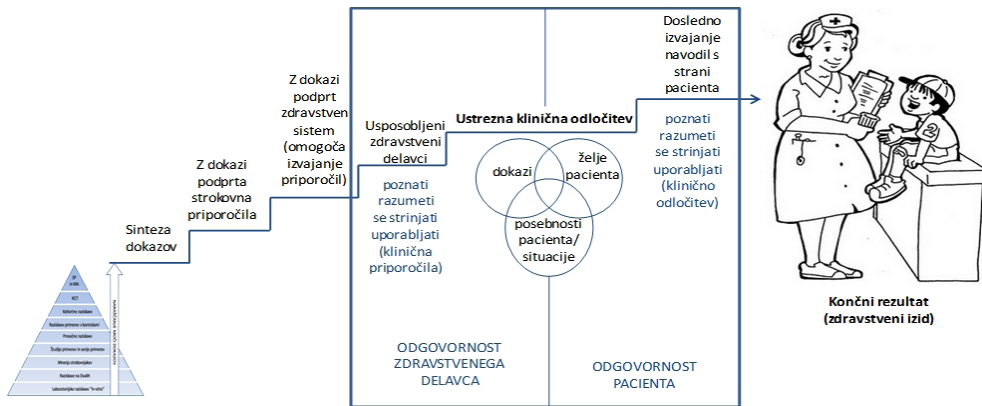
Ko se nakopiči dovolj dokazov, da so izpolnjena Bradford-Hillova merila in je dokazana vzročna povezava, stroka pogosto zaokroži spoznanja v obliki *z dokazi podprtih kliničnih priporočil* (Slika 3). Klinična priporočila zdravstvenim delavcem olajšajo izvajanje z dokazi podprte medicine v praksi, a praviloma postanejo dobro dostopna in širše uporabna šele takrat, ko so vključena v nacionalni sistem zdravstvenega varstva. Zdravstveni sistem, ki podpira uporabo sodobnih kliničnih priporočil v praksi, imenujemo *z dokazi podprt zdravstven sistem* (12). Četudi so zdravstvenemu delavcu na voljo sodobna klinična priporočila, vključena v nacionalni sistem zdravstvenega varstva, pa le to pacientu še ne zagotavlja optimalne obravnave. Zdravstveni delavec se mora *neprestano izobraževati*, da bo poznal vedno nova priporočila in jih razumel do te mere, da jih bo znal uporabiti ob pravem trenutku, pri pravem pacientu in na pravilen način. To pri se-

danjem razmahu znanosti in tehnologije, ki vodi v vse bolj individualizirano obravnavo pacientov, ni vedno lahko, saj so algoritmi obravnave za različne paciente različni in tudi precej zapleteni. Pogosto so zdravstvenemu delavcu lahko v pomoč tudi programska orodja za z dokazi podprto odločanje.

Pri *odločitvi glede obravnave pacienta* mora zdravstveni delavec integrirati obstoječe dokaze z lastnimi kliničnimi izkušnjami in posebnostmi pacienta, ki ga obravnava (Slika 3). Izvajanje *z dokazi podprte medicine* v praksi pomeni premišljeno uporabo obstoječih dokazov pri odločanju o najboljši možni obravnavi posameznega pacienta – glede na pacientove posebnosti in želje (10, 13).

Vloga pacienta

Četudi je zadosteno vsem zgornjim pogojem za optimalno obravnavo posameznega pacienta, pa le ta še ne pomeni optimalnega rezultata (11). Za optimalen rezultat je pomembno *sodelovanje pacienta*, to je upoštevanje dogovorjenih ukrepov, bodisi diagnostičnih, terapevtskih ali preventivnih (Slika 3). Pacienti morajo pri tem premagati dvome v obravnavo, ki jih poraja bodisi strah pred neželenimi učinki izbranega pristopa bodisi privlačnost drugih »konkurenčnih« pristopov (z dokazih podprtih ali tudi ne). Odločitev o ukrepanju mora biti za njih finančno sprejemljiva in mora biti dogovorjena in sprejeta tako s strani zdravstvenega delavca kot tudi pacienta. Kljub temu se zelo pogosto zgodi, da se pacient dogovorjenih ukrepov ne drži, ker mu je to pretežko (na primer prenehati kaditi) ali pa pozabi (na primer redno jemati zdravila). Zato je pomembno v praksi spodbujati sisteme, ki bodo pri pacientu dosegli redno, po potrebi dolgotrajno vzdrževanje dogovorjenih ukrepov. To so na primer svetovanje o pomembnosti redne terapije, preverjanje rednega izvajanja dogovorjenih ukrepov in pohvale ob uspehu, spodbujanje podpore pacientu s strani družinskih članov in prijateljev.



Slika 3: Pot od dokazov do prakse. Povzeto po virih (11, 12, 13).

Izzivi psevdoznanosti v zdravstvu

Razvoj z dokazi podprte medicine je po eni strani omogočil učinkovitejšo in varnejšo klinično prakso, po drugi strani pa postavil pred strokovnjake nove izzive (14). S prepoznavo potrebe po uporabi z dokazi podprte medicine v vsakdanji praksi so se začeli

pojavnosti številni »napačni« dokazi in številne »napačne« interpretacije dejansko obstoječih dokazov z namenom, da bi se v praksi uporabljali novi testi, zdravljenja in preventivni ukrepi, pri katerih ni dokazov, da delujejo. Včasih celo obstajajo dokazi, da so ti testi ali ukrepi škodljivi ali vsaj manj učinkoviti od drugih, v praksi že uporabljenih in z dokazi podprtih ukrepov. Nekateri so deležni izjemne promocije, še posebej, če so dobičkonosni ali če so se »čudežne« ozdravitve pojavile ob sočasnem zdravljenju, pri čemer pa se ozdravitev povezuje samo z enim ukrepom, drugi, z dokazi podprti ukrepi pa se pri tem zanemarijo. Pogosto se zgodi, da je neučinkovit produkt deležen velike pozornosti potencialnih uporabnikov in ko le ti o tem povprašajo zdravstvenega delavca, ta ugotovi, da ve o tem manj kot njegov pacient. V časovni stiski, ko se mora ob rednem delu neprestano dodatno izobraževati, da lahko za svoje paciente skrbi v skladu z najnovjšimi spoznanji in priporočili, je pogosto povsem nemogoče, da bi bil v vsakem trenutku seznanjen z vsemi novimi testi in ukrepi, ki se oglašujejo in prek interneta z bliskovito hitrostjo razširjajo med laično javnostjo. Zato se zdravstveni delavci takemu pogovoru pogosto raje izognemo, saj pravzaprav ne vemo, kaj je res in kaj ne. Včasih so argumenti pacienta povsem smiselni in nam ni povsem jasno, kaj v celi zgodbi ni resnično. In če ni nič neresnično, ali potem zadeva drži? In če drži, kako to vključiti v obstoječo, z dokazi podprto klinično prakso tako, da bo pacient od celostnega pristopa imel največ koristi? Kako v času eksplozije razvoja znanosti in tehnologije prepoznati resnične, nove, obetavne dokaze, ki si bodo sčasoma utrli pot v klinične prakse in jih ločiti od tistih, ki to nikoli ne bodo postali, saj slonijo na napačnih rezultatih, interpretacijah ali pa so celo izmišljeni?

Osnovno vprašanje pri tem je, kako v praksi ločiti prave znanstvene dokaze od izkrivljenih. Izkrivljene dokaze lahko poimenujemo *psevdoznanost* (angleško *pseudoscience*) ali *slaba znanost* (angleško *bad science*). Predponi »psevdo« (grško *pseudes*, kar pomeni lažniv, napačen) kot »slaba« nakazujeta da sta znanost in psevdoznanost dve interpretaciji istega procesa, pri čemer prva sledi metodam znanosti, druga pa jih izkrivlja. Oxfordov angleško-angleški slovar definira psevdoznanost kot izbor prepričan ali praks, za katere se napačno verjame, da temeljijo na znanstvenih dokazih. Medicinski slovar Merriam-Webster pod okriljem Enciklopedije Britannice definira psevdoznanost kot sistem teorij, sklepanj in metod, ki se zmotno obravnavajo kot znanstvena. Za psevdoznanost je značilno, da zagovarja vzročno povezavo takrat, ko Bradford Hillova merila (še) niso izpolnjena.

Psevdoznanost ima lahko vsaj štiri izvore: napačno vzročno interpretacijo lastne izkušnje, senzacionalistično medijsko promocijo, socio-kulturne dejavnike ali slabo zdravstveno in znanstveno pismenost uporabnikov (15). V vsakdanji praksi se pogosto srečujemo z ljudmi, ki verjamejo, da imajo njihova zdravstvena prepričanja resnične, pravilne temelje in da jim bodo pomagala ohranjati ali povrniti si zdravje, čeprav ni vedno tako. Nekatere od vzročnih povezav so v resnici še nepreverjene ali pa so bile preverjene v raziskavah sumljive kakovosti. Take raziskave so pogosto izvedene tako, da jih je nemogoče ponoviti in preveriti, ali se je pri zasnovi, izvedbi, analizi in interpretaciji podatkov prišlo do napak. Pogosto rezultati tudi niso objavljeni v revijah s strokovnimi recenzijami. Tudi če so rezultati objavljeni, so rezultati sorodnih študij nasprotujoči in na voljo ni dovolj dokazov za vzročno povezanost. Ker Bradford-Hillova merila

še niso izpolnjena, stroka še nima odgovora na to (raziskovalno) vprašanje, zato zdravstveni delavec pacientu ne more ponuditi odgovora in pomoči, ki si jo želi – zato leta s toliko večjo hvaležnostjo sprejme psevdoznanstveno razlago, ki mu obljubi pomoč in rešitev problemov. *Pacientove potrebe ali pričakovanja*, ki jih z dokazi podprta medicina ne more zagotoviti, so pogost razlog za iskanje rešitev in odgovorov izven okvirjev z dokazi podprte medicine. Prav tako je pogost razlog *strah pred neželenimi stranskimi učinki* pri uporabi z dokazi podprte medicine, še posebej, ker »konkurenčne« psevdoznanstvene rešitve ne navajajo neželenih učinkov ali zgolj izjemno blage in nenevarne. Znanost se pogosto izkrivlja tudi z napačno interpretacijo rezultatov povsem kakovostnih raziskav, pri čemer se izsledke te raziskave pogosto povezuje s (še) nedokazanimi ali povsem izmišljenimi trditvami in tako oblikuje nove, za nekoga lahko tudi smislene, a nepreverjene teorije, ki pa za referenco navajajo izhodiščne raziskave, najpogosteje objavljene v priznani reviji.

Kako prepoznati psevdoznanost

Psevdoznanst je navzven lahko zelo podobna znanosti, zato kljub vsebinskim pomanjkljivostim in slabim dokazom marsikdaj deluje prepričljivo in nas lahko preslepi. Ne glede na to, da je v vsakdanji praksi nemogoče poznati vsa nova in relevantna znanstvena odkritja, pa lahko sogovornika, ki zagovarja in/ali izvaja psevdoznanstveno prakso običajno prepoznamo, če smo dovolj zdravstveno in znanstveno funkcionalno opismenjeni (16). Značilnosti psevdoznanosti so, da:

- Gradi na *avtoriteti, anekdotah in osebnih izkušnjah, splošni praksi in tradiciji*, namesto na obstoječem znanju in dokazih. Ne upošteva Bradford-Hillovih meril o moči povezave, ponovljivosti rezultatov in specifičnosti povezave. Na protidokaze se odziva užaljeno ali predloži *teorijo zarote* – s tem se izogne znanstveni pojasnitvi nasprotnih dokazov.
- *Selektivno išče dokaze za potrditev lastne hipoteze*, daje večjo težo dokazom, ki podpirajo želeno hipotezo ter ignorira dokaze, ki se z njo ne skladajo. Opozarja, da so si znanstveni dokazi nasprotujoči. Pri tem se navadno *postavi na stran z izjemno malo dokazi*. Pogosto trdi, da je dokazov malo zato, ker obstaja višji interes po skrivanju teh dokazov (teorija zarote). Pri tem zanemari večino dokazov (ker ne sodijo v njen koncept) in tudi pozablja, da ni skrivnost, da je do 5 % statistično značilnih povezav napačno pozitivnih (pri privzeti stopnji tveganja $\alpha = 0,05$).
- Pogosto je del dokazov, ki jih navaja, resničen in predstavlja znana dejstva, ki pa jih psevdoznanost pogosto predstavlja kot *zamolčane skrivnosti*, ki jih znanstveniki skrivajo pred javnostjo.
- *Poišče biološko verjetna pojasnila* za svoje trditve, ki niso preverjena, zanemari vsa nasprotna pojasnila. Pri tem pogosto uporablja *pretirano strokovno-tehničen jezik*, ki ga je težko razumeti. Pogosto *pretirano posplošuje*, na primer navaja (pre)široko učinkovitost produkta na boleznih, ki nimajo skupnega imenovalca. Pogosto se *preveč zanaša na analogijo*, na primer neposredno prenaša ugotovitve iz eksperimentalnih študij na živalih na ljudi.
- *Pojasnila za svoje trditve lahko poišče tudi izven meja znanega in zakonov narave*. Pri tem se pogosto sklicuje na sorodne predhodne, prav tako psevdoznanstvene tr-

ditve ali navaja, da znanost ni uspela dokazati neobstoja predlagane povezave, kar enači z dokazom o obstoju. Pri tem zanemarja, da je koncept znanosti usmerjen v dokazovanje obstoječih povezav (in ne neobstoječih) ter da so zaključki raziskav, kjer raziskovalci niso uspeli dokazati proučevane povezave, pogosto neobjavljeni (pristranosti objavljanja).

- Lahko se sklicuje na *objave v uglednih revijah*, čeprav pogosto v objavah ni zapisanega tistega, na kar se sklicuje, ampak si z referencami zgolj gradi avtoriteto: "Pri-znan doktor znanosti s številnimi objavami v uglednih revijah..."
- Odločitev o uporabi psevdoznanstvenega testa ali ukrepa je *za uporabnika enostavna*, ker nima stranskih učinkov – prikazane so samo prednosti. Za razliko od z dokazi podprte medicine, kjer so poleg prednosti uporabniku vedno prikazane tudi slabosti – včasih se zdravstveni delavec in pacient le težka odločita, ali te prednosti pretehtajo slabosti. Pri psevdoznanstvenih rešitvah te dileme ni.
- *Išče publiko, ki je dovzetna za njena sporočila*. Ponuja rešitev na obstoječe probleme in odgovore na vprašanja, je "prijateljica". Pove, kar ljudje želijo slišati, zanemari vse ostale dokaze, ki kažejo nasprotno. Ker so ti posamezniki navadno čustveno vpleteni z osebno izkušnjo, so bolj dovzetni za tovrstna sporočila in neredko postanejo *goreči zagovorniki* teh rešitev.
- *Cena testa ali ukrepa je uravnotežena s problemom* in je lahko zelo majhna (na primer tablete za hujšanje) ali pa tako velika, da ljudje prodajo premoženje, da si lahko zagotovijo zdravljenje (v upanju na ozdravitev raka).

Čeprav torej psevdoznanost pogosto uporablja znanstvene izraze in lahko tudi znanstvene dokaze, nikoli ne uspe dokazati resničnosti svojih trditev, ker pri raziskavah in sklepanju (interpretaciji) ne uporablja znanstvene metodologije. Primer zelo uspešne



Slika 4: Prefinjen psevdoznanstven pristop v promociji uporabe tobačnih izdelkov. V preteklosti je tobačna industrija pogosto poiskala dokaze, ki so ji ustrezali (kadijo tudi zdravniki in znanstveniki, zdravniki in znanstveniki najbolj vedo, kaj je zdravo). Nato jih je povezala v smiselno interpretacijo (če kadijo/uporabljajo filter zdravniki in znanstveniki, potem je to zagotovo zdravo, saj oni najbolj vedo, kaj je zdravo). Pri tem je izpustila dokaze, ki ji niso ustrezali (večina zdravnikov ne kadi, kajenje je kljub uporabi filtra še vedno škodljivo). Vir: internet.

psevdoznanstvene promocijske kampanje tobačne industrije iz preteklosti, je oglaševanje tobačnih izdelkov s strani zdravnikov v prvi polovici 20. stoletja (Slika 4). Danes, ko so škodljivosti tobaka dobro poznane, se nam morda te reklame in trditve zdijo smešne in neverjetne. Morda se nam bo v prihodnosti podobno zgodilo z nekaterimi trditvami, ki so danes še na preizkušnji.

Psevdoznanost predstavlja pomembno oviro na vseh ravneh preventive zdravja zato, ker jo slabše zdravstveno in znanstveno pismeni ljudje ne prepoznajo in njene zaključke interpretirajo za znanstvene. Verjamejo, da gre za z dokazi podprte ugotovitve, ki jim bodo pomagale ohraniti ali povrniti si zdravje – če zaradi tega zanemarijo pristope z dokazi podprte medicine, si s tem zmanjšajo možnost ozdravitve, pri tem pa nekateri zapravijo tudi precejšen del svojega premoženja.

Zaključki

Kot vsaka tehnologija, ima tudi z dokazi podprta medicina svoje prednosti in slabosti ter se lahko uporablja ustrezno ali neustrezno (14). Nekateri odločevalci enačijo odsotnost dokazov z neučinkovitostjo, zaradi česar upočasnijo raziskovanje in implementacijo morebitnih novih varnih in učinkovitih pristopov v prakso. Zavedati se moramo, da prav vse, kar je danes znanstveno dokazano, nekoč ni bilo – potreben je bil čas, da so bile postavljene prve hipoteze, opravljene prve raziskave in da se je nakopičilo dovolj dokazov, da so hipoteze prešle v doktrine. Podobno velja za prihodnja odkritja – obstajajo vzročne povezave, ki jih še nismo odkrili in/ali še nismo dokazali. Zato bi bilo narobe vsako novo misel, hipotezo, produkt ali preventivni nasvet zavreči zgolj zato, ker v sedanjem času razvoja človeštva še nimamo dovolj dokazov. Med drugim smo nenazadnje pri raziskovanju omejeni z obstoječo tehnologijo in obstajajo tudi količine, ki jih še ne znamo natančno in točno meriti. Prav tako je pogosto res, da je izdelava kliničnih priporočil dolgotrajen proces in da včasih kljub zadostnim dokazom določen nov, dokazano učinkovit pristop zaradi različnih ovir ne doživi svojih kliničnih priporočil ali pa zdravstveni sistem kliničnih priporočil ne podpre. Res je tudi, da je začetna investicija pri številnih zelo učinkovitih intervencijah, zlasti javnozdravstvenih preventivnih ukrepov, zelo velika in da se pozitivni učinki na zdravje pokažejo šele čez leta ali desetletja in so zato določeni dokazano učinkoviti ukrepi za odločevalce, ki so na poziciji danes, strateško manj zanimivi. Zato je pri odločanju v vsakdanji praksi o tem, kaj je za določenega pacienta trenutno najboljša obravnava, treba upoštevati tudi naše lastno, širše znanje in izkušnje, pri čemer pa je treba slediti *previdnostnemu načelu* in biti prepričan, da z uporabo novega, še ne povsem preverjenega pristopa (namesto že znanega, preverjenega) našemu pacientu ne škodimo oziroma ga ne prikrajšamo za bolj učinkovito in varno obravnavo. Johann Wolfgang von Goethe je nekoč dejal, da “vidimo le tisto, kar vemo, da obstaja” in dejstvo je, da danes o marsičem še marsičesa ne vemo.

Vemo pa, kakšna je pot do novega znanja. Za preverjanje hipotez o vzročni povezavi je potreben čas, vendar se z znanstvenim pristopom k raziskovalnemu vprašanju sčasoma vendarle prikopljemo do tega, kaj je res in kaj ne, kaj je za naše paciente bolj koristno kot škodljivo. Če v zgornjem odstavku dopuščam zdravstvenemu delavcu možnost, da v vsakdanji praksi ob upoštevanju načela previdnosti uporabi še ne povsem dokazane pristope, pa je nedopustno, da te pristope uporabi takrat, kadar njegova od-

ločitev temelji na napačnih, zavajajočih dokazih o varnosti in učinkovitosti novega pristopa. Z razvojem z dokazi podprte medicine so se tako v strokovnih kot laičnih revijah začeli kopičiti dokazi sumljive kakovosti, katerih namen je težnja po dobičku iz prodaje novih produktov. Z globalizacijo ter izjemno dobrim dostopom do sredstev za množično informiranje so ti dokazi v vsakem trenutku dostopni vsakomur. V poplavi informacij, ob slabi zdravstveni in znanstveni pismenosti, morebiti tudi slabi osebni izkušnji s čedalje bolj obremenjenim sistemom zdravstvenega varstva, naši pacienti pogosto ne ločijo več zrno od plev. In čeprav jim ponujamo najbolj kakovostno zrnje, ga zavračajo in želijo pleve – ker verjamejo, da je to za njih bolje. Kot zdravstveni delavci nosimo odgovornost, da najprej sami *ločimo zrnje od plev* in se držimo načel z dokazi podprte medicine ali previdnostnega načela pri še nedokazanih hipotezah. Odgovorni pa smo tudi za to, da naše paciente do te mere *zdravstveno in znanstveno opismenimo*, da v bodoče sami prepoznajo pleve. Vse to pa lahko dosežemo le, če nam ljudje zaupajo in verjamejo, da se trudimo najti za njihovo težavo najboljšo možno rešitev in da smo za to tudi ustrezno usposobljeni. Tisti, ki tega ne bodo verjeli, bodo pomoč poiskali drugje, pogosto izven sistema zdravstvenega varstva. Če to pomeni, da se bodo začeli bolj intenzivno gibati zato, ker jim ne bomo mogli ponuditi »čudežnega zdravila za kurjenje maščob«, smo lahko zadovoljni. Če pa to pomeni, da bodo zapravili celo premoženje pri iskanju tega čudežnega zdravila, nam je spodrsnilo in kot strokovnjaki pri tem pacientu nismo opravili svojega poslanstva.

Literatura

1. Boström P, Wu J, Jedrychowski MP, Korde A, Ye L, Lo JC, Rasbach KA, Boström EA, Choi JH, Long JZ, Kajimura S, Zingaretti MC, Vind BF, Tu H, Cinti S, Højlund K, Gygi SP, Spiegelman BM. A PGC1- α -dependent myokine that drives brown-fat-like development of white fat and thermogenesis. *Nature* 2012; 481(7382): 463–8.
2. Erickson HP. Irisin and FNDC5 in retrospect: An exercise hormone or a transmembrane receptor? *Adipocyte* 2013; 2(4): 289–293.
3. Raschke S, Elsen M, Gassenhuber H, Sommerfeld M, Schwahn U, Brockmann B, Jung R, Wisløff U, Tjønnå AE, Raastad T, Hallén J, Norheim F, Drevon CA, Romacho T, Eckardt K, Eckel J. Evidence against a beneficial effect of irisin in humans. *PLoS One* 2013; 8(9).
4. Spletna stran podjetja Amazon, Kapsule On Point – The Smart Fat Burner, proizvajalec podjetje Haleo. <http://www.amazon.com/Haleo-Supplements-Increase-Production-Capsules/dp/B00C78TVOY> <30. 4. 2015>.
5. Mihelin M. Osnovne merilne tehnike v medicini [Syllabus za študente multidisciplinarnega doktorskega študija Biomedicina]. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2007. <http://shrani.si/f/28/om/3zCK5qsn/merilnetehnike076.pdf> <30. 4. 2015>.
6. Bradford-Hill A: The environment and disease: Association or causation? *Proceed Roy Soc Medicine – London* 1965, 58: 295–300.
7. Josey WE, Nahmias AJ, Naib ZM. Viruses and cancer of the lower genital tract [Review]. *Cancer* 1976; 38(1 suppl): 526–33.

8. Bosch FX, Lorincz A, Munoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of clinical pathology* 2002; 55(4): 244–65.
9. Spletna stran Centra za z dokazi podprto medicino na Univerzi v Oxfordu (Centre for Evidence Based Medicine (CEBM), University of Oxford). Piramida dokazov. <http://www.cebm.net/category/ebm-resources/tools/> <30. 4. 2015>.
10. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71–2 [3].
11. Glasziou P, Haynes B. The paths from research to improved health outcomes. *Evid Based Nurs* 2005; 8(2): 36–8.
12. Haynes B, Haines A. Barriers and bridges to evidence based clinical practice [Review]. *BMJ* 1998; 317 (7153): 273–6.
13. Spletna stran Kohranove skupnosti (Cochrane Community). Z dokazi podprto zdravstveno varstvo in medicina. <http://community.cochrane.org/about-us/evidence-based-health-care> <30. 4. 2015>.
14. Kernick DP. Evidence based medicine: does it make a difference? Management of complex systems needs new approaches. *BMJ* 2005; 330 (7482): 92–4.
15. Singer B, Benassi VA. Media Distortions, Social Uncertainty, and Deficiencies of Human Reasoning Seem to be at the Basis of Occult Beliefs. *American Scientist* 1981; 69(1): 49–55.
16. Lilienfeld SO, Ammirati R, David M. Distinguishing science from pseudoscience in school psychology: science and scientific thinking as safeguards against human error. *J Sch Psychol* 2012; 50(1): 7–36.

Predstavitev novega waleškega programa za udobno staranje in vloga strokovnjakov zdravstvene nege v njem

An overview of the new Ageing Well programme in Wales, and the role for Primary Care Nursing

Lorraine Morgan

Povzetek

Leta 2003 je takratna waleška vlada uvedla v svetovnem merilu edinstveno Strategijo za starejše prebivalce Walesa. Osnovana je bila na konceptu staranja kot pozitivnega procesa, razvijali pa so jo starejši prebivalci in njihovi sodelavci. Nastala je z namenom reševanja potreb in želja waleških prebivalcev, starih 50 let in več. Kasneje, leta 2008, je bila ustanovljena Vladna svetovalna skupina, z nalogo neodvisnega glasnika starejših pa je bil imenovan tudi Poverjenik za starejše. Leta 2012 so bili objavljene ključne prednostne naloge s področja javnega zdravja v populaciji starostnikov. Z namenom zmanjšati neenakosti v zdravju je bil Program udobnega staranja leta 2014 povezan z Evropskim partnerstvom za inovacije za aktivno in zdravo staranje. Vse aktivnosti so vodile v uresničevanje namere, da bi se bilo starati v Walesu udobno. V Program udobnega staranja so se na več področjih vključili tudi strokovnjaki zdravstvene nege.

Ključne besede: udobno staranje, starejši, zdravstvena nega v osnovnem zdravstvenem varstvu

Abstract

A devolved Welsh Government launched the worldwide unique Strategy for Older People in Wales in 2003. It was grounded in ageing as a positive concept and developed by older people and partners to address the issues and aspirations of people aged 50 and over living in Wales. Following this a Government Advisory Group was formed and in 2008 an Older People Commissioner appointed to be the independent voice for older people. In 2012 some key priorities focusing on public health challenges were announced. One response to address health inequalities in 2014 was through a new Ageing Well programme linking into the European Innovation Partnership for Healthy Ageing. There was an absolute commitment for Wales to be a good place for people to grow old. The work so far can be shared together with how primary care nursing has responded to the themes identified in the Ageing Well programme.

Key words: Ageing Well, Older, Primary Care Nursing

Introduction

Wales is proud that it is a nation of older people of approximately 1 million, but with a general population of 3.1 million. Growing older well is something, arguably, to which the whole population aspires. Older People, however, are undervalued and society must fundamentally change the way it thinks about older people and ageing. This is the aim of the Wales Strategy for Older People (SfOP) (1) described further in this paper. The concept of wellbeing is not yet sufficiently understood and reflected in the planning, development and everyday delivery of Wales' public services. There is too often a misconception that the only issues that matter to older people are confined to health and social care. Whilst these are important, services such as education, leisure, housing, transport, community facilities and support to remain in employment all play an essential part in the wellbeing of older people. Wellbeing is increasingly being recognized in key Welsh Government legislation as a fundamental aspect of people's lives (2).

This paper will summarize the background to the development of the Ageing Well programme including its key themes, and a brief overview of SfOP. Primary care nursing has a very important role to play in the public health challenges, future and present. The paper will share some of the nursing activities beginning to be implemented in Wales related to the strategy on ageing in Wales.

Public Health Challenges for Wales

The Welsh Government has initiated debate about Health on various subject areas which it considers are clear public health challenges –

- Smoking
- Obesity
- Exercise
- Drugs (illegal drugs and legal 'highs' and excessive Alcohol consumption)
- Big life expectancy gaps between socio-economic groups.

However, it is also raising its drive on informing the public on their responsibility for their own health, but also reminding strongly to all public health practitioners, including the role of primary care nurses in anticipatory care and health promotion to "Make Every Contact Count" (3). A public discussion in 2002 about the impact of a higher proportion of very old age on our care services resulted in a 2003 SfOP (1) but eventually a model of providing health services which are integrated with housing and social care, are evidence based and prudent in their approach (4).

Background to the Strategy for Older People and the Ageing Well Concept

One such approach, the Strategy for Older People (SfOP), to addressing the health now and the future health of Wales' older people has now just begun its third phase of 10 years. It has its own government advisory board- the National Partnership Forum (NPF) and now a Commissioner who is the independent voice for all older people in Wales and is responsible directly to the First Minister for Wales (5). The Ageing Well concept came to fruition because of the Strategy's objectives from the two previous phases and

the consultation undertaken for Phase 3 (6). 2012 was about searching and bringing together strategic partners and developing the networks and communication strategies. This was to progress further through local and national governments and the third sector – the registered charities and independent co-operative organizations, which are strong and engaged in Wales – and importantly older people themselves.

But it is not just about being older or simply living longer. The older people that the Commissioner continues to meet across Wales have been very clear that it is about ensuring that when they are older they have the lives that have value, meaning and purpose, lives through which they can continue to contribute to their families, their communities and the wider economy. It is about ageing well, being able to continue to do the things that matter to older people. Of course age can bring its challenges, but frailty and dependence need not and should not be seen as an inevitable part of ageing. The first of its kind in the UK, this Programme is a collaborative partnership, built upon over a decade's commitment in Wales to recognize the needs of older people and, more than that, to ensure that they are seen as a valuable asset. The overall aim of the Ageing Well in Wales Programme is simple: to ensure that there is an improvement in the wellbeing of people aged 50+ in Wales. The action plan outlines key aims and outcomes that will be supported by a detailed implementation plan, outlining how all of the partners to the Programme will be contributing to one overarching objective – to ensure that Wales is a good place to grow older for everyone.

The Ageing Well Programme

The Programme Structure has been purposefully organized to provide a consistent pan-Wales partnership approach from national organizations and public bodies, whilst also engaging with and supporting activity at regional and local levels through its subject specific networks. Table 1 shows the themes and outcomes. The Strategic Action Group chaired by the Older People Commissioner with members from all national bodies and government, provides high-level strategic direction to the Programme. Into this feeds information from the Expert Advisory Groups (EAG), which lead the thematic networks. See Table 1 for Ageing Well Aims and Outcomes (7).

Ageing Well Relationships and Activities with Europe

This focus on positive ageing has been formalized through the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP-AHA), of which Ageing Well in Wales became a partner in 2012. In 2013 Wales was awarded the highest 3* Reference Site status by the European Commission (8) and the programme therefore became part of the Reference Sites Collaborative Network.

Research, Innovation and Creativity

Running through the Programme is a strong focus on research, innovation and creativity to ensure the capturing and sharing of evidence based approaches and current best practice examples from across Wales and beyond to support impactful and empowering change at a local level.

Table 1: Ageing Well Aims and Outcomes

Ageing Well in Wales	Aim	Outcome One	Outcome Two	Outcome Three
Age-Friendly Communities	To make Wales a Nation of Age-Friendly Communities	The importance of Age Friendly Communities is recognized at all levels throughout Wales.	The voices of all generations are heard and actively included in the creation and ongoing development of their own Age Friendly Communities.	Local and national government support the development of Age-Friendly communities and intergenerational practice.
Falls Prevention	To support older people to reduce their risk of falling, reducing the number of falls amongst older people in Wales.	Older people and their Carers are aware of the preventable causes of falling and know how to reduce their risk.	Current levels of early identification and preventive interventions are mapped and assessed to inform future development.	Falls prevention is integrated into other older people's health and social care programmes as part of a wider 'ageing well' approach.
Dementia Supportive Communities	To make Wales a dementia supportive nation by building and promoting dementia supportive communities.	Wales is an environment where people affected by dementia feel confident, valued and understood.	Wales' People affected by dementia note improvement in timely identification of dementia and support provided before, during and after identification.	Enhanced and extended education, training, information and advice around dementia is established.
Opportunities for Learning & Employment	To ensure the older person's experienced is optimised through learning and employment.	Older people in Wales benefit from maximized opportunities for participation.	Older people in Wales benefit from maximized opportunities to increase their income.	Older people in Wales feel empowered to effectively plan for their future.
Loneliness & Isolation	Reduce levels of Loneliness & Isolation, negative impact on health & wellbeing experienced by Wales older people.	Loneliness and Isolation are recognised as public health and safety issues in Wales.	The main causes and factors of Loneliness and Isolation amongst older people living in Wales are identified and understood.	Provision of innovative & accessible support is developed, addressing impact of changes to life circumstances older people face.

Ageing Well Programme Themes

Theme 1 – Age-Friendly Communities

Wales is a nation of communities, varying in size, nature, urban and rural. Age-Friendly Communities will meet the needs of older people, and people of all ages, in each community by responding directly to their needs. In practice, an Age-Friendly com-

munity is one where local people have decided their priorities to better support people as they age. The most important aspect is that it is an integrated approach to thinking where people live and how to promote older people's wellbeing and engagement with physical and social environments.

Theme 2 - Falls Prevention

Falls are a major cause of disability and death in older people in Wales, and result in significant human costs in terms of pain, loss of confidence and independence. The work of the Falls Prevention network will help older people to maintain their health and wellbeing live longer in their own homes and remain active in their communities.

Theme 3 - Dementia Supportive Communities

In 2013 there was an estimated 45,529 people living with dementia in Wales and this is set to increase significantly (9). A dementia supportive community is any community that shows a high level of public awareness and understanding of dementia (for example, a local or national organization such as a shop, bank or corporation, or a village, town or city). Such communities are more inclusive of people with dementia, and improve their ability to remain independent and have voice, choice and control over their lives. Ageing Well in Wales also uses the term 'people affected by dementia' to recognize the wider effects of dementia beyond the individual to the carer, the family and friends.

Theme 4 - Opportunities for Learning and Employment

Older people have a wealth of knowledge and experience which is currently under appreciated and undervalued in the workplace. Tackling age discrimination and recognizing the value and worth of older people in Wales will be a key feature in the work of this network, which will aim to increase the recognized value of older people through further learning, employment and volunteering opportunities. The SfOP Phase 3 2013–23 states that older people who are unemployed are more likely to be long-term unemployed.

Theme 5 - Loneliness and Isolation

Loneliness and isolation are crosscutting issues that seriously impact on the health and wellbeing of older people in Wales and link strongly to learning and occupational activity.

Loneliness and isolation are not fringe issues; they have been shown to damage health, are the basis for social exclusion and are a significant and pressing problem in Wales that cross all boundaries of social class, race, gender identification, sexual orientation, financial status and geography. Eradicating loneliness and isolation may be unrealistic, but working at all levels, individual, organizational and strategic, identifying and tackling the root causes is not.

Primary Care (Community) Nursing in Wales

A strong focus for Welsh Government is to integrate health and social care much more effectively and primary care nursing has an important role in helping to facilitate this

change. Welsh Government have already provided guidelines to integrated assessment of the older person with complex conditions but how community nursing action reacts to the Ageing Well programme is something which can be reported on in future years as it is only just beginning. Many older people are fit and well, functioning capably in their communities without professional support. Primary care nursing has a vital role in helping them maintain their physical, psychological and social health and wellbeing, and anticipating and pre-empting any decline before it becomes acute (10). Arguably, there is, at present, little evidence to suggest that the role of community nurses in Wales has changed much since the SfOP was launched 10 years ago, or indeed any research undertaken into their role impact, present and future (11). The community nursing workforce in Wales in 2012 was 20 688 and accounted for 39% of all NHS Wales staff (12). 5192 was the total number of registered nurses (12) including health visitors, practice nurses (based in Doctors' surgeries), district, school nurses, community learning disability nurses, and community mental health nurses. For some community nurses their recent role changes in the health system in Wales have provided the opportunity to develop and establish clinical skills which enable people to be treated successfully at home (13) but there is little evidence of generalizing this activity across Wales as yet. Good practice is evident but still patchy and not collated into a good practice database (14).

Community Nursing Future Practice and Ageing Well Themes

An interesting fact is that despite a 10 year old SfOP in Wales there are formally no community focussed formal gerontology nurses and no gerontological qualification but there are a few consultant nurses who are all based within the National Health Service (NHS) illness model not the academic discipline of gerontology. There is some evidence showing that there is also no consistent learning at present on ageing, ageing well or working with the older person in the community despite a Position Statement on Nursing Older People in Wales written in 2012 (14). Finally the Older People Commissioner's first reviews and investigations have concentrated on concerns in hospital and care home nursing, hence focus for nursing guidance is still on the acute treatment sector. There now needs to be a change in focus, in order that primary care nursing action can demonstrate how it can affect change in older peoples' lives through the ageing well aims. In 2008 a Community Nursing Strategy for Wales (15) included little to show that nursing practice and the older person were an important part of the overall community nursing strategy and key aims for Wales. This was despite the SfOP being in place for 5 years and a Royal College of Nursing Strategy (16). There is, however, evidence of two initiatives begun between 2011 and 2013 which directly relate to Ageing Well themes but which were not set up as a result of Ageing Well discussions. These two initiatives relate to some significant costs for the NHS in Wales, that is falls prevention, and monitoring of NHS funded private nursing home care.

Falls Prevention

A number of substantial national and local initiatives involving community nursing are underway in Wales to address the issue of falls, ranging from prevention through to tre-

atment. 1,000 Lives programme (4) with Public Health Wales' Transforming Health Improvement Programme is identifying evidence-based interventions and a consultant nurse (hospital based) is collating information specific to older people.

Age-Friendly Communities

Through the Care Home Ask and Talk (17) initiative led by Primary Care Nursing directorate at a local Health Board, older peoples' experiences of NHS funded nursing care in nursing homes will be monitored through befriending by NHS volunteers, and evaluated using formal research and use of the Senses Framework (14). This research will be a good source of information in the education of primary care nurses in working in care homes and a Task Group has been set up to develop this further.

Conclusion

The Ageing Well programme has been described and its core function, aims and objectives illustrated in the light of European programmes. Although the action plan for this programme, the current and future work, its networks and their members will add value to and further develop existing activities, it has been shown that there is a considerable way to progress before primary care nursing can be seen to be actively engaged in its core work with SfOP and Ageing Well. It is hoped that the drive from the new Public Health policy action and a community nursing action plan will be the catalyst to engage all nurses much more. There are some key messages for nurses in Wales concerning the implementation and success of this unique SfOP and now the Ageing Well programme.

1. Older People are now the core business of the NHS (hospital and community) as well as the independent sector in Wales.
2. "Making Every Contact Count" (3) has significant value to way community nursing needs to promote the health promotion and anticipatory action that is part of their core role. Research may then engage with ageing well initiatives in a more effective and holistic way.
3. Learning about ageing and applying to nursing practice everywhere is crucial to population health, not just for older people.

Nationally, the successes of the Strategy across Wales are numerous and Wales is a different place for older people since its publication in 2003. However, as has been shown the nursing profession needs to engage with this Strategy and Ageing Well much more.

References

1. NAFW (2003). "The Strategy for Older People in Wales 2003-2008. Cardiff. <https://tinyurl.com/pt3vg8u>
2. Welsh Government (2014). The Wellbeing of Future Generations (Wales) 2015. <http://gov.wales/legislation/programme/assemblybills/future-generations/?lang=en>.
3. Public Health Wales (2014a). Making Every Contact Count. <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/888/page/65550>

4. Public Health Wales (2014b). Prudent Healthcare. <http://www.1000livesplus.wales.nhs.uk/prudent-healthcare>
5. Older People Commissioner (2008). An Independent Voice and Champion for Older People. Work Programmes. <http://www.olderpeoplewales.com/en/Home.aspx>
6. Welsh Government (2012). Planning for an Ageing Wales. Consultation on Phase 3 of Strategy for Older People. <https://tinyurl.com/nqq95xl>.
7. Ageing Well in Wales 2014-2019: a Partnership Programme for collaborative action across Wales and in Europe. Cardiff: WLGA, 2014.
8. EC-EUROPE (2013). Digital Agenda for Europe. <http://tinyurl.com/my63zcg>.
9. Alzheimer's Society (2014). <http://www.alzheimers.org.uk/infographic>.
10. Runciman P, Watson H, McIntosh J, Tolson D. Community nurses' health promotion work with older people. *J Adv Nurs*. 2006; 55(1): 46-57.
11. Kenkre J, Wallace C, Davies R, Bale S, Thomas S. Developing and implementing the Community Nursing Research Strategy for Wales. *Br J Community Nurs*. 2013; 18(11): 561-566.
12. Stats Wales (2013). <http://tinyurl.com/parxq08>.
13. Wallace C, Chandler L, Rogers A, Crosby K, Joshi N, Spriggs T, Hill C. Caring for frail patients: best practice. *Nurs Standard*. 2012; 26(28): 50-56.
14. Morgán L. The Status Quo of Nursing practice and the Older Person in Wales. V: Pajnikihar M., Lorber M, ur. Zbornik predavanj. Mednarodna konferenca Z znanjem do razvoja in zdravja, Maribor, 14.-16. 5. 2013 V Mariboru: Fakulteta za zdravstvene vede, 2013. <http://tinyurl.com/nb67ha4>.
15. Welsh Assembly Government (2009). A Community Nursing Strategy for Wales. Consultation Document. <http://tinyurl.com/q9xuuyo>.
16. RCN (2004-2008) "Caring in Partnership: older people and nursing staff" The " The Strategy for Nursing Older People. www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0004/115474/003195.pdf.
17. C.H.A.a.T (2014). Care Home As and Talk Primary Care project. <http://tinyurl.com/k8x3elc>.

Stanje in možnosti raziskav javnega zdravja v Sloveniji

Public health research in Slovenia

Sandra Radoš Krnel

Povzetek

Raziskovanje je ena izmed osrednjih funkcij javnega zdravja, ki razvija znanstvene podlage za podporo pri ukrepanju na področju javnega zdravja. Glavni namen je ugotovitev dejanskega stanja, povečanje baze znanja, iskanje inovativnih rešitev za probleme, ki zadevajo okolje in zdravje ter merjenje in ocenjevanje njihovega vpliva.

Ključne besede: raziskovanje, javno zdravje, projektno delo, Nacionalni Inštitut za javno zdravje

Abstract

Research is one of the core functions of public health, which develops scientific basis to support the action and decision making in the field of public health. The main purpose is to establish the actual situation, to increase the knowledge base, finding innovative solutions to problems that affect the environment and health, and measurement and evaluation of their impact.

Key words: research, public health, project work, National Institute of Public Health

Javno zdravje ima mnogo funkcij za dobrobit družbe, med katere sodijo spremljanje, evalvacija in analize zdravstvenega stanja prebivalstva, pripravljenost za obvladovanje in kontrolo zdravstvenih tveganj, promocija zdravja, upravljanje in vodenje na področju javnega zdravja, zmanjševanje neenakosti v zdravju, zagotavljanje kritične mase usposobljenih in kompetentnih strokovnjakov javnega zdravja, zagotavljanje trajnostnega financiranja ter raziskovanje na področju javnega zdravja v podporo politikam in sklepom (1, 2).

Vse naštetje funkcije javnega zdravja delujejo s pomočjo raziskav, ki so osrednja funkcija javnega zdravja (1). So organizirano iskanje novih znanj za zaščito, spodbujanje in izboljšanje zdravja ljudi (3). Pomembne so tako za zagotovitev znanstvenih podlag, ki so podpora pri ukrepanju na področju javnega zdravja, kot tudi za mrežno povezovanje med vedami oziroma raziskovalnimi organizacijami (1, 4, 5).

V Sloveniji je bil leta 2013 pripravljen Osutek Strategije razvoja javnega zdravja, ki še ni bila uradno potrjena. Eden izmed pomembnih ciljev Strategije je okrepiti razi-

skovanje na področju javnega zdravja. Na področju zdravstva in javnega zdravja igrata poglobitno vlogo Ministrstvo za zdravje in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Druge pomembne organizacije oziroma telesa so Odbor za zdravstvo pri Državnem zboru, Zdravniška zbornica Slovenije, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, druga strokovna združenja, Nacionalni inštitut za javno zdravje, vse tri slovenske univerze in druge raziskovalne ustanove (6).

Nekateri največji izzivi slovenskega zdravstvenega sistema so skupni številnim drugim državam: neenakosti, integracija zdravstvenih služb, dolgotrajna zdravstvena oskrba ter dolgoročna finančna vzdržnost zdravstvenega sistema. Opredelitev prioritetenih nalog v slovenskem zdravstvu pa pričakujemo v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva za naslednje petletno obdobje, ki je trenutno v pripravi (6).

Z namenom boljšega usklajevanja, spodbujanja sodelovanja med raziskovalci na različnih področjih in učinkovitejšega odločanja o področjih raziskav, ki prioritetenno potrebujejo financiranje, so inštitucije, ki izvajajo raziskave na področju javnega zdravja, ustanovile Konzorcij za raziskave v javnem zdravju (7). Zaenkrat je nejasno, ali bo iniciativa uspešna pri uresničevanju svojega namena.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) je v zadnjem desetletju prepoznal pomen raziskovanja za razvoj stroke in se tako dejavno vključil v raziskovalno delo. Raziskovanje je potekalo v smeri okrepljenega sodelovanja v slovenskih in evropskih projektih ter z razvojem sodelavcev v smeri magistrskega in doktorskega študija. V tem času je NIJZ prvič v zgodovini prevzel vodilno in koordinativno vlogo več pomembnih javnozdravstvenih evropskih projektov, kot so Building Capacity (Implementing coordinated Alcohol Policy in Eupope) (8), FACT (Fighting Against Cancer Today) (9), JA EPAAC (Joint Action European Partnership for Action Against Cancer) (10), JA PARENT (Joint Action cross-border PATien REGistries iNiTiative) (11) in JA CANCON (Cancer Control Joint Action) (12).

Literatura

1. Strategija Razvoja dejavnosti zdravja 2013–2023. Osnutek. http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2013/-javna_obravnavava.pdf <1.4.2015>.
2. WHO Essential Public Health Functions. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3175&Itemid=3617 <2.4.2015>.
3. Conceicao C, Grimaud O, McCarthy M, Barnhoorn F, Sammut M, Saliba A. e tal. Programmes and calls for public health research in European countries. *Eur J Pub Health* 2013; 30–34.
4. Seljak M. Strateški razvojni načrt Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije 2010 – 2015. http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/srn_2015.pdf <31.3.2015>.
5. WHO Research in Public Health. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4033&Itemid=3617&lang=en <2.4.2015>.
6. Poldrugovac M, Truden Dobrin P. EVIPNet Country Situation Analysis Slovenia. NIJZ: 2015.

7. Minutes of the meeting of the research organizations active in the area of public health of 19. 4. 2013, unpublished.
8. Implementing coordinated Alcohol Policy in Europe. <http://bc.ias.org.uk/<8.4.2015>>.
9. FACT Fighting against cancer today: a policy summary. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/124867/e94392.pdf<8.4.2015>.
10. JA EPAAC Joint Action European Partnership for Action Against Cancer. <http://www.epaac.eu/<8.4.2015>>.
11. JA PARENT – Joint action cross border patient registers initiative. http://www.eunetha.eu/sites/5026.fedimbo.belgium.be/files/2.%20Haralampos%20Karani-kas_Plenary%20Innovative%20tools%20for%20HTA_HTA%202.0%20Europe.pdf<8.4.2015>.
12. JA CANCON Cancer Control Joint Action. <http://www.cancercontrol.eu/<8.4.2015>>.

3 Konferenčni prispevki

Analiza vloge prehrane v zdravem staranju v slovenski populaciji

The role of nutrition in healthy ageing in slovenian population

Maja Čuić

Izvleček

Izbodišča: V predstavljeni raziskavi smo skušali opredeliti zdravo staranje ter prikazati povezavo med prehranjevalnimi navadami in stanjem hranjenosti ter samooceno zdravstvenega stanja starostnikov. *Metode:* V raziskavo so bile vključene osebe, stare 60 let ali več, sposobne opraviti test hoje na 2 km. Vzorec zajema 450 anketirancev, vabljenih v okviru projekta PANGeA. Vprašalnik »Množične meritve PANGeA« je predstavljal osnovno metodo zbiranja podatkov. *Rezultati:* V analizi vprašalnikov ugotovljamo, da se le pri sedentarnih navadah nakazuje vpliv na stanje hranjenosti. Ostali dejavniki na indeks telesne mase ne vplivajo. Med socio-demografskimi in prehranskimi dejavniki se nakazujejo zdrave oblike prehranjevanja, ki imajo delni vpliv na višjo samooceno zdravstvenega stanja (pogostost uživanja zajtrka in fermentiranih mlečnih izdelkov). *Diskusija in zaključki:* Čeprav se je pomen vloge prehrane v zdravem staranju slovenskih prebivalcev v raziskavi potrdil v manjšem obsegu, le-ta izpostavlja vlogo prehrane v promociji zdravega staranja ter prikazuje težavnost preučevanja prehranske epidemiologije. Ugotovitve nakazujejo potrebo po raziskovanju področja zdravega staranja tudi v bodoče. Ključne besede: zdrava starost, pomen prehrane, prehranska epidemiologija, presečna raziskava.

Abstract

Introduction: In this study we have tried to define and delineate the concept of healthy aging and to demonstrate a link between eating habits and nutritional status as well on a health self-assessment of elderly. *Methods:* The study focused on subjects aged 60 years or older who were capable of performing a 2 km walk test. The sample used in the analysis covers a total of 450 respondents. The Pangea project and the questionnaire "Mass measurements of Pangea", forms the backbone of data collection for this study. *Results:* It was found that sedentary habits could have some impact on nutritional status. Other socio-demographic and eating habits do not have any measurable impact. Among socio-demographic and eating habits only latter indicated some impact on subject's health status self-assessment (frequency of breakfast cottage cheese, yogurt, sour milk and cheese

consumption). *Discussion and Conclusion:* However the study has not demonstrated the impact of eating habits on healthy ageing in an anticipated extent it highlights the importance of nutrition role in promoting healthy aging and shows the difficulties of nutritional epidemiology, which requires future evidence-based professional and critical approach.

Key words: healthy ageing, impact of nutrition, nutritional epidemiology, cross-sectional epidemiological study.

Uvod

Definicije in načela zdravega staranja

Zdravo staranje je proces, v katerem optimiziramo priložnosti za fizično, socialno in duševno zdravje (1). Z njim omogočimo starejšim ljudem, da brez diskriminacije aktivno sodelujejo v družbi ter uživajo neodvisnost in dobro kvaliteto življenja. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) definira ideal zdravja starostnikov kot stanje funkcionalne neodvisnosti. Po tem kriteriju 5 % starostnikov sodi v skupino nezmožnih, 20 % je ranljivih in kar 75 % jih je neodvisnih (2). Bistvena načela za zagotovitev zdravega staranja vključujejo naslednja dejstva: starejši naj bodo sestavni del tako političnih odločitev, raziskav, kot tudi vsakdanje prakse: starejši so pomembni za družbo; starejši imajo enake možnosti za zdravstveno oskrbo; starejši imajo možnost samostojnega razvoja in sodelovanja pri odločanju, zlasti glede zadev, ki se jih neposredno tičejo (koherenčnost); promocija zdravja in preventiva sta lahko učinkoviti tudi v poznih letih; starejši so heterogena populacija v vsakem smislu (3).

Promocija zdravega staranja in vloga prehrane pri starostnikih

Programi, namenjeni promociji zdravega staranja, morajo izhajati iz potreb starejših in potreb tistih, ki se pri svojem vsakodnevnem delu srečujejo s starejšimi (4). S stališča promocije zdravja je pomembno, da se proučuje značilnosti tistih, ki funkcionirajo neodvisno in tudi, da se na podlagi tega definira programe in aktivnosti za to populacijsko skupino. Preventivne aktivnosti ter sprememba vedenjskega sloga lahko preložitna ali preprečita večino kroničnih degenerativnih bolezni (5). Zdravo in uravnoteženo prehranjevanje skozi vse življenje pozitivno vpliva na zdravje in ustrezno prehranjenost v starosti. Prehrana ima torej v obdobju starejšega odraslega glede na specifične spremembe v tem obdobju pomembno vlogo.

Prehranska epidemiologija in metode za oceno prehranjevalnih navad

Prehranska epidemiologija je veda, ki prehranjevanje opisuje - *opisna prehranska epidemiologija* - in preučuje vpliv prehranjevanja na zdravje ter pojav bolezni - *analitična prehranska epidemiologija*. Osredotoča se na preučevanje vzorcev prehranjevanja in njihovega vpliva na zdravje in bolezni (6). Osrednjo nalogo raziskovanja v prehranski epidemiologiji predstavlja pridobivanje znanstvenih dokazov, s pomočjo katerih lahko podpremo preučevanje vloge prehrane v zdravju in bolezni (7). Zapletenost prehranske epidemiologije je večja od drugih epidemioloških preučevanj, saj obrok z vidika izpostavljenosti predstavlja hkraten nabor dejavnikov tveganja, ki medsebojno močno korelirajo. S področja metodologije zbiranja podatkov in statistične analize moramo prav tako upoštevati, da so podatki, zbrani za analizo, običajno pridobljeni z metodami indi-

rektne ocene. Oprijemljivost in moč raziskav s področja prehrane sta tako zaradi majhnega relativnega tveganja (RR 1,5-3,0) in visokega pripisljivega tveganja v populaciji, v primerjavi s preučevanjem nekaterih drugih dejavnikov, nizki (8,9). Najbolj preprosto oceno prehranjevalnih navad ljudi nam omogoča sledenje razpoložljivosti hrane na trgu posamezne države (bilanca pridelave, uvoza in izvoza), ki jih v obliki »Fact sheet« za vse države zagotavlja Food and Agriculture organization – FAO (10). Za natančnejše ocene prehranjevalnih navad pa uporabljamo dva osnovna pristopa zbiranja podatkov, in sicer ocenjujemo razpoložljivost živil in individualni vnos živil. Individualni vnos živil omogoča neposredno in bolj natančno ocenjevanje navad prehranjevanja izbrane populacije (11).

Predstavitev projekta PANGeA – “Za bolj aktivno in zdravo staranje”

Čezmejni projekt PANGeA - »Telesna aktivnost in prehrana za kakovostno staranje« bo pomembno prispeval obuditi gibanja, ki se zavzemajo »za aktivno in bolj zdravo starost« v Sloveniji. Triletni projekt (traja od 1.10.2011 do 30.9.2014) je potekal pod vodstvom Inštituta za kineziološke raziskave Znanstveno-raziskovalnega središča Univerze na Primorskem (12). Glavni cilji projekta PANGeA izhajajo iz glavnih načel zdravega staranja, ki so: definicija faktorjev zdravega staranja; postavitve vsebinskih in kadrovskih osnov mednarodnega centra odličnosti (Slovenija–Italija) na področju zdravja starejših občanov; dvig osveščenosti o pomenu zdravega staranja, socialne vključenosti in mobilnosti depriviligiranih populacij (starostniki); zniževanje stroškov zdravstvene oskrbe; povezovanje obstoječih zdravstvenih, socialnih in zasebnih subjektov ter izboljšanje njihove medsebojne koordiniranosti (3). Predstavljena raziskava spada v raziskovalni del projekta PANGeA; podatki, uporabljeni v analizi, so bili zbrani v sklopu aktivnosti množičnih meritev projekta.

Namen, cilji in hipoteze

Z namenom ocene trenutnega zdravstvenega stanja starostnikov in pridobivanja potrebnih podatkov o prehranjevalnih navadah starejših pri nas smo si zastavili naslednje cilje:

1. Opredeliti pojem zdravega staranja s poudarkom na vplivu prehrane.
2. Prikazati vpliv prehranjevalnih navad na stanje hranjenosti starostnikov.
3. Določiti stopnje samoocene zdravstvenega stanja starostnikov pri nas in oceniti morebitno povezavo samoocene in prehranjevalnih navad.

Na podlagi teh ciljev smo postavili naslednje hipoteze:

1. Starostniki z bolj zdravimi prehranjevalnimi navadami imajo nižje vrednosti indeksa telesne mase (ITM).
2. Boljša subjektivna občutja glede zdravja so značilnejša za bolj zdrave oblike prehranjevanja pri starostnikih.

Metoda

Opravljen je bila presečna epidemiološka raziskava. Podatki o prehranskih navadah so bili zbrani po načelih metode pogostosti uživanja živil. Vzorec, uporabljen v analizi, za-

jema 450 enot (anketirancev). V raziskavo so bile vključene osebe, stare 60 let ali več, ki so bile sposobne opraviti test hoje na 2 km. Ciljna populacija je bila zajeta na treh lokacijah, in sicer v Kopru, Ljubljani in Kranju. Anketni vprašalnik "Množične meritve – PANGeA" so anketiranci prejeli po pošti, na naslov, ki so ga podali ob prijavi in ga izpolnili sami. Odgovorili so vsi, ki so dobili vprašalnik.

Vprašalnik »Množične meritve PANGeA« vsebuje standardizirana vprašanja zaprtega in odprtega tipa. Vsebina uporabljenega vprašalnika, ki obsega skupno 130 vprašanj ter 470 spremenljivk, je razdeljena v naslednje skupine podatkov oz. sklope:

Sklop A – Socio-demografski podatki

Sklop B – Zdravstveno stanje

Sklop C – Življenjski slog (gibalna/športna aktivnost)

Sklop D – Prehranjevalne navade

Sklop E – Navade (kajenje, preživljanje prostega časa, spalne navade)

V predstavljeni raziskavi smo uporabili podatke iz sklopov A, B in D. Za oblikovanje vnosne maske ter vnos podatkov je bil uporabljen spletni pripomoček iKA (13).

Statistična analiza

Tabela 1: Število, deleži in p-vrednosti (hi kvadrat) razredov indeksa telesne mase po spolu in starostnih razredih.

	Normalna tel. teža Število (%)	Zvišana telesna teža Število (%)	Debelost razred I Število (%)	Debelost razred II Število (%)	Skupno Število (%)	p (hi kvadrat)
Spol						0,673
moški	44(31,7)	75(37,5)	29(34,1)	7(41,2)	155(35,1)	
ženski	95(68,3)	125(62,5)	56(65,9)	10(58,8)	286(64,9)	
Starost						0,891
60-64 let	47(34,1)	78(39,0)	28(33,3)	5(29,4)	158(36,0)	
65-69 let	45(32,6)	55(27,5)	27(32,1)	4(23,5)	131(29,8)	
70-74 let	28(20,3)	38(19,0)	20(23,8)	5(29,4)	91(20,7)	
75 let in več	18(13,0)	29(14,5)	9(10,7)	3(17,6)	59(13,4)	

Vse v nalogi analizirane spremenljivke so kategorične z izjemo starosti v letih in indeksa telesne mase. Ti dve spremenljivki sta bili za potrebe analize kategorizirani. Uporabljeni so podatki izmerjenega ITM-a. Vse spremenljivke so opisane z absolutnim številom in relativno frekvenco – primer: Tabela 1. Povezanost med posameznimi socialno-demografskimi lastnostmi in prehranjevalnih navadami z ITM razredi in s samooceno zdravstvenega stanja smo preverjali s testom hi-kvadrat. Glede na korelacijo, ugotovljeno v bivariatni analizi, smo se odločili za vključitev spremenljivk v multivariatno analizo. Pri oceni skupnega vpliva socialno-demografskih lastnosti in prehranjevalnih navad na ITM (tokrat kot zvezno spremenljivko) smo izvedli multiplo linearno regresijo, v primeru pojasnitve vpliva prehranjevalnih navad na samooceno zdravstvenega stanja pa logistično regresijo. Kot statistično pomembne smo vrednotili razlike pri $p \leq 0,05$. Statistična analiza je bila izvedena z računalniškim paketom SPSS (IBM SPSS Statistics, Version 21).

Rezultati

Med ITM razredi in analiziranimi spremenljivkami se kot statistično pomembna izkaže le povezanost s spremenljivko sedentarne navade pri opravljanju poklica/dela ($p = 0,046$). Med ITM razredi in prehranskimi spremenljivkami v bivariatni analizi ne ugotovimo statistično pomembne povezanosti. Z enostavnim modelom linearne regresije, kjer smo kot odvisno spremenljivko vzeli ITM smo preverjali ali in v kolikšni meri je mogoče potrditi vpliv sedentarnih navad pri opravljanju poklica/dela na ITM. Izkazalo se je, da z vključeno neodvisno spremenljivko pojasnimo le 0,5 % odvisne spremenljivke ($R^2 = 0,005$), korelacijski koeficient pa je majhen ($Beta = 0,072$) in statistično neznačilen. S pridobljenimi rezultati analize ne moremo zaključiti, da imajo starostniki z bolj zdravimi prehranjevalnimi navadami nižje vrednosti ITM-a.

V bivariatni analizi (test hi kvadrat) ugotovimo, da med samooceno splošnega in analiziranimi spremenljivkami obstaja povezanost s spremenljivkama stopnja javno veljavne izobrazbe ($p = 0,050$) in samoocenjen materialni status ($p = 0,030$). Bivariatno povezanost med samooceno splošnega zdravstvenega stanja in prehranskimi spremenljivkami ugotovimo z naslednjimi spremenljivkami: pogostost uživanja zajtrka ($p = 0,000$), število dnevno zaužitih obrokov ($p = 0,01$), pogostost uživanja polnozrnatnega kruha ($p = 0,014$), olivnega olja ($p = 0,020$), skute, jogurta, kislega mleka in sira ($p = 0,005$), rdečega mesa ($p = 0,023$), slanine ($p = 0,001$), mesnih izdelkov ($p = 0,007$), sadja ($p = 0,000$) in zelenjave ($p = 0,003$). Signifikantna povezanost se pokaže tudi s spremenljivko odstranjevanje vidne maščobe pri mesu ($p = 0,021$). Omenjene spremenljivke vključimo v model logistične regresije. Čeprav se kot statistično neznačilen izkaže vpliv spremenljivke pogostost uživanja zajtrka ($p = 0,075$), pa se kot statistično značilen ($p = 0,028$) izkaže vpliv razreda pogostost uživanja zajtrka manj kot 2 dneva/teden glede na referenčni razred večino dni v tednu. Razmerje obetov za osebe, ki so navedle, da zajtrkujejo manj kot 2 dneva/teden, znaša 7,045 ($Exp Beta = 7,045$). Prav tako se kot statistično neznačilen izkaže vpliv spremenljivke pogostost uživanja skute, jogurta, kislega mleka in sira ($p = 0,134$); statistično značilno večje relativno tveganje v primerjavi z referenčno skupino pogosto se izkaže uživanje skute, jogurta, kislega mleka in sira redko. Razmerje obetov za osebe, ki omenjena živila uživajo redko znaša 3,573 ($Exp Beta = 3,573$) – Tabela 2.

Tabela 2: Statistično pomemben vpliv razredov spremenljivk, vključenih v model logistične regresije ter njihove p vrednosti in razmerja obetov ($Exp Beta$).

VKLJUČENA SPREMENLJIVKA	RAZMERJE OBETOV ($Exp Beta$)	p vrednost
Pogostost uživanja zajtrka		0,075
večino dni v tednu	1	
4-2 dni/teden	1,630	0,466
manj kot 2 dni/teden	7,045	0,028
Pogostost uživanja skute, jogurta, kislega mleka in sira		0,134
pogosto	1	
občasno	2,461	0,116
redko	3,573	0,045

S pridobljenimi rezultati analize zaključimo, da imajo starostniki z nekaterimi bolj zdravimi prehranjevalnimi navadam boljša subjektivna občutja glede svojega zdravja. Prav tako na podlagi rezultatov bivariatne analize ugotavljamo, da obstaja povezava med boljšimi subjektivnimi čustvi glede zdravja in nekaterimi drugimi bolj zdravimi oblikami prehranjevanja.

Diskusija

Že v prelimenarni analizi so se v raziskavi nakazovale slabosti analize »mehkih podatkov«. Osebe, vključene v raziskavo, so se za sodelovanje odločile same, vzrok je bila najverjetneje lastna samoiniciativa in visoka stopnja motiviranosti, ki so jo projektni partnerji dosegli s številnimi komunikacijskimi in medijskimi dogodki. Osebe torej niso bile izbrane na podlagi naključnega vzorčenja ali s pomočjo randomizacije iz splošne populacije. Prav tako se moremo zavedati, da je bilo upoštevanje izključitvenih kriterijev deloma prepuščeno osebam samim. Zbrani podatki v predstavljeni raziskavi so pridobljeni z metodo ocene pogostosti uživanja živil. Prednosti te metode so predvsem v enostavnosti izvedbe in njeni primernosti za obsežne raziskave. Metoda je relativno enostavna in cenovno ugodna, vendar ne odraža dejanskega vnosa posameznih živil. Zahteva dopolnitev podatkov z drugimi metodami (14). Na prehranjevanje in stanje hranjenosti imajo pomemben vpliv fiziološki, psihološki, ekonomski in socialni dejavniki. V predstavljeni raziskavi nismo uspeli dokazati vpliva socioekonomskih dejavnikov na vrednosti ITM-a, kar potrjuje potrebo po dodatnem preučevanju vplivov socioekonomskih dejavnikov na prehranjevanje in stanje hranjenosti starostnikov (15). Razloge je možno iskati tudi v lastnostih preučevane populacije starostnikov v raziskavi. V raziskavi prav tako nismo uspeli dokazati povezanosti med nižjimi vrednostmi ITM razredov in bolj zdravimi oblikami prehranjevanja. Razlogov je več; ITM ima kot indikator stanja hranjenosti svoje omejitve – z uporabo ITM-a ni mogoče razlikovati med pusto telesno maso in maso maščobe (16). ITM ima svoje omejitve za opredelitev zdravja tudi pri starostnikih. Vrednosti za idealno telesno maso (ITM od 18,5-24,99), so morda preveč omejevalne za starejše odrasle. Druge omejitve uporabe ITM-a za oceno prehranskega statusa pri starejših vključujejo praktična vprašanja. Pogosto je težko pridobiti natančne vrednosti za telesno maso in višino pri starejših osebah. Izračuni ITM-a tako včasih niso pravilni, zlasti če sta višina in/ali masa samoporočani in ne merjeni (17). Na samooceno zdravja vplivajo različni dejavniki, med katerimi je najmočnejši starost (18). Med socialno-ekonomskimi dejavniki, ki jih povezujejo s samooceno zdravja, naj bi imeli največji vpliv: izobrazba, materialno stanje, socialni položaj, zaposlitveni status, vključno z dojemanjem nevarnosti za izgubo zaposlitve in brezposelnost (19-21). Samoocena zdravja je uveljavljena mera splošnega zdravstvenega stanja populacije. V povezavi z zaznavanjem lastnega zdravja je zdrava prehrana eden od pomembnih pogojev za dobro počutje. Redno zajtrkovanje je del zdrave prehrane in je pomemben dejavnik zdravega življenjskega sloga. Raziskovalci so ugotovili pozitivne učinke na zdravje že pri uživanju zajtrka 4 do 5-krat na teden. Navada rednega zajtrkovanja je prehranski vzorec, ki lahko prispeva k zmanjševanju telesne teže pri odraslih, opuščanje zajtrka pa je povezano s tveganjem za nastanek prekomerne telesne mase (22,23). V prehrani starejših so primerni mlečni izdelki z nizko vsebnostjo maščob (1,6 % ali manj), kot so skuta,

jogurt, kislomleko in sir oz. fermentirani mlečni izdelki. So osnovna živila, ki organizmu zagotavljajo predvsem biološko visoko vredne beljakovine in kalcij, uživali pa naj bi jih vsakodnevno (14). Tudi za starostnike velja dnevni priporočen vnos mleka in mlečnih izdelkov z manj maščobe (1,6 % ali manj) in sicer 2 - 4 enote na dan (1 enota je 2 dl mleka, jogurta, košček sira v velikosti škatlice vžigalic, 3 žlice puste skute) (24). V predstavljeni raziskavi smo uspeli dokazati le povezanost med slabšimi subjektivnimi čustvi glede zdravja in pogostostjo uživanja zajtrka (med razredoma manj kot 2 dni/teden in večino dni v tednu) in pogostostjo uživanja skute, jogurta, kislega mleka in sira (med razredoma redko in pogosto), kar potrjuje splošne ugotovitve, da nekatere prehranjevalne navade vplivajo na subjektivna čustva glede zdravja (25-27). Povezanosti med drugimi prehranjevalnimi navadami in subjektivnimi čustvi glede zdravja nismo uspeli opredeliti. Čeprav se na lestvici življenjskih vrednot zdravje pojavlja zelo visoko, lahko različne osebe različno vrednotijo svoje zdravje. Prav tako je potrebno upoštevati različnost pojmovanja "zdravja", ki se med in znotraj posameznih generacij močno razlikuje.

Zaključki

Predstavljeni raziskava nakazuje povezanost nekaterih zdravih prehranjevalnih navad in boljših subjektivnih čustev glede zdravja starostnikov pri nas. Ugotovljena je bila povezanost s slabšimi subjektivnimi čustvi glede zdravja in frekvenčno kategorijo "manj kot 2 dni/teden" uživanje zajtrka glene na referenčno kategorijo "večino dni v tednu" ter frekvenčno kategorijo "redko" uživanje skute, jogurta, kislega mleka in sira glede na referenčno kategorijo "pogosto." Vlogo teh dveh oblik zdravega prehranjevanja v procesu zdravega staranja bi bilo zato potrebno dodatno opredeliti. Čeprav v predstavljeni raziskavi nismo uspeli natančno ovrednotiti drugih oblik zdravega prehranjevanja v procesu zdravega staranja, menimo, da le-ta predstavlja pomemben vir novih informacij na področju preučevanja prehrane v sklopu procesa zdravega staranja. Raziskava opozarja na številne metodološke težave, na katere naletimo v prehranski epidemiologiji, ki se ukvarja s prehrano in promocijo zdravja pri starostnikih. Navedeni podatki nudijo številne možnosti za nadaljnje poglobljeno raziskovanje povezav med zdravstvenim stanjem, odnosom do zdravja in telesne teže, med dejavniki vpliva na zdravje in zdravstvenimi nasveti ter med prehranskim vnosom, prehranjevalnimi navadami in prehranskim statusom pri starejših prebivalcih Slovenije.

Literatura

1. The Swedish National Institute of Public Health. Healthy ageing - a challenge for Europe. DG SANCO, 2006.
2. Tanaka H. Health Promotion in Elderly People. *J Sport Health Sci* 2006; 4(2): 303.
3. Gabrijelčič Blenkuš M, Stanojević Jerković O, Đukić B, Prezelj M, Ješe M, Škornik Tovornik T. Prehrana in telesna dejavnost za zdravje pri starejših - pregled stanja. Ljubljana: IVZ, 2010.
4. Albrecht T. Healthy Ageing – projekt in izziv za javno zdravje ter za politiko zdravja v Evropski uniji. V: Zbornik strokovnih prispevkov 4. srečanja v Pekrah pri Mariboru »Zdravo staranje - iluzija ali realnost«. Maribor: Zavod za zdravstveno varstvo, Inštitut za varovanje zdravja RS, 2006: 20–28.

5. Brundtland G. (1999). WHO Active ageing: a policy framework. http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/ <10. 9. 2010>.
6. Slattery M. Analysis of dietary patterns in epidemiological research. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2010; 35(2): 207–210.
7. Hu F. Dietary pattern analysis: a new direction in nutritional epidemiology. *Curr Opin Lipidol.* 2002; 13(1): 3–9.
8. Margetts BM, Nelson M. Design Concepts in Nutritional Epidemiology. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1997.
9. Hu F. Dietary pattern analysis: A new direction in nutritional epidemiology. *Curr Opin Lipidol.* 2002; 13(1): 3–9.
10. FAO (2012). Publications. <http://www.fao.org/economic/est/publications/en/> <14.09.2010>.
11. Willet W. Design Concepts in Nutritional Epidemiology. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1997.
12. Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Inštitut za kineziološke raziskave (2012). PANGeA project. <http://www.pangeaeu.org> <16.04.2013>.
13. FDV, Center za družboslovno informatiko. EnKlikAnketa - IKA spletne ankete (2013). IKA.si. <https://www.ika.si> <01.07.2013>.
14. Gabrijelčič Blenkuš M, Gregorič M, Tivadar B, Koch V, Kostanjevec S, Fajdiga Turk V, Žalar A, Lavtar D, Kuhar D in Rozman U. Prehrambene navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2009.
15. Dudley S, Pedersen S (2014). Eating Habits that Improve Health and Lower Body Mass Index - Cancer Prevention & Treatment Fund. Cancer Prevention & Treatment Fund. <http://www.stopcancerfund.org/pz-diet-habits-behaviors/eating-habits-that-improve-health-and-lower-body-mass-index/> <16. 09. 2012>.
16. Schmidt DS, Salahudeen AK. »Obesity-survival paradox-still a controversy?». *Semin Dial.* 2007; 20(6): 486–492.
17. Knesebeck O, Lueschen G, Cockerham WC, Siegrist J. Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: a comparative cross-sectional study. *Soc Sci Med.* 2003; 57(1): 1643–1652.
18. Huijts T, Monden CWS, Kraaykamp G. Education, educational heterogeneity, and self-assessed health in Europe: a multilevel study of spousal effects in 29 European countries. *Eur Sociol Rev.* 2010; 26(1): 261–276.
19. Bobak M, Pikhart H, Rose R, Hertzman C, Marmot M. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Soc Sci Med.* 2000; 51(1): 1343–1350.
20. Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Soc Sci Med.* 2002; 55(1): 847–861.
21. Bauer G, Huber CA, Jenny GJ, Müller F, Hämmig O. Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland: explaining the gradient in men and women. *Int J Public Health.* 2009; 54(1): 23–30.
22. Giovannini M, Verduci E, Scaglioni S, Salvatici E, Bonza M, Riva E et al. Breakfast: a good habit, not a repetitive custom. *J Int Med Res.* 2008; 36(4): 613–624.

23. Timlin M, Pereira M. Breakfast frequency and quality in the etiology of adult obesity and chronic diseases. *Nutr Rev.* 2007; 65(6): 268–281.
24. Inštitut za varovanje zdravja RS (2011). Načela zdravega prehranjevanja, upoštevajoč socialno- ekonomske determinante. http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/nacela_zdravega_prehranjevanja.pdf <9.03.2013>.
25. Smith K, McNaughton S, Cleland V, Crawford D, Ball K. Health, behavioral, cognitive, and social correlates of breakfast skipping among women living in socioeconomically disadvantaged neighborhoods. *J Nutr.* 2013; 143(11): 1774–1784.
26. Barros M, Zanchetta L, Moura E, Malta D. Self-rated health and associated factors, Brazil, 2006. *Rev Saude Publica.* 2009; 43(1): 27–37.
27. Barreto S, Figueiredo R. Chronic diseases, self-perceived health status and health risk behaviors: gender differences. *Rev Saude Publica.* 2009; 43(1): 38–47.

Pomen referenčnih ambulant pri zagotavljanju javnega zdravja

The role of model practice in providing public health

Jožica Eder

Izvleček

Aktualna zdravstvena politika v Sloveniji že leta poudarja pomembnost primarnega nivoja zdravstvenega varstva, vendar mu je kljub temu bilo do sedaj v praksi posvečeno premalo pozornosti in tudi sredstev. Velik napredek na tem področju predstavlja projekt Ministrstva za zdravje – uvedba referenčnih ambulant – RA. V aprilu leta 2011 so bile v Sloveniji uvedene prve referenčne ambulante, danes je število takih ambulant preseglo že polovico vseh ambulant splošne/družinske medicine v Sloveniji. Uvedba referenčnih ambulant predstavlja pomemben korak v slovenskem prostoru pri kakovostni oskrbi pacientov na primarnem nivoju, predvsem na področju preventivnega presejanja v smislu zgodnjega odkrivanja najpogostejših kroničnih nenalezljivih in prisotnosti dejavnikov tveganja za nastanek srčno-žilnih obolenj. Namen prispevka je predstaviti projekt Referenčnih ambulant, organizacijo dela in delovanje, njihovo sodelovanje s centri za krepitev zdravja in ostalimi službami in organizacijami, ki pomembno vplivajo na kakovost javnega zdravja in nekatere rezultate, ki - splošno gledano – potrjujejo pomembnost kompleksne obravnave pacientov, ki jo zagotavljajo referenčne ambulante.

Ključne besede: referenčne ambulante, diplomirana medicinska sestra, družinska medicina, primarno zdravstveno varstvo, javno zdravje

Abstract

Current health policy in Slovenia is talking for years now about the importance of primary health care, but regardless of all the talking so far in practice there is still a big lack of attention and resources. Significant progress in this area presents the project of the ministry of health - the introduction of Model practice. In April of 2011, first model practice were introduced in Slovenia, today the number of such clinics already exceeded half of all family medicine practice in Slovenia. The introduction of reference clinics is an important step in the Slovenian territory in providing quality patient care at the primary care level, especially in the field of preventive screening in terms of early detection of most common non-communicable chronic and searching risk factors for cardiovascular diseases. The purpose of this paper is to present the model practice project, organiza-

tion of work and functioning, cooperating with centers for health promotion and other services and organizations that have a significant impact on the quality of public health and some of the results - generally speaking - which confirm the importance of complex patient care provided by model practice.

Keywords: model practice, registered nurse, family medicine, primary health care, public health

Uvod

Mesto in vloga primarnega zdravstvenega varstva izhaja iz deklaracije Svetovne zdravstvene organizacije, sprejete na skupščini v Alma - Ati leta 1987, kjer je bilo zdravje deklarirano ne le kot stanje popolnega fizičnega, psihičnega in socialnega blagostanja v odsotnosti bolezni, temveč kot osnovna človekova pravica in dolžnost v skrbi za lastno zdravje. Postavljena je bila zahteva po približevanju zdravstvenega varstva k uporabnikom preventivnih zdravstvenih storitev ter njihova aktivna skrb za lastno zdravje. Primarno zdravstveno varstvo izvaja celovito in stalno zdravstveno varstvo posameznikov, družin in skupin prebivalstva na področjih preventivne, kurativne in socialne obravnave. Še posebej je pomembna njegova vloga v skrbi za zdravje posameznika in širše skupnosti. »Podaljševanje življenjske dobe in s tem posledično naraščanje števila ljudi s kroničnimi boleznimi pomembno vplivata na kakovost življenja posameznika in tudi porabo finančnih sredstev, namenjenih za zdravstveno varstvo.« (2). S staranjem prebivalstva se spreminjajo in povečujejo potrebe posameznika po različnih zdravstvenih storitvah. Ker je bilo v zadnjih letih primarnemu nivoju kljub vsej pomembnosti posvečene premalo pozornosti, predstavlja projekt » uvedba referenčnih ambulant«, ki ga je leta 2011 izvedlo Ministrstvo za zdravje, velik poudarek organizaciji in funkcioniranju primarne zdravstvene dejavnosti. V dosedanjih ambulantah splošne/družinske medicine zaradi nespremenjene kadrovske zasedbe in številnih zahtevah predvsem administrativne narave ob prepolnih čakalnicah ni bilo mogoče zagotavljati kakovostne kompleksne obravnave pacientov s kroničnimi obolenji, zelo malo časa pa je ostalo tudi za preventivno dejavnost. V prispevku bo predstavljen način dela referenčnih ambulant in doprinos diplomirane medicinske sestre h kakovostni obravnavi pacientov na primarnem nivoju.

Referenčne ambulate

Referenčne ambulate so nova – dopolnjena oblika organizacije in vsebine dela v dosedanjih splošnih / družinskih ambulantah na področju primarnega zdravstvenega varstva. Kadrovski normativ 1 zdravnik splošne/družinske medicine in 1 medicinska sestra/ZT že nekaj časa ne zagotavlja več kakovostne obravnave in težko sledi zahtevam, ki jih pred izvajalce postavljajo Zakon o Pacientovih pravicah, številne zahteve, ki jih prinaša ISO Standard in splošna socialno ekonomska situacija, ki posredno polni tudi čakalnice splošnih ambulant. V referenčni ambulanti svoje delo in aktivnosti združuje kadrovsko razširjen tim zdravstvenih delavcev. Poleg zdravnika specialista splošne/družinske medicine, ki je nosilec dejavnosti in srednje medicinske sestre, je v ambulanti dodatno prisotna še diplomirana medicinska sestra, ki do sedaj v zdravstveni tim splošnih/družinskih ambulant ni bila vključena. Strokovno delo zdravnikov in medi-

cinskih sester v ambulantah splošne/družinske medicine je obremenjeno s številnimi administrativnimi storitvami, kurativo in obravnavanjem velikega števila pacientov s kroničnimi obolenji, kar posledično zmanjšuje predvsem realizacijo preventivnega dela na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Referenčne ambulante z okrepljenim timom tako stanje občutno izboljšujejo. »Namen referenčnih ambulant je razviti model, ki bo definiral ambulanto zdravnika družinske medicine v prihodnje, na nivoju:

- vsebine dela (protokoli vodenja kroničnih bolnikov, vzpostavitev registrov);
- organizacije dela (delitev aktivnosti in kompetenc, celovita obravnava bolnikov);
- kadrovske strategije (nadgrajen tim z ustreznimi delitvijo dela znotraj tima) in
- modela plačevanja - potrebno je predlagati spremembo financiranja, ki sloni na glavari in kakovosti dela.« (3).

Po navedbah Ministrstva za zdravje RS (2011) pomenijo referenčne ambulante pomemben napredek v timski obravnavi pacientov v ambulanti družinske medicine, pomenijo pa tudi povečano dostopnost prebivalcev do kakovostne in varne zdravstvene oskrbe, z ustrežno organizacijo dela je v prihodnje predvideno tudi krajšanje čakalnih dob na sekundarnem nivoju. Cilj RA ambulant je kakovostna in stroškovno učinkovita obravnava in povečanje zadovoljstva pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu. Na nacionalni ravni predstavljajo zagotavljanje boljše zdravstvene oskrbe prebivalstva in oceno njihovih potreb po zdravstvenih storitvah glede na spol, starost, pojavnost posameznih bolezni ter dejavnikov tveganja. Vse navedeno je velikega pomena za nadaljnje načrtovanje zdravstvene politike (povzeto po Poplas, 2011).

Vloga diplomirane medicinske sestre

Diplomirana medicinska sestra v okviru svojih kompetenc spremlja paciente, predvsem tiste s kroničnimi obolenji, v njen delokrog pa spada poglobljena preventivna dejavnost, ki je bila do sedaj velikokrat pomanjkljiva. S tem je zagotovljen kompleksnejši način timske obravnave posameznega pacienta, kar pomembno vpliva na samo kakovost obravnave. Sčasoma naj bi diplomirana medicinska sestra prevzela približno 25 odstotkov dela, predvsem na področju preventive, kar pomeni precejšnjo olajšavo za delo zdravnika v timu. Zdravstveni tim v referenčni ambulanti izvaja zdravstveno oskrbo po dispanzerski metodi dela na področju družinske medicine in na ta način zagotavlja celostno obravnavo pacientov. Diplomirana medicinska sestra s pomočjo predpisanih vprašalnikov ugotavlja pacientove prehranjevalne navade, življenjski slog, družinsko obremenjenost, socialni status, svetuje pri preventivnih dejavnostih, obravnava morebitne dejavnike tveganja, kot so alkohol, kajenje, neustrezna prehrana, visok krvni pritisk, holesterol, krvni sladkor, obremenjenost s stresom, ogroženost za depresijo, ogroženost za nastanek osteoporoze. Tako je pacient deležen aktivnega presejanja glede na posamezne vrste kroničnih obolenj, na osnovi ugotovljenega zdravstvenega stanja pa še usmerjene zdravstveno - vzgojne obravnave. Pacienti dobijo pri diplomirani medicinski sestri izčrpne informacije o dejavniki tveganja za svojo bolezen, več o bolezni sami, kako jo obvladati, kaj storiti, v primeru poslabšanja, kakšnega pomena je zdrav način življenja ipd. Glede na ugotovljeno zdravstveno stanje se pacienti razvrščajo v posamezne registre – Zdravi, zdravi z dejavniki tveganja, pacienti z že razvitimi kronični-

mi obolenji, kot so astma, kronična obstruktivna bolezen, sladkorna bolezen, arterijska hipertenzija, osteoporozo, benigna hiperplazija prostate, depresija, koronarna bolezen, se razvrstijo v register kroničnih bolnikov. Glede na urejenost kronične bolezni je pacient naročen na kontrolne preglede k diplomirani medicinski sestri v določenih časovnih intervalih. Take paciente lahko v celoti vodi diplomirana medicinska sestra, zdravnik pa ob tem poskrbi le za predpisovanje receptov. Vloga srednje medicinske sestre v referenčni ambulanti ostaja nespremenjena, pričakovati je, da bo ob dodatni diplomirani medicinski sestri sčasoma manj obremenjena. Na podlagi ugotovljenega zdravstvenega stanja, življenjskega sloga in dejavnikov tveganja lahko dipl. med. sestra v referenčni ambulanti uspešno motivira in pošilja paciente v programe v zdravstveno vzgojnih centrih, ki delujejo v okviru nacionalnega programa za preprečevanje kronično nenalezljivih bolezni - CINDI program. V stalnih delavnicah: življenjski slog, dejavniki tveganja, test hoje, zdrava prehrana, zdravo hujšanje, telesna dejavnost, opuščanje kajenja (individualno in skupinsko), depresija - dobijo pacienti dovolj informacij in podporo za odgovorno skrb za lastno zdravje. Odzivi pacientov in njihovo vključevanje v zdravstveno vzgojen centre so različni, ponekod se je število udeležencev znatno povečalo, spet drugod se pacienti zaradi različnih razlogov raje odločajo za individualen pristop pri diplomirani medicinski sestri v referenčni ambulanti. Referenčna medicinska sestra paciente seznanja in usmerja v vključevanje v različna društva – diabetiki, pacienti s kronično obstruktivno boleznijo, osteoporozo, onkološki pacienti ipd., ki so dobro organizirana na lokalni ravni in nudijo pacientom dodatno podporo pri obvladovanju kronične bolezni. Za delo v referenčnih ambulantah imajo diplomirane medicinske sestre dovolj strokovnega znanja, ki ga pridobijo že z osnovnim izobraževanje. Za dodatna znanja so predvideni in že izvedeni izobraževalni moduli, ki so usmerjeni v specifično posameznih bolezni, za katere se vodijo registri. Glede na to, da so intenzivno usmerjeni v točno določeno področje, so se izkazali za izredno učinkovite. Delo diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti je usmerjeno izključno v kakovost obravnave, zato se lahko neobremenjeno posveti izčrpani obravnavi pacientov s poudarkom na zdravstveni vzgoji, še posebej pri prvem obisku. Pri tako obsežnem in intenzivnem delu s posameznim pacientom se ustvarja dodaten občutek zaupanja in pripadnosti, kar je pogoj za uspešno sodelovanje in motivacijo pri upoštevanju navodil zdravstvene vzgoje.

Rezultati

Po štirih letih delovanja in vzpostavljenih registrih pacientov s posameznimi kroničnimi boleznimi na nacionalni ravni so v teku že prve prenove in nadgradnje samega projekta, predvsem v smislu integriranega pristopa pri izvajanju preventivnih programov, ki zajemajo predvsem ogrožene skupine prebivalcev, pojavlja se težnja po širjenju nabora kroničnih obolenj, ki bi jih obvladovale diplomirane medicinske sestre, v izogib neenakosti v obravnavi pacientov pa je v ospredju nujnost širjenja referenčnih ambulant še na ostale ambulante splošne/družinske medicine, ki tega statusa do sedaj še niso pridobile. Eden takih pilotnih projektov je pričel delovati v letu 2015, v katerem sodelujejo patronažne medicinske sestre, ki obiskujejo na domu predvsem tiste paciente, ki se ne odzovejo vabilu v referenčno ambulanto zaradi gibalne omejenosti, oddaljenosti ali nezainteresiranosti nasploh. Patronažna medicinska sestra tako opravi vse aktivnosti

zdravstvene nege po protokolih, ki veljajo za delo v referenčnih ambulantah na domu, na ta način je tudi za te paciente zagotovljena celovita kakovostna zdravstvena oskrba. Pilotni projekt poteka v treh zdravstvenih domovih v Sloveniji – ZD Celje, ZD Sevnica in ZD Vrhnika. Prav tako se je v tem času že izkazalo, kako pacienti sprejemajo dodatno obravnavo v ambulanti, z vračanjem na kontrolne preglede pa izražajo tudi svoje zadovoljstvo z novim načinom zdravstvene obravnave.

Zaključek

Glede na svetovne trende ostaja skrb za ustrezno preventivo in ohranjanje zdravja posameznika prvenstvena naloga tudi v slovenski zdravstveni politiki. Primarno zdravstveno varstvo je ob določenih organizacijskih in strukturnih spremembah sposobno zagotoviti tudi ustrezno obravnavo na tem področju. To dokazuje uspešno delo timov v referenčnih ambulantah in pripravljenosti plačnikov zdravstvenih storitev za nadaljevanje in širjenje referenčnih ambulant tudi v bodoče. Vedno več strokovne javnosti – tudi na drugih področjih primarnega zdravstvenega varstva (pediatrija, šolski dispanzerji, ginekološke ambulante ...) vidi prednosti takega načina vodenja in obravnavanja pacientov, ki prihajajo v ambulante večinoma po stalno terapijo. Na podlagi dosedanjih rezultatov lahko z gotovostjo trdimo, da diplomirana medicinska sestra s svojim sodelovanjem v zdravstvenem timu predstavlja tisto dodano vrednost pri obravnavi pacientov, ki si jo želimo v vseh ambulantah na primarnem nivoju – kakovostno obravnavo, tako pacientov s kroničnimi obolenji kot tudi preventive, kar dolgoročno predstavlja pozitiven vpliv na izboljšanje javnega zdravja.

Literatura

1. World health organisation. Primary Health Care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: WHO, 1978.
2. Državni zbor RS (2008). Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«. Uvod. http://www.who.int/medical_devices/survey_resources/health_technology_national_policy_slovenia.pdf/
3. Istenič B, Panikvar-Žlahtič K, Vidmar I (2011). Storitve diplomirane med. sestre v ambulanti družinske medicine. Ministrstvo za zdravje: Referenčne ambulante. <http://www.referencnaambulanta.si/?p=1110>
4. Ministrstvo za zdravje RS. Referenčne ambulante. 2011. Dostopno na: <http://www.referencna-ambulanta.si/?p=1110> in http://www.mz.gov.si/si/mz_zavaz/zdravstveno_varstvo/referencne_ambulante/
5. Poplas – Sušič T. Kje smo in kaj pričakujemo? Ministrstvo za zdravje.
6. Referenčne ambulante (2011). <http://www.referencna-ambulanta.si/> (Arhiv predavanj).

Spodbujanje žensk k udeležbi v programu ZORA

Encouraging women to participate in the program ZORA

Mojca Florjančič in Mojca Kuster

Povzetek

Državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu je organiziran presejalni program, ki na področju celotne Slovenije poteka od leta 2003. Presejanje za raka materničnega vratu pomeni iskanje in zdravljenje predrakavih in zgodnjih rakavih sprememb pri navidezno zdravih odraslih ženskah s preprostimi preiskavami ali testi. Ustrezna komunikacija s ciljno skupino žensk na vseh ravneh in v vseh službah, ki so vključene v delovanje programa, je še posebej zahtevna, saj sta odziv žensk na vabila in stopnja pregledanosti odvisna tudi od kakovostne komunikacije. V prispevku so opisani objektivni in subjektivni dejavniki, ki vplivajo na pregledanost žensk, starih 20–64 let ter predlogi za uspešnejše spodbujanje žensk k udeležbi v program ZORA.

Ključne besede: državni program ZORA, pregledanost, bris materničnega vratu

Abstract

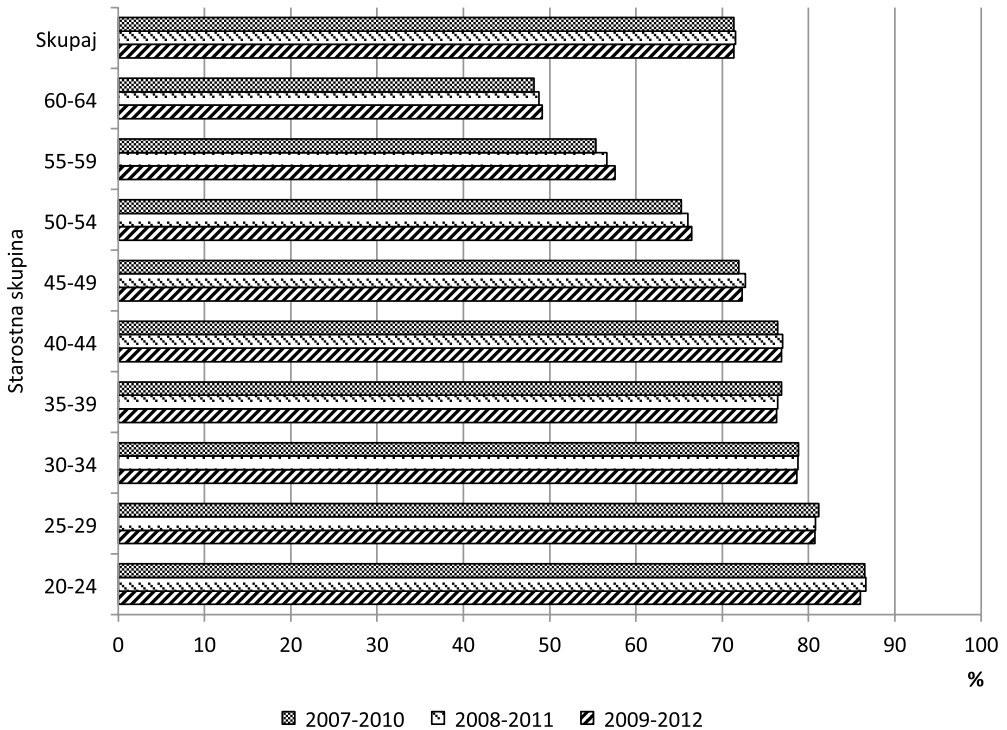
The national program of early detection of precancerous changes in the cervix (NP ZORA) is an organized screening program, which is in Slovenia conducted since 2003. Screening for cervical cancer means search for and detection of precancerous and early cancerous changes in seemingly healthy adult women with simple investigations or tests. Appropriate communication with the target group of women at all levels and in all departments that are involved in the program is important, because the response of women to the invitations also depend on the quality of communication. This paper describes the objective and subjective factors that influence the response of women and proposals for better promotion of screening program ZORA in women between 20 and 64 years.

Keywords: national program ZORA, overview, a swab of the cervix

Uvod

Državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu (DP ZORA) je organiziran presejalni program za raka, ki na področju celotne Slovenije poteka od leta 2003. Ciljna populacija programa so ženske, stare 20–64 let, cilj pa v obdobju treh let na preventivni ginekološki pregled z odvzemom brisa materničnega

vratu (BMV) privabiti več kot 70 % žensk. Namen programa je povečati pregledanost ciljne skupine žensk programa ter zmanjšati zbolewnost in umrljivost za rakom materničnega vrata (RMV) v Sloveniji. Pregledanost ciljne populacije nam pove odstotni delež žensk v starosti 20–64 let, ki so v treh letih opravile vsaj en pregled brisa materničnega vrata (1). Po 10 letih delovanja programa je triletna pregledanost žensk v starostni skupini 20–64 let na področju celotne Slovenije prek 70 %, posamezna manjša območja, regije in občine pa se med seboj še vedno zelo razlikujejo. Razlike so tudi med različnimi starostnimi skupinami pregledanih žensk; še vedno so najslabše pregledane ženske v starosti 60–64 let (50 %), najbolj pa v starostni skupini 20–24 let (86,6 %) (Slika 1).



Slika 1: Pregledanost žensk, starih 20–64 let po starostnih skupinah.

Incidenca pomeni absolutno število vseh na novo ugotovljenih primerov neke bolezni v točno določeni populaciji v enem koledarskem letu (3). Incidenca RMV se je v 10 letih delovanja DP ZORA znižala za več kot 40 %, z 210 novih primerov leta 2003 na 122 primerov leta 2013, kar je tudi v evropskem merilu velik uspeh. Značilnost žensk, ki zbolijo z rakom na materničnem vrata je, da se večina od njih ne udeležuje redno programa ZORA. Tretjina teh žensk opravi pregled šele takrat, ko se že pojavijo znaki bolezni (krvavitve, bolečine). Neodzivnice praviloma zbolijo za razširjeno ali razsejano obliko raka, pri kateri je napoved izida bolezni slabša. Pri ženskah, ki se redno udeležujejo presejalnih pregledov, večinoma odkrijemo že predrakave spremembe ali pa odkrijemo raka v začetnem stadiju, ko je s preprostim operativnim posegom dobro ozdravljiv, ženska pa praviloma ohrani maternico in lahko še vedno zanosi (1). Predvidevamo,

da gre za pričakovani učinek presejalnega programa, saj se ob večji pregledanosti populacije in počasne narave napredovanja bolezni predrakave spremembe odkrivajo in zdravijo še predno se razvijete RMV. Umrljivost pomeni absolutno število vseh umrlih za določeno boleznijo v točno določeni populaciji v enem koledarskem letu v Sloveniji (3). Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje in Registra raka RS letno zaradi RMV umre med 40 in 50 žensk. V prispevku so prikazani trenutni rezultati DP ZORA. Namen prispevka je prikazati, kolikšen odstotek žensk se redno udeležuje preventivnih ginekoloških pregledov z odvzemom brisa materničnega vratu in kakšni so razlogi za njihov različen odziv na vabila. Navedeni so tudi dejavniki, ki vplivajo na udeležbo žensk v program ZORA. Cilj prispevka je opozoriti zdravstvene delavce na pomen ustrezne, z novimi znanji podprte komunikacije s ciljno skupino programa.

Načini naročanja na preventivni ginekološki pregled

Priporočen interval med presejalnimi pregledi je vsaj en ginekološki pregled z odvzemom BMV v obdobju treh let, po tem, ko je imela ženska v razmiku enega leta dva izvida BMV ocenjena kot normalna. Ženska se lahko na preventivni ginekološki pregled naroči sama pri svojem izbranem ginekologu, po vabilu, ki ga ji pošlje izbrani ginekolog ali po prejemu centralnega vabila Koordinacijskega centra DP ZORA z Onkološkega inštituta Ljubljana. Na območja, kjer je pregledanost manjša, Koordinacijski center DP ZORA pošlje več vabil, kot na območja, kjer je pregledanost večja. Doprinos poslanih centralnih vabil k pregledanosti je največji na območjih, kamor je poslanih največ vabil, kar kaže na to, da DP ZORA na preglede vabi ustrezne ženske. S primerjavo odziva na centralna vabila in pregledanosti lahko ugotovimo, da je na območjih, kjer je pregledanost večja, večji tudi odziv na centralna vabila (4). Praviloma je na teh območjih lažja dostopnost do ginekologa, čakalne dobe pa so krajše(2).

Kaj vpliva na pregledanost ciljne populacije?

Letno v Koordinacijskem centru ZORA odgovorimo na več kot 1.000 vprašanj, ki jih zastavljajo uporabnice zdravstvenih storitev. Tematsko lahko vprašanja razdelimo na tri večje sklope in sicer:

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

Dejavnike, ki vplivajo na pregledanost, lahko razdelimo v dva večja sklopa, kot je prikazano na Sliki 2.



Slika 2. Dejavniki, ki vplivajo na pregledanost.

Na pregledanost ciljne populacije žensk vpliva tudi način komunikacije sodelavcev programa ZORA v širšem kontekstu, saj komunikacija poteka na različne načine:

- prek osebnega stika z žensko v ginekološki ambulanti,
- prek informativnih gradiv (knjižica ZORA, plakati, spletna stran DP ZORA, ...),
- prek vabil,
- prek telefona in elektronske pošte,
- prek javnih prireditev (predavanja, stojnice) in javnih občil (5).

V 10 letih delovanja je Koordinacijski center DP ZORA na Onkološkem inštitutu Ljubljana poslal preko 500.000 prvih in ponovnih vabil in zabeležil 100.000 odgovorov žensk, kar kaže na to, da DP ZORA dobro deluje kot varnostni mehanizem pri ženskah, ki se pregleda niso udeležile same, nimajo izbranega ginekologa, jih ti ne povabijo ali pa se ne odzovejo na vabilo svojega izbranega ginekologa in jih bolj vzpodbudi centralno vabilo. V povprečju odgovori na centralno vabilo 20 % žensk, na preventivni ginekološki pregled z odvzemom BMV pa jih gre po prejemu vabila okoli 52 % (2).

Kako lahko izboljšamo udeležbo žensk v program ZORA?

Udeležbo žensk v program ZORA oziroma pregledanost ciljne populacije žensk lahko izboljšamo z ukrepi, ki vplivajo na objektivne in subjektivne dejavnike, prikazane na Sliki 1. Dostopnost do ginekoloških ambulant/storitev postaja pereč problem, saj ginekologi zaradi obremenjenosti in velikega števila opredeljenih žensk, pogosto ne sprejemajo več novih pacientk. Ta problem bi lahko rešili z reorganizacijo dela ali pa z dodatno zaposlitvijo novih ginekologov. Ena od možnosti je tudi pošiljanje testerjev za odvzem brisa na humane papilomske viruse (HPV) na dom. Projekt poteka v celjski in mariborski zdravstveni regiji. Odziv na možnost samoodzema testa je boljši od pričakovanega in kaže na ustreznost takega pristopa za tiste ženske, ki jih z rednim programom kljub trudu ne uspemo privabiti na pregled (neodzivnice v DP ZORA) (6). Čakalne dobe po zdravstvenih regijah so zelo različne; najkrajša čakalna doba je v novogoriški, najdaljša pa v ljubljanski zdravstveni regiji. Kot je razvidno iz spletne strani DP ZORA, je minimalna čakalna doba na preventivni ginekološki pregled z

odvzemom brisa materničnega vratu manj kot teden dni, maksimalna pa kar 32 tednov, kar močno odstopa od določil Splošnega dogovora, ki velja od 1. 4. 2010. Splošni dogovor ZZS z izvajalci zdravstvenih storitev se v 17. točki 1. odstavka 36. člena glasi: » V primeru, da je zavarovana oseba vabljen na preventivni pregled ali preiskavo, čakalna doba ne sme biti daljša od enega meseca, ne glede na to, kdo je poslal zavarovani osebi vabilo, izvajalec ali drugi pooblaščen organ ali služba«. Oddaljenost ginekoloških ambulant je odvisna od oddaljenosti prebivališča ženske od zdravstvene ustanove, kjer želi opraviti ginekološki pregled in je pogojena z razpršenostjo zdravstvenih ustanov po posameznih območjih. Nekateri zdravstveni domovi približajo ambulanto ženskam v obliki zdravstvenih postaj in organizacijo ginekološke ambulante vsaj 1-krat tedensko. Vedno bolj aktualni so tudi socialno ekonomski vplivi, saj zaradi brezposelnosti in neurejenega zdravstvenega zavarovanja ženske ne opravljajo rednih preventivnih pregledov. V Sloveniji je preventivni ginekološki pregled z odvzemom BMV pravica, ki izhaja iz urejenega osnovnega zdravstvenega zavarovanja. Na vse subjektivne dejavnike, ki vplivajo na pregledanost, poskušamo delovati z organiziranim presejalnim programom na področju celotne države, enotnimi gradivi, ki jih izvajalci posredujejo ciljni populaciji, enotnimi strokovnimi navodili za obravnavo žensk, ustrezno komunikacijo s strokovno in laično javnostjo, organizacijo raznih dogodkov s predstavitvijo programa, strokovnim usposabljanjem izvajalcev programa, dostopno in prepoznavno spletno stranjo ter ustreznimi odgovori na zastavljena vprašanja.

Komunikacija

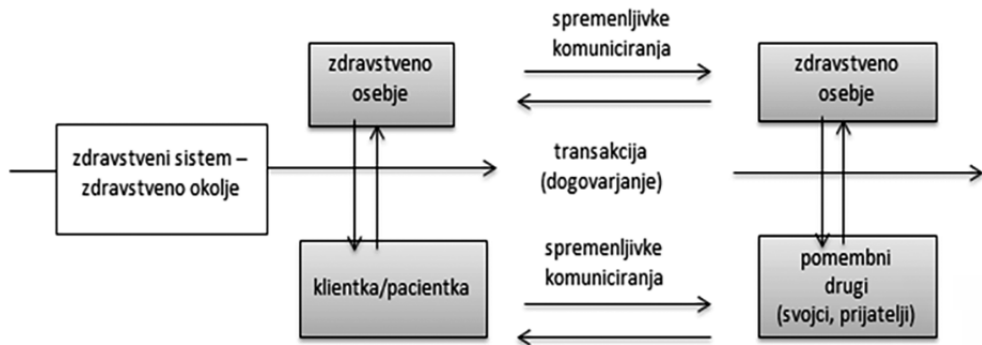
Zdravi ženski preventivni ginekološki pregled z odvzemom BMV predstavlja stres, zato lahko že vsak najmanjši komunikacijski šum povzroči, da se ženska ne udeleži ginekološkega pregleda.

Uspešnost komunikacije lahko motijo (7, 8):

- različne osebnosti s svojimi čustvi,
- razlike v zaznavanju,
- razlike v predstavah,
- mehanske ovire,
- pomenske ovire,
- psihološke ovire.

Komunikacija v zdravstvu je zelo zahtevna veščina, ki zahteva sprotno nadgrajevanje in izpopolnjevanje na vseh nivojih. Zdravstveni delavec bi moral znati odprto, odločno in z občutkom komunicirati z bolnikom in z ostalimi zdravstvenimi sodelavci. Vsem ženskam, ki se na sodelavce programa obrnejo z vprašanji, poizkušamo potrpežljivo in strokovno odgovoriti. Če ugotovimo, da medicinska sestra ni ustrezen sogovornik, se ženska obrne na ginekologa ali na kakšnega drugega strokovnjaka. Posebno pozornost namenjamo razlagi vrednosti izvida, saj se po svetovnem spletu hitro širijo nepreverjene informacije, ki pri ženskah pogosto povzročajo dodatne stiske. Zelo pogosto se pojavljajo tudi vprašanja o spolno prenosnih boleznih, načinu okužbe in preprečevanju ter zdravljenju okužbe (HPV). V primerih, ko ženska ne želi na pregled h ginekologu moškega spola, se pogovorimo z njo in tako odpravimo večino neutemeljenih

skrbi, v redkih primerih pa jo usmerimo h ginekologinji. Kadar je posameznik vpleten v proces zdravstvene obravnave, je praviloma vpleten v eno od navedenih štirih vrst medsebojnega odnosa. Model komuniciranja v zdravstvu nazorno pokaže medsebojni vpliv odnosov. Način komuniciranja med zdravstvenim osebjem vpliva na način komuniciranja zdravstvenega osebja s pacienti. Na enak način si lahko razlagamo pacientove komunikacijske vzorce, saj bo npr. način pacientovega komuniciranja v širšem socialnem okolju prenesen v interakcijo z zdravstvenim osebjem (Slika 3) (9, 10).



Slika 3: Model komuniciranja v zdravstvu.

Poslušanje

Zelo pomembno področje je tudi umetnost poslušanja (pasivno in aktivno poslušanje, tehnika odpiranja vrat), saj se pacienti pogosto pritožujejo nad tem, da jih zdravstveno osebje ne posluša in ne sliši. Zdravstveni delavci bi morali razviti podporno komuniciranje - sposobnost vživljanja v občutke drugih ljudi.

Zaključek

Po 10 letih delovanja Državnega programa ZORA je triletna pregledanost žensk v starostni skupini 20–64 let na področju celotne Slovenije prek 70 %, posamezna manjša območja, regije in občine pa se med seboj še vedno zelo razlikujejo. Na pregledanost ciljne populacije žensk vpliva več dejavnikov. Na nekatere izmed njih lahko vplivamo dobro osveščeni zdravstveni delavci z ustrežno komunikacijo, ki se moramo zavedati, da z besedno in nebesedno komunikacijo povzročimo reakcijo sogovornika. Naučiti se moramo prilagoditi komunikacijo sogovorniku in to veččino ves čas izpopolnjevati. Zaradi enostavnega dostopa žensk do številnih zdravstvenih informacij se mora tudi zdravstveno osebje ves čas strokovno izpopolnjevati.

Glede na različno pregledanost v različni predelih Slovenije ugotavljamo, da se ženske različno odzivajo na vabila izbranih ginekologov in na centralna vabila, poslana iz Koordinacijskega centra DP ZORA. Doprinos poslanih centralnih vabil k pregledanosti je največji na območjih, kamor je poslanih največ vabil, kar kaže na to, da DP ZORA na preglede vabi ustrezne ženske. Pregledanost bi v bodoče lahko izboljšali tudi s pošiljanjem testerjev za samoodvzem brisa na HPV na dom, saj se ženskam z negativnim izvidom testa HPV svetuje redni preventivni ginekološki pregled v dogovorjenem intervalu. Tester bi lahko prejele vse ženske, ne glede na socialni status, hkrati

pa bi bili delno razbremenjeni tudi ginekološki timi. Ženske s pozitivnim izvidom testa HPV doma bi na dom prejele vabilo na ginekološki pregled z odvzemom BMV k svojemu izbranemu ginekologu oziroma bi si ginekologa izbrale v zdravstveni regiji stalnega prebivališča.

Literatura

1. Primic Žakelj M, Ivanuš U. Deset let delovanja programa ZORA. V: Ivanuš U, Primic Žakelj M, Repše Fokter A, ur. 4. Izobraževalni dan programa ZORA. Brdo pri Kranju: Onkološki inštitut Ljubljana, 2013.
2. Objavljeni in še neobjavljeni podatki Registra ZORA, Onkološki inštitut Ljubljana.
3. Zadnik V, Primic Žakelj M. SLORA: Slovenija in rak. Epidemiologija in register raka. Onkološki inštitut Ljubljana. <http://www.slora.si/> <01.04.2015>.
4. Jerman T. Prostorska analiza odzivnosti žensk in drugih kazalnikov delovanja programa ZORA [magistrsko delo]. Ljubljana: Univ. v Ljubljani, Fak. za družbene vede 2014.
5. Florjančič M, Kuster M. Odziv žensk na vabila DP ZORA v luči komunikacije. V: Ivanuš U, Primic Žakelj M, ur. 5. izobraževalni dan programa ZORA. Brdo pri Kranju: Onkološki inštitut Ljubljana; 2014: 99–103.
6. Ivanuš U. *Medicina danes*. 2014; (16): 36.
7. Surbone A, Zwitter, M, Rajer, M, Stiefel, R, ur.. *New Challengers in Communication with Cancer Patients*. New York: University Medical School, 2013.
8. Tschudin V. Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi. Ljubljana: Educy: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2004.
9. Zdolšek SA. Uporaba elektronske pošte pri komuniciranju med zdravniki in pacienti [magistrsko delo]. Ljubljana: Univ. Ljubljana, Fak. za družbene vede, 2007.
10. Northouse LL, Northouse PG. *Health communication: strategies for Health Professionals*. 3rd edition. London: Prentice Hall, 1997: 17.

Prehranjevalne navade starostnikov na Krasu

Nutritional habits of elderly people in Kras

Ana Furlan, Doroteja Rebec in Tamara Poklar Vatovec

Povzetek

Izbodišča: Prehranjevanje je ena izmed najpomembnejših potreb človeka in igra pomembno vlogo pri ohranitvi in krepitvi zdravja. Življenjska doba prebivalcev se daljša, zato je pomembno, da ostanejo čim dlje zdravi in vitalni, k temu pa pripomore uživanje zdrave in uravnotežene prehrane. Z raziskavo smo želeli ugotoviti prehranjevalne navade starostnikov, predstaviti smernice za zdravo prehranjevanje starostnikov, predstaviti načine ocenjevanja prehranjenosti starostnikov, ugotoviti prehranjenost starostnikov in predstaviti vlogo medicinske sestre pri svetovalnem in zdravstveno-vzgojnem delu s starostniki s poudarkom na varovalni prehrani in zdravih prehranjevalnih navadah. *Metode:* Raziskovali smo, ali imajo starostniki na Krasu ustrezen režim prehranjevanja, ali uživajo varovalno prehrano in ali imajo normalno telesno maso, pri čemer smo uporabili deskriptivno metodo dela. Anketirali smo 40 starostnikov, ki so v svojem vsakdanjem življenju še samostojni in živijo v domačem okolju. *Rezultati:* Ugotovili smo, da se starostniki nezdravo prehranjujejo, saj popijejo premalo tekočine, zaužijejo premalo sadja, zelenjave in rib ter prepogosto uživajo ocvrte jedi in imajo prekomerno telesno maso. So pa še skoraj vsi gibalno/športno aktivni, saj jih velika večina hrano pridelata tudi doma. *Diskusija:* Zdrava prehrana je osnovni pogoj za ohranjanje zdravja, boljše počutje in kvalitetno življenje tudi v starejšem življenjskem obdobju.

Ključne besede: varovalna prehrana, starostnik, prehranska priporočila, prehranjevalne navade, zdravstvena vzgoja.

Abstract

Introduction: Nourishment is one of the most important human needs and plays an important role in the preservation and strengthening of health. Life expectancy is increasing, so it is important to stay healthy and vital as long as possible. Consuming a healthy and balanced diet contributes to this condition. With the research in this thesis we wanted to determine the dietary habits of the elderly, to introduce healthy nourishment guidelines for the elderly, to present the ways of how to evaluate the malnutrition of the elderly, to find out their malnutrition and to present the role of nurses in the advisory

and medical-educational work with the elderly, with the emphasis on the protective nutrition and healthy eating habits. *Methods:* We were researching whether the elderly in the Karst region have an appropriate regimen of eating, whether they consume a protective nutrition and whether they have a normal body mass. Within the thesis we used the descriptive method of work. We interviewed 40 elderly people, who are still independent in their daily life and live in a home environment. *Results:* We found out that the elderly consume an unhealthy diet, because they do not drink enough liquid, they do not consume enough fruits, vegetables and fish, and too often consume fried food and have excessive body mass. Almost all of them are physically active as the vast majority produce their food also at home. *Discussions:* A healthy diet is an essential condition for maintaining good health, well-being and quality of life in elderly.

Keywords: protective nutrition, elderly, food recommendations, eating habits, health education.

Uvod

Prebivalstvo Slovenije se stara. Leta 1948 je delež prebivalstva, starega nad 65 let, komaj presegel 7 %, leta 1995 je bilo 12,5 % prebivalstva, starejšega od 65 let, leta 2007 pa že 14,9 %. Po predvidevanjih bo konec leta 2060 33,4 % prebivalstva starejšega od 65 let (1). S podaljševanjem pričakovane življenjske dobe so nalezljive bolezni kot vodilni vzrok smrti zamenjale nekužne bolezni, ki bolj prizadenejo starejše osebe. V industrializiranih državah so to najpogosteje kardiovaskularne bolezni in rak (2). Starostniki uživajo različna zdravila, kar lahko povzroči zmanjšanje absorpcije hranilnih snovi oziroma povečanje presnavljanja in/ali izločanja hranilnih snovi. V starosti se prav tako spremeni občutek za okus in vonj, zato uživanje hrane izgubi svojo vrednost (3). Pomanjkljivo zobovje ovira žvečenje, grizenje in drobljenje hrane v ustih, zato je zmanjšano izkoriščanje snovi iz hrane, ki se vsrkavajo v kri (4). Ljudem, ki živijo sami, se pogosto ne ljubi pripraviti hranilnega obroka (5). Pri običajnih prehranjevalnih navadah pride do uživanja tekočine, še preden nastopi občutek žeje. Pri starejših ljudeh pa je lahko občutenje žeje tako oslabiljeno, da niso več sposobni zaznavati obstoječega pomanjkanja tekočine (6). Manj tekočine lahko popijejo tudi zaradi oteženega dostopa do tekočine ali pa zaradi zavestnega odpovedovanja tekočini oziroma strahu pred pogostim uriniranjem (7). Posledica te spremembe je, da lahko postanejo dehidrirani in potrebujejo zdravniško pomoč (8). V starosti se zmanjšujejo energijske potrebe, povečajo pa se potrebe po nekaterih vitaminih in elementih (9). Delo na področju prehrane vključuje stalno spremljanje stanja prehranjenosti, prehranskih potreb ter ponudbo zdrave in uravnotežene prehrane (10). Iz zgoraj navedenih razlogov lahko starostnike uvrstimo v rizično skupino prebivalstva. Z raziskavo smo zato želeli ugotoviti, kakšne prehranjevalne navade imajo starostniki na Krasu ter predstaviti samooceno prehranjenosti starostnikov na Krasu in opredeliti vlogo medicinske sestre pri zdravstveno-vzgojnem delu s starostniki s poučkom na varovalni prehrani in zdravih prehranjevalnih navadah.

Metode

Ker se na različnih geografskih območjih v Sloveniji prebivalci različno prehranjujejo, nas je zanimalo, kakšne prehranjevalne navade imajo starostniki na Krasu. Uporabi-

li smo deskriptivno metodo dela ter sestavili anketni vprašalnik ki je vseboval 19 vprašanj in 2 podvprašanja, od tega je 11 vprašanj zaprtega, 8 pa odprtega tipa. Anketni vprašalnik je bil anonimen in prostovoljen. Podatke, ki smo jih pridobili z raziskavo, so bili računalniško obdelani v programu Microsoft Excel. Raziskavo smo izvedli julija 2012. Potekala je na domovih starostnikov. Starostniki so bili izbrani naključno. Večina jih je pri izpolnjevanju anketnega vprašalnika potrebovala pomoč oziroma dodatno razlago. Vzorec so sestavljali starostniki na Krasu, ki so v svojem vsakdanjem življenju še samostojni in živijo v domačem okolju. Anketiranih je bilo 40 starostnikov, od tega je bilo 13 (32 %) moških in 27 (68 %) žensk. Enaindvajset (52 %) jih je bilo starih med 65 in 71 let, 11 (28 %) jih je bilo starih med 72 in 78 let, 8 (20 %) pa med 79 in 85 let.

Hipoteze

H₁: Starostniki na Krasu imajo ustrezen režim prehranjevanja.

H₂: Starostniki na Krasu uživajo varovalno prehrano.

H₃: Starostniki na Krasu imajo normalno telesno maso.

Rezultati in diskusija

V raziskavi je sodelovalo 40 starostnikov, ki prebivajo na Krasu. Vsi so samostojni in živijo doma sami ali z družino. Približno eno tretjina anketiranih je bilo moških, dve tretjini pa žensk. Dobra polovica jih je starih med 65 in 71 let, nihče pa ni starejši od 85 let. Vsi anketirani so odgovorili, da vsakodnevno zajtrkujejo. Na vprašanje o številu dnevno zaužitih obrokov je kar 85 % anketiranih odgovorilo, da uživajo 3 do 4 obroke dnevno. Lahko rečemo, da smo na to vprašanje dobili zadovoljive odgovore, saj naj bi bil režim prehranjevanja razdeljen na tri glavne in dva manjša obroka (11). Vendar pa smo v nadaljevanju raziskave ugotovili, da je 53 % starostnikov prekomerno hranjenih, kar 25 % pa jih je debelih. Zato prve hipoteze, ki se glasi »Starostniki na Krasu imajo ustrezen režim prehranjevanja« ne moremo potrditi. Zanimalo nas je, koliko tekočine anketirani popijejo dnevno. Priporočena dnevna količina zaužite vode in ostalih pijač je 1,5–2 l na dan (12). Toliko je zaužije le 43 % anketiranih, le 13 % anketiranih popije več kot 2,5 l tekočine na dan, kar 44 % anketiranih pa popije do 1 l tekočine na dan. Kar polovica anketiranih najpogosteje pije vodo, tretjina najpogosteje pije čaj, le 10 % anketiranih najpogosteje pije osvežilne pijače in le 3 % anketiranih najpogosteje pije mleko. Mleko in sok lahko nadomestita vodo, pijače, ki vsebujejo kofein ali alkohol, pa morajo biti omejene zaradi njihovega diuretičnega učinka (13). Slabše rezultate je dobil Radojević (14), ki je raziskoval prehranjevalne navade starejših občanov na podeželju mestne občine Koper. Ugotovil je, da le 16 % starostnikov popije do 2 l tekočine na dan (14). Na vprašanje o pogostosti uživanja alkoholnih pijač je 47 % anketiranih odgovorilo, da nikoli ne uživajo alkoholnih pijač, polovica anketiranih jih občasno uživa, le 3 % pa jih uživa večkrat na dan. Večina jih najpogosteje pije vino, le 14 % anketiranih, ki so odgovorili, da občasno uživajo alkoholne pijače, jih pije pivo, nihče pa ne uživa žganih pijač. Kranjec (15) je v svojem magistrskem delu raziskoval in primerjal prehranske navade pomurskih in primorskih starostnikov. Ugotovil je, da za tiste starostnike, ki občasno uživajo alkoholne pijače, velja, da v povprečju spijejo manj kot 0,5 l vina in piva na dan. Statistično se regije razlikujejo v uživanju žganih pijač, saj pomurski starostniki uživajo to vrsto pijače pogosteje, kar 22 % pomurskih starostnikov uživa žgane pijače trikrat

na dan. Ugotovil je tudi, da primorski starostniki uživajo vino bolj redno, medtem ko pomurski starostniki bolj občasno (15). Znano je priporočilo Svetovne zdravstvene organizacije, da naj bi uživali surovo sadje in zelenjavo vsaj 5-krat dnevno (16) oziroma naj bi dnevno zaužili dve porciji sadja in tri porcije zelenjave (17). Akcija javnega promoviranja sadja in zelenjave »petkrat na dan« že dolgo osvešča potrošnike tako po televiziji kot prek drugih javnih medijev, kljub temu pa je celo med najbolj izobraženimi zaposlenimi zanemarljivo malo posameznikov, ki temu sledijo (16). Vsi anketirani so odgovorili, da uživajo sadje in zelenjavo. 87 % jih je odgovorilo, da uživajo sadje 1-krat do 2-krat na dan in kar 90 % jih zelenjavo uživa 1-krat do 2-krat na dan. Zanimalo nas je, katero vrsto mesa anketiranci najpogosteje uživajo. 52 % anketiranih je odgovorilo, da najpogosteje uživajo perutnino, kar 18 % pa jih je odgovorilo, da najpogosteje uživajo svinjsko meso, ostali najpogosteje uživajo goveje meso, le dobra polovica pa jih 1-krat do 2-krat na teden uživa ribe. Tudi Kranjec (15) je ugotovil, da primorski starostniki najpogosteje uživajo perutnino, nato ribe, goveje, svinjsko in telečje meso. V primerjavi s pomurskimi starostniki primorski starostniki uživajo več rib in manj svinjskega mesa (15). Na vprašanje, kakšen kruh najpogosteje uživajo, je 35 % anketiranih odgovorilo, da belega, četrtnina jih uživa polbelega, 42 % pa jih je odgovorilo, da najpogosteje uživajo polnozrnat, črni ali graham kruh. V podobni raziskavi o prehranjevalnih navadah starostnikov na podeželju občine Koper je kar 64 % anketiranih starostnikov odgovorilo, da najpogosteje uživajo beli kruh, le 34 % pa jih najpogosteje uživa črni ali polnozrnat kruh (14). Lahko razberemo, da so starostniki na Krasu bolj osveščeni o varovalnem uživanju polnozrnatih izdelkov kot pa starostniki na podeželju občine Koper. Kar 45 % anketirancev najpogosteje uporablja olivno olje, dobra polovica jih uporablja sončnično olje, le 3 % jih največkrat uporablja maslo. Priporočljivo je, da se v prehrano vključuje predvsem kakovostna rastlinska olja, na primer sončnično, bučno in ekstra olivno olje. Manj primerne so maščobe živalskega izvora zaradi vsebnosti nasičenih maščobnih kislin in holesterola (18). Zanimalo nas je tudi, kako pogosto anketiranci uživajo ocvrte jedi. 2 % anketiranih je odgovorilo, da jih uživajo vsak dan, 70 % jih uživa ocvrte jedi 1-krat do 2-krat na teden, 25 % jih uživa 2-krat do 3-krat na mesec in le 3 % anketiranih nikoli ne uživajo ocvrtih jedi. Rezultate, ki so bolje sledili priporočilom, so dobili z raziskavo, v katero je bila vključena skupina starejših oseb, sodelujočih v aplikativnem raziskovalnem projektu »Aktivna in zdrava starost«, ki je potekal na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani od leta 2008 do leta 2011. Rezultati omenjenega raziskovalnega projekta so pokazali, da kar 60 % anketiranih uživa ocvrte jedi 1-krat do 3-krat na mesec, kar 40 % pa teh jedi sploh ne uživa (16). Raziskava je pokazala, da kar 95 % anketiranih starostnikov prideluje hrano doma. Vsi pridelujejo zelenjavo, nekateri pa še sadje, meso, jajca in žito. Kar polovica anketirancev je odgovorila, da pridelata doma od 200 do 300 kg hrane. Podobne rezultate je dobil tudi Radojević (14). Ugotovil je, da 84 % starostnikov prideluje hrano, ravno tako jih največ prideluje zelenjavo, ostali pa še sadje, meso, jajca, mleko in mlečne izdelke (14). Na osnovi zgoraj navedenih rezultatov druge hipoteze, da starostniki na Krasu uživajo varovalno prehrano, ne moremo potrditi, saj smo ugotovili, da popijejo premalo tekočine, uživajo premalo sadja in zelenjave ter rib in prepogosto uživajo ocvrte jedi. Ugotovili smo, da nihče od anketiranih ni podhranjen, le 22 % jih je normalno hranjenih, kar 53 % jih je prekomerno hranjenih, 25 % pa jih je debelih. V

raziskavi starostnikov društva upokojencev Mežica (19) so rezultati podobni, saj je bilo normalno hranjenih 17 %, prekomerno hranjenih 40 % in debelih 43 % starostnikov. Glede na pridobljene rezultate o indeksu telesne mase tretje hipoteze ne moremo potrditi, saj ima le 22 % anketiranih starostnikov na Krasu normalno telesno maso, kar četrtnina pa jih je debelih.

Zdravstvena nega je stroka, ki omogoča medicinski sestri z usvojenim specialnim znanjem reševati probleme človeka in ga voditi k zdravju. Medicinska sestra v promociji zdravja izvaja zdravstveno vzgojo na vseh ravneh zdravstvenega varstva in zajema posameznike, skupine in skupnosti. Njeno delo mora temeljiti tudi na elementih sodobne zdravstvene nege, kot so filozofija stroke, stalno strokovno izobraževanje, organizacija, vodenje in kadrovanje, raziskovanje, komuniciranje in drugo. Medicinska sestra je odprta za spremembe in sprejema človeka celostno v vsej njegovi različnosti. Pri svojem delu išče v človeku vire notranje moči za spremembo obnašanja. S svojo odprtostjo in srčnostjo je velik motivator. Za svoje delo potrebuje multidisciplinarno znanje, s čimer lažje doseže skupaj s starostnikom postavljene cilje. Medicinska sestra in starostnik sta v terapevtskem odnosu, ki ima svoj namen – posredovanje usmerjenih vsebin, povezanih z zdravjem. Pogoj za uspešen odnos pa sta empatija in dvosmerna komunikacija. S komunikacijo lahko medicinska sestra sproži čustvene odzive in dražljaje, ki povzročijo spreminjanje stališč, navad in vedenja (20). Medicinske sestre v ambulantah splošne medicine se na svojih delovnih mestih vsakodnevno srečujejo s starejšimi ljudmi. Patronažne medicinske sestre obiskujejo starostnika v njegovem domačem okolju ter ga obravnavajo individualno in celostno, v povezavi z njegovimi bližnjimi, v času zdravja ali bolezni. Obisk izvedejo po lastni presoji ali po naročilu zdravnika. Med drugim je njihovo delo usmerjeno v motiviranje, vodenje, poučevanje in zdravstveno vzgajanje. V ambulanto splošne medicine prihajajo starostniki z različnimi težavami in imajo različne bolezni. Medicinska sestra pa ima prva in zadnja stik s starostnikom, ki ji nimalokrat potoži o svojih težavah, bolezni, počutju in stiskah. Vsega tega včasih ne pove zdravniku, morda pozabi ali mu je nerodno, včasih pa medicinsko sestro kaj vpraša, ker pričakuje odgovor na vprašanje in pomoč prav od nje. Medicinska sestra potrebuje široko znanje s področja zdravstvene nege, zdravstvene vzgoje, imeti mora retorične sposobnosti, znati se mora prilagoditi, se vživeti v starostnika. Glede na svoje pristojnosti mu mora znati svetovati, ga poučiti in seveda ob vnovičnem obisku povprašati, kakšen je bil učinek in ali se mu je stanje izboljšalo, kar pa je bil tudi namen zdravstvenovzgojnega dela pogovora (21).

Zaključek

Število starostnikov se iz leta v leto povečuje. Zdrava in uravnotežena prehrana je eden izmed najpomembnejših dejavnikov za zdravo starost. Znano je, da s starostjo prihaja do fizioloških sprememb organizma in so zato tudi potrebe po energiji in hranilih drugačne kot v ostalih življenjskih obdobjih. Raziskava je pokazala, da se starostniki iz raziskovalnega vzorca na Krasu nezdravo prehranjujejo, saj popijejo premalo tekočine, uživajo premalo sadja, zelenjave in rib ter prepogosto uživajo ocvrte jedi. Več kot polovica anketiranih ima prekomerno telesno maso, kar četrtnina pa je debelih. So pa še skoraj vsi fizično aktivni, saj jih velika večina hrano pridelata tudi doma, predvsem sadje in zele-

njavo. Naloga medicinskih sester je, da spodbujajo zdrav način življenja in promovirajo varovalno prehrano in zdrave prehranjevalne navade starostnikov. Mislim, da se medicinske sestre premalo zavedajo pomembnosti te naloge. Za zdravstveno vzgojo starostnikov bi si morale vzeti več časa in večkrat preveriti, ali jih je starostnik razumel.

Literatura

1. Vertot N. Prebivalstvo Slovenije se stara – potrebno je medgeneracijsko sožitje. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, 2008: 10–29.
2. Projekt Hale. Sredozemski način prehranjevanja, dejavniki življenjskega sloga in umrljivost v 10 letih pri starejših Evropejcih in Evropejkah. *JAMA-SI*. 2005; 13(1): 15–21.
3. Peršuh T. Posebnosti prehranjevanja starostnika z demenco. V: Leskovic L, Tršek J, ur. 1. kongres gerontološke zdravstvene nege: Starost – izziv ali problem sodobne družbe: Zbornik predavanj. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, 2009: 164–170.
4. Kobentar R, Marinič M. Organske spremembe in motnje prehranjevanja v starosti. *Obzor Zdr. N* 2000; 34: 209–214.
5. Arens U, Hinds A, Orbach S, Shepherd R, Spence H. Hrana in zdravje: kaj nam škoduje, kaj nam koristi. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2006: 174–355.
6. Referenčne vrednosti za vnos hranil. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2004: 25–208.
7. Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS, 2008: 17–182.
8. Brown JE. Nutrition and health maintenance for adults of all ages. Nutrition now. 5th ed. Belmont: Thomson Wadsworth, cop., 2008: 6.
9. Costain L. Zdrava prehrana. Tržič: Učila International, 2004: 119.
10. Pokorn D. Oris zdrave prehrane: priporočena prehrana. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2001: 51–53.
11. Jakus T. Smernice in priporočila za zdravo prehranjevanje starejših. 32. Strokovno srečanje: Prehrana starostnika: Zbornik predavanj. Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, 2013; 1–12.
12. Barasi ME. Human nutrition: a health perspective. 2nd ed. London: Arnold, cop., 2003: 295.
13. Sardesai VM. Introduction to clinical nutrition. 2nd ed. New York; Basel: M. Dekker, cop., 2003: 8–302.
14. Radojevič D. Prehranjevalne navade starejših občanov na podeželju Mestne občine Koper [diplomsko delo]. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, 2013.
15. Kranjec Z. Primerjava prehrabnih navad pomurskih in primorskih starostnikov [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor, 2010: 65–70.
16. Pandel Mikuš R, Poljšak B. Zdrava prehrana kot temelj zdravja starejših. V: Aktivno in zdravo staranje. Zbornik predavanj. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, 2011: 31–45.

17. Lipar T. Prehrana starejših ljudi. *Kakovostna starost*, revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje 2011; 14(4): 13–20.
18. Dom starejših Hrastnik (b. d.). Prehrana za starostnike. <http://www.dom-hrastnik.si/sl-SI/10/prehrana-za-starostnike> <9. 9. 2013>.
19. Klavž M. Prehranjevalne navade in osvešččenost o zdravem načinu življenja članov Društva upokoencev Mežica [diplomsko delo]. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, 2012.
20. Brovč P, Filej B. Filozofski pogled medicinske sestre v promociji zdravja. V: Celostna obravnava pacienta – kako daleč smo še do cilja? Znanstveni simpozij z mednarodno udeležbo. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo, 2012: 17–26.
21. Božiček V. Zdravstvena vzgoja, usmerjena v delo s starejšim pacientom. *Zdrav Var.* 2002; 41: 127–132.

Prehranska kakovost obrokov in uživanja soli v osnovni šoli Gustava Šiliha Velenje

Nutritional quality of meals and salt intake in primary school Gustava Šiliha Velenje

Uršula Gavez in Tamara Poklar Vatovec

Povzetek

Izbodišča: V zadnjem času se obolenja, ki so povezana s prekomernim uživanjem soli, znatno povečujejo. Problem lahko nastane že v otroški dobi zaradi nepravilnega življenjskega sloga, kot je nezdrava prehrana, industrijsko pripravljena hrana, dosoljevanje jedi, ki lahko v kasnejši dobi s takšnim načinom prehranjevanja pripomore k številnim spremembam v telesu. *Metode:* Pri zbiranju podatkov smo uporabili prospektivno metodo ugotavljanja prehranskega vnosa z metodo ocenjevanja zaužite hrane in pijače ciljne skupine 5. razredov osnovne šole. Sestavo tedenskega jedilnika smo obdelali z računalniškim programom OPKP. *Rezultati:* Ugotovili smo, da sestava jedilnikov ni pestra. Jedilniki vsebujejo preveč enostavnih ogljikovih hidratov, maščob in sladkorja. Premalo je sestavljenih ogljikovih hidratov, prehranskih vlaknin ter vključevanja zelenjave v posamezne obroke. *Diskusija in zaključki:* Za dosego cilja smo s pregledom slovenske in tuje literature opredelili pomen kakovosti prehranjevanja šolskih otrok, kakšne so posledice nepravilnega prehranjevanja, preučili vpliv zdravega prehranjevanja v osnovnih šolah ter iz priporočil sestavili prehranske nasvete za šolarje.

Ključne besede: prehranjevalne navade, šolski obroki, sol, smernice, mladostniki.

Abstract

Introduction: Diseases associated with excessive salt intake have recently significantly increased. The problem may already occur in early childhood due to incorrect lifestyle; poor alimentation, industrially prepared food dishes, over-salting; which may lead and contributes to a number of changes in a human body at later age. *Methods:* For data collection, we used a prospective method of determining dietary method of assessing intake of food and beverages target group of primary school in the 5th grade. The composition of the weekly menu has been processed by a computer program OPKP. *Results:* We have found that the composition is not colorful. Menus contain too many simple carbohydrates, fat and sugar. There is a lack of complex carbohydrates and fiber, insufficient inclusion of vegetables in individual meal portion *Discussion and Conclusions:* To achieve this goal, we review Slovenian and foreign literature identified the importance of quality

nutrition in schoolchildren, what are the consequences of a poor alimentation, examine the impact of healthy eating in elementary schools and the recommendations drawn up nutritional advice for pupils.

Keywords: eating habits , school meals , salt, guidelines, adolescents

Uvod

Že od otroštva naprej lahko z uravnoteženo prehrano in zdravim načinom življenja zmanjšamo tveganje za nastanek s prehrano pogojenih bolezni in vplivamo na dolgoterminsko kvaliteto življenja. Način prehranjevanja lahko deluje kot dejavnik tveganja, ki ogroža zdravje posameznika, oziroma kot zaščitni dejavnik, ki krepi zdravje in izboljša kvaliteto življenja (1). Dokazano je, da je prekomeren vnos soli in s tem natrija pomemben dejavnik tveganja za zdravje. Prekomeren vnos natrija je pomemben dejavnik za povišani krvni tlak, ta pa za možgansko kap. Visok krvni tlak in naraščanje krvnega tlaka s starostjo sta direktno odvisna od previsokega vnosa soli, nizkega vnosa kalija in nezadostnega vnosa sadja in zelenjave, previsoke telesne mase in nezadostne telesne dejavnosti (2). Dobra prehrana je bistvenega pomena za zdravo otroštvo. Ker so šolski prehranski programi široko dostopni, lahko vplivajo na prehransko kakovost otrok (3). Dobra prehranjenost je pokazatelj živahnosti, tako v duševnem kot v fizičnem pogledu. Pomembno je, da dobro prehranjen posameznik poleg tega, da zadosti dnevnim potrebam po hranilih, vzdržuje tudi določeno rezervo življenjsko pomembnih hranil (4).

Metode

Pri sestavi jedilnikov se orientirajo po Praktikumju jedilnikov zdravega prehranjevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah. Zavedajo se prednosti in slabosti pri sestavi jedilnikov, poskušajo vključevati veliko EKO izdelkov, BIO produktov in kruh z manjšo vsebnostjo soli. V času raziskave se jedilniki pišejo na preprost način. Enkrat na teden vključujejo mlečni obrok pri zajtrku in dopoldanskih malicah ter pri kosilu enolončnice. Držijo se režima: za kosilo največ dvakrat na teden krompir; ostalo: riž ali testenine, pripravljene na različne načine.

Vzorec je predstavljala tedensko zaužita malica pri izbrani populaciji otrok 5. razredov v Osnovni šoli Gustava Šiliha Velenje. V raziskavo je bilo vključenih 48 otrok. Bila sta dva oddelka po 24 otrok: a in b razred.

Zbiranje podatkov

Za zbiranje podatkov smo z enotedenskim spremljanjem ciljne skupine ter s pomočjo vprašalnika ugotavljali obstoječe stanje zaužite hrane in pijače pri šolski malici. Celotedensko spremljanje režima prehranjevanja in pitja pri šolski malici je potekalo po metodi beleženja sestave obrokov ter subjektivni oceni slanosti obroka. Vsakodnevno je vsak izmed otrok s pomočjo vprašalnika zabeležil količino zaužite malice in podal svojo senzorično oceno slanosti posameznih živil. Vodja prehrane nam je dala tedenski jedilnik, po katerem smo ocenjevali tudi ustreznost posameznih obrokov. Jedilnikom smo ovrednotili hranilno in energijsko vrednost s pomočjo računalniškega programa OPKP.

Rezultati

Dnevno so razdelili 18 zajtrkov, 398 dopoldanskih šolskih malic, 230 kosil in 57 popoldanski malic. Ker v šoli ne zaužijejo vseh dnevnih obrokov, so vrednosti preračunane glede na ponujene šolske obroke preko dneva. Šolska prehrana bi morala zadovoljiti vsaj 70 % celodnevni energijskih potreb. Prvi dan je malica vsebovala: koruzni kruh, maslo, marmelada, kakav. V obeh razredih otroci niso zaužili vse ponujene hrane. Veliko je ostalo masla in marmelade pa tudi koruznega kruha. Glede na vsebnost soli prvega dne so se v 5. a in b-razredu po večini strinjali s srednje slanim obrokom. Dopoldanska malica ni vključevala pretirano slanih živil. Drugi dan je malica vsebovala: polbeli kruh, jetrna pašteta, rdeča paprika, sadni čaj. Največ otrok je zaužilo polbeli kruh in sadni čaj, najmanj pa rdeče paprike. V obeh razredih niso zaužili vse ponujene hrane pri dopoldanski malici drugega dne. Za najbolj slano živilo so določili polbeli kruh, ker veliko učencev ni zaužilo jetrne paštete. Povedo, da imajo raje kokošjo, čeprav se v teoriji strinjajo z dejstvom, da je pašteta veliko bolj slana od kruha. Tretji dan je malica vsebovala: mlečni kifeljček, češnje, LCA mlečni napitek. Veliko jih je zaužilo polovico mlečnega kifeljčka, največ so popili mlečnega napitka. Pojedli so vse ponujene češnje. Niso pa pojedli vso ponujeno hrano. V šolske dopoldanske malice bi morali vključevati veliko več zelenjave, kakor tudi sadja, namesto pripravljenih pekovskih izdelkov in več polnovrednih žitnih izdelkov. Četrty dan (Tabela 1) je malica vsebovala: pico in sadni čaj. Popili so veliko sadnega čaja in pojedli veliko pic. Otroci obeh skupin so zaužili veliko, vendar ne čisto vse. V 5. a in b. razredu so pico po večini označili za zelo slano živilo. Nekateri otroci povedo, da je pica tudi preveč slano živilo.

Tabela 1: Senzorična ocena slanosti jedi četrtega dne.

Senzorična ocena malice: SOL	1 Premalo slano/ Too little salty		2 Malo manj slano/ Less salty		3 Srednje slano/ Medium salty		4 Zelo slano/ Very salty		5 Preveč slano/ Too much salty	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Razred/Class										
Pica/Pizza	0	0	3	0	8	11	11	10	2	3
Sadni čaj/Fruit tea	7	8	12	0	3	13	0	0	0	0

Peti dan je malica vsebovala: rožičevo potičko, čokoladno mleko Milky. v 5. a-razredu so zaužili največ čokoladnega mleka Milky, najmanj pa rožičeve potičke. V 5. b so popili skoraj vso čokoladno mleko Milky in pojedli veliko rožičevih potičk. Kljub vsemu pa v obeh razredih niso zaužili vse ponujene hrane (Tabela 2).

Tabela 2: Količina zaužite dopoldanske malice 5. dan/5. a in b-razred.

Količina/Quantity	0 (zero)		0,5 (half)		1 (one)		več kot 1 (more than 1)	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Rožičeva potička/ Carob rolls	3	3	11	7	10	14	0	0
Čokoladno mleko/ Chocolatte milk	1	0	4	2	19	22	0	0

Analiza šolskih obrokov za učence 1. razredov

V analizo smo vključili: zajtrk, dopoldansko malico, kosilo, popoldansko malico. Za otroke te starostne skupine je potrebnih 6700 kJ (1603 kcal) za dečke in 6150 kJ (1471 kcal) za deklice. Otroci nižjih razredov, to je od 1. do 5. razreda, so deležni enake količine in energijske vrednosti obrokov. Energijski deleži ponujenih obrokov šolske prehrane so se razlikovali tako med dnevi kot v primerjavi s priporočili (Tabela 3). Najbolj je odstopalo kosilo tretjega dne, saj ni doseglo spodnje meje priporočila 35 %.

Tabela 3: Energijska vrednost ponujenih obrokov.

Dan/ Day	Zajtrk/ Breakfast (%)	Dopoldan-ska malica/ Snack (%)	Kosilo/ Lunch (%)	Popoldan-ska malica/ Snack(%)
1.	20	11	36	10
2.	22	16	33	12
3.	18	10	28	9
4.	16	9	25	13
5.	18	12	34	13
Smernice/ Guidelines (%)	13 – 22	10 – 15	35 – 40	10 – 15

Tedensko povprečje ponujene hrane v osnovni šoli je bilo 6630 kJ (1586 kcal)

Povprečna tedenska energijska vrednost zajtrka je bila 1269 kJ. Zajtrki so zajemali od 1058 do 1504 kJ v enem tednu. Povprečna energijska vrednost ponujene dopoldanske malice je bila 1322 kJ. Od 1029 kJ četrtega dne do 1865 kJ drugega dne. Povprečna tedenska energijska vrednost ponujenega kosila je bila 2842 kJ; od 1742 do 3519 kJ (tretji in prvi dan). Povprečna energijska vrednost tedenske popoldanske malice je bila 1324 kJ, od 1092 do 1525 kJ (tretji in četrti dan). Povprečna tedenska vrednost holesterola znaša 147 mg/dan. Povprečna tedenska vrednost vlaknin je 17 g.

Tabela 4: Vsebnost hranil v šolskih obrokih.

Dan/ Day	Beljakovine/ Proteins (g)	Maščobe/ Fats (g)	Ogljikovi hidrati/ Carbohydrates (g)	Vlaknine/ Dietary fibers (g)	Holesterol/ Cholesterol (mg)
1.	83	61,2	212,8	13,3	189,1
2.	69	94	195,5	17,6	201,3
3.	61,7	31,9	167	17	155
4.	63,8	43,6	218,4	16,2	163,5
5.	55,2	52,9	253,6	18,5	24

Obroki ponujenih jedilnikov šolske prehrane so v tedenskem povprečju sestavljeni iz 36 % ogljikovih hidratov, 23 % maščob in 13 % beljakovin.

Jedilniki so ponekod presegali priporočila po energijski vrednosti obrokov. Prepogosto so bili na jedilniku pekovski izdelki, slaščice, premalo je zelenjave ter preveč mesnih proizvodov. Nivo vnosa soli se dvigne prav zaradi naštetega. Povprečna energijska vrednost zajtrka je pokrila 93 % potreb za najmlajše; upoštevali smo energijski delež 20 %. Zajtrki so bili glede na priporočila štirikrat ustrezni, enkrat pa je bil neustrezen (minimalno odstopanje navzdol do 2 %). Povprečna energijska vrednost dopoldanske malice je pokrila 116 % potreb. Upoštevali smo energijski delež 10 %. Dopoldanske malice

so energijsko zelo bogate, v večini prebogat, razen mlečnih, ki včasih ne dosežejo deleža. obroki vsebujejo veliko maščob, enostavnih ogljikovih hidratov, premalo pa mleka in mlečnih izdelkov ter zelenjave in sadja. Povprečna energijska vrednost kosila je pokrila 83, 2 % potreb; upoštevali smo energijski delež 35 %. Kosila večinoma niso presegala potreb. Povprečna energijska vrednost popoldanske šolske malice je pokrila 114 % potreb. Upoštevali smo energijski delež 10 %. Tudi te so bile energijsko zelo bogate. Vsebnost natrijevega klorida, v ponujenih šolskih obrokih, je bila vse dni povečana. Veliko soli lahko vsebujejo tudi kruh in pekovski izdelki. Čeprav naročijo tudi kruh z manjšo vsebnostjo soli, je vključenih veliko ostalih živil, ki so zelo slana. Mesečno naročijo približno 10 kg soli, ki jo večinoma uporabijo za pripravo kosil.

Tabela 5: Vsebnost Na in soli preko tedna.

Dan/Day	Vsebnost Na/ Content Na (mg/dan)	Vsebnost soli/Content of salt
	1829,8	4,6
	2124,7	5,4
	2424,2	6,2
	3210,8	8,2
	4656,1	11,2

Povprečna tedenska vrednost Na znaša 2849,1 mg/dan, kar je 7,2 g soli. Najvišjo vrednost Na doseže 5. dan, najnižjo pa 1. dan. Najmanjši dnevni vnos natrija za otroke starosti 7 do 13 let je od 460 do 510 mg/ dan. Velik problem je ravno ta, da mnogi presežejo tako dnevno priporočilo zgornjega dnevnega vnosa soli za otroke ki je 3 g in tudi za mladostnike in odrasle ki je 5 g/dan. V raziskavi o prehranskem vnosu joda in soli pri mladostnikih v Sloveniji je ocenjeno, da ti zaužijejo dnevno povprečno 10 g soli; 11,5 g dnevno fantje in 9,4 g dnevno dekleta (5). Natrij kot naravno prisoten v nepredelanih živilih prispeva približno 15 % celotnega vnosa natrija. Predelana hrana pa prispeva približno od 65 do 70 % vnosa natrija (6).

Diskusija

Splošna prehranska priporočila za energijski vnos za petošolce znašajo 9,6 MJ/dan. V šoli bi morali pokriti do 70 % celodnevni energijskih potreb, kar znaša 7 MJ/dan. Razporeditev obrokov naj bi bila razporejena po shemi: zajtrk od 18 do 22 %, dopoldanska malica od 10 do 15 %, kosilo od 35 do 40 % in popoldanska malica od 10 do 15 %. Smernice za petošolce navajajo od 56 do 84 g beljakovin. Povprečna tedenska vrednost je znašala znaša 66 g. Najnižja vrednost je bila tik pod mejo s 55,2 g. Med obroki vrednosti beljakovin nihajo. Razporeditev ogljikovih hidratov je neenakomerna, pri dopoldanski malici presega vrednosti, razen četrta dan obroka. Največja vrednost po izračunu je znašala 253,6 g, kar ni v skladu s priporočili (282 za ciljno skupino). Pri maščobah so bile vrednosti v štirih dneh tedenskega jedilnika dosežene, torej manj kot 78 g; razen presežka jedilnika drugega dne. Pri obrokih preko dneva, pa je bila porazdelitev maščob neustrezna. Količina holesterola v jedilnikih je bila primerna, torej ni presegala 200 mg/dan. Glede prehranskih vlakninah je večji problem, ker jih šolska prehrana ne vsebuje veliko. Pri popoldanskih malicah tekom tedna niso bili deležni enot zelenjave

in sadja. Tudi vsebnost soli je vse dni presegala priporočila, kajti priporočila znašajo od 410 do 550 mg Na/dan.

Zaključek

Prehrana v Osnovni šoli Gustava Šiliha Velenje je energijsko zelo bogata, hranilno pa delno neustrezna glede na prehranska priporočila in smernice. Glede na to, da osnovna šola ne vključuje vseh dnevnih obrokov, otroci in mladostniki večino obrokov zaužijejo tudi doma, tako da je celotna slika dnevne prehrane posameznikov vprašljiva. V jedilnike bi morali vključevati večje količine zelenjave in sadja, saj bi tako zagotovili večji vnos vlaknin in zaščitnih snovi. Glede vnosa soli bi morali omejiti razne pekovske izdelke, nezdrave prigrizke in mesne produkte pri vmesnih obrokih in jih nadomestiti z zdravimi. Paziti morajo tudi pri porabi soli med samo pripravo živil in med kuhanjem. Z zdravim načinom prehranjevanja lahko že v zgodnjem otroštvu zagotovijo zdrav režim prehranjevanja in pitja.

Literatura

1. Hlastan Ribič C. Zdrava prehrana kot temelj zdravja. V: Bilban M, Hlastan Ribič C. Cvahtetovi dnevi javnega zdravja (Zdrava prehrana in javno zdravje). Ljubljana: Medicinska Fakulteta, september 2010: 5.
2. Hlastan Ribič C, Maučec Zakotnik J, Korušič Seljak B, Pokorn D. Praktikum jedilnikov zdravega prehranjevanja v vzgojno – izobraževalnih ustanovah (od prvega leta starosti naprej). 1. Izd. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje in Zavod RS za šolstvo, 2008: 10, 11.
3. Clark MA, Fox MK (2009). Nutritional Quality of the Diets of US Public School Children and the Role of the School Meal Programs. <http://www.andjrn.org/article/S0002-8223%2808%2902053-1/pdf> <15. 7. 2014>.
4. Rotovnik Kozjek N. Gibanje je življenje. Ljubljana: Domus, 2004: 15.
5. Nacionalni akcijski načrt za zmanjševanje uživanja soli v prehrani prebivalcev Slovenije: za obdobje 2010-2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS, 2010: 22.
6. The Stationery office (2003). Salt and Health Scientific Committee on Nutrition.. http://www.sacn.gov.uk/pdfs/sacn_salt_final.pdf <15.03.2013>.
7. Program OPKP: Odprta platforma za klinično prehrano. http://www.opkp.si/sl_SI/cms/vstopna-stran

Doživljanja in izkušnje starostnikov s sistemom zdravstvenega varstva na primarni ravni

Perceptions and experiences of the elderly with the primary health care system

Barbara Janežič in Mirko Prosen

Povzetek

Uvod: V številnih starajočih se družbah je dostop do zdravstvenega sistema pereč in kompleksen problem. Namen raziskave je bilo ugotoviti kako starostniki doživljajo in izkusijo sistem zdravstvenega varstva in dostopnost storitev ter kako krojijo to doživljanje in izkušnje z medosebnimi odnosi z izvajalci zdravstvenih storitev. *Metode:* Pri raziskovanju je bila uporabljena kvalitativna metodologija, ki temelji na fenomenološki analizi. V kvotni namenski vzorec smo vključili sedem ljudi starih nad 65 let, od tega 3 ženske (42,85 %) in 4 moške (57,1 %). Podatki so bili pridobljeni s pomočjo polstrukturiranega intervjuja, ki so potekali v januarju 2015. Uporabljena je bila metoda analiza vsebine. Ključne fraze smo povzeli in razvrstili v kategorije. *Rezultati:* Identificirali smo 23 kategorij, katere smo razvrstili na tri osrednje teme: organizacija in dostopnost zdravstvenega sistema po meri starostnika, interakcija med zdravstvenimi delavci in starostniki, vpliv starostnih sprememb na doživljanje zdravja in zdravstvenega sistema. *Diskusija:* Vsi intervjuvanci urejenost zdravstvenega sistema in organizacijo ocenjujejo pozitivno. V interakciji z zdravstvenim osebjem le ti nimajo težav. Najbolj cenjena lastnost zdravstvenega delavca je prijaznost. Starostniki v okviru svojih možnosti znajo poskrbeti za svoje zdravje, zavedajo se tudi pomena podpore bližnjih. *Zaključek:* Kljub temu, da je zdravstveni sistem pozitivno ocenjen, se moramo zdravstveni delavci zavedati pomena dobre medsebojne interakcije s starostniki kot pacienti, ter pomena izobraževanja, ki je odločilnega pomena za delo s starostniki.

Ključne besede: starostnik, zdravstveni sistem, dostop, medosebni odnosi, podporni sistem

Abstract

Introduction: In many aging societies access to the health care system presents a pressing and complex problem. The purpose of the study was to determine how elderly experience and perceive the health care system and the availability of its services, and how healthcare providers tailor this experience and perceptions with interpersonal relationships with the elderly. *Methods:* Qualitative methodology based on the phenomenologi-

cal analysis was used. The purposive quota sample included seven people over 65 years, including 3 women (42.85%) and 4 men (57.1%). Data were obtained through semi-structured interviews, which were held in January 2014. The analysis was performed using content analysis. Key phrases were identified, interpreted and categorized. *Results:* The analysis yield 23 categories, which were concentrated in three central themes: the organization and accessibility of the health care system adapted to fit the elderly population, the interaction between health professionals and the elderly, the impact of changes related to ageing on the experience of health and health care system. *Discussion:* All interviewees assessed the regulation of the health care system and its organization positively. The interaction with the health care providers was not negative. The most appreciated personal characteristic of health care providers was kindness. Elderly can, within its means, take care of their own health and they are aware of the importance of family support. *Conclusion:* Despite the fact that the elderly assessed the health care system as positive, health professionals should be aware of the importance of good interpersonal relationships with the elderly as patients, as well as the importance of continuing education, which is crucial when working with the elderly.

Keywords: elderly person, health care system, access, interpersonal relationships, support systems

Uvod

Število starostnikov, tj. ljudi, starih 65 let ali več, se v Sloveniji vztrajno povečuje, kar je značilno tudi za celotno prebivalstvo Evropske unije zaradi manjšega števila rojstev in manjše umrljivosti ter s tem daljšega pričakovanega trajanja življenja. Višja dosežena starost je namreč posledica boljše kakovosti življenja in napredka v znanosti ter v zdravstvu, predvsem zaradi uporabe antibiotikov in cepiv (1). Toda izmed evropskih najhitreje narašča delež slovenskih starostnikov. Po Eurostatovi projekciji prebivalstva EUROPOP₂₀₁₀ se bo indeks staranja v Sloveniji še povečeval. Leta 2035 bo starostnikov 2-krat več kot otrok (2). Prvi stik z zdravstvenim sistemom oz. z mrežo javne zdravstvene službe je za starostnike primarna raven. Slednja mora zavarovancem s svojo območja zagotoviti izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti (3) skladno z zakoni s področja zdravstva, po katerih so pravice pod enakimi pogoji veljavne za vse državljane in zavarovane osebe; pravice do zdravstvenih storitev in druge pravice ter načela določa Zakon o zdravstvenem zavarovanju (4). Dostop do sistema zdravstvenega varstva je lahko opredeljen kot dostop do storitev, izvajalca ali institucij ter kot takšen predstavlja priložnost preko katere uporabniki storitev ali skupnost v skladu s svojimi potrebami dostopajo do storitev (5). Ob tem seveda nastopijo razlike, ki odražajo neenakosti do zdravja, ki so pri starostnikih toliko večje. Poleg revščine vplivajo na to še številni sociodemografski dejavniki. Poleg starosti nad 65 let, tudi rasa, stopnja izobrazbe, spol, zadovoljstvo z izvajalci storitev (6) ter etničnost (7).

Levesque in sodelavci (5) so skozi pregled literature konceptualizirali model dostopa do zdravstvenih storitev, znotraj katerega razlikujejo med posameznimi fazami procesa iskanja in zagotavljanja primernih zdravstvenih storitev. Isti avtorji (5) opredeljujejo dostop do zdravstvenih storitev kot sposobnosti uporabnikov zdravstvenih storitev, da identificirajo potrebe po zdravstvenih storitvah, da poiščejo ustrezne izvajal-

ce in resurse ter jih uporabijo in da so ponujene storitve skladne z njihovimi potrebami. Gre za večdimenzionalni koncept, ki pri izvajalcih zdravstvenih storitev vključuje pet dimenzij: pristopnost (ang. approachability), sprejemljivost (angl. acceptability), razpoložljivost in namestitev (ang. availability and accomodation), dostopnost (angl. affordability) in primernost (angl. appropriateness) zdravstvene oskrbe (5). Ovire do dostopa zdravstvenih storitev se lahko zgodijo na kateri koli izmed naštetih dimenzij (7). Z namenom premagovanja teh ovir morajo uporabniki posedovati pripadajoče lastnosti: sposobnost zaznavanja, sposobnost iskanja, sposobnost dostopa, sposobnost plačila in sposobnost sodelovanja v odločanju (5).

Namen prispevka je predstaviti rezultate raziskave, ki je proučevala dostop starostnikov do zdravstvenega sistema. Osrednji raziskovalni vprašanji se nanašata na to kako doživljajo in izkusijo sistem zdravstvenega varstva in dostopnost storitev ter kako krojijo to doživljanje in izkušnje medosebnimi odnosi z izvajalci zdravstvenih storitev.

Metode

Pri raziskovanju smo uporabili kvalitativno metodo, ki temelji na fenomenologiji. Uporabljen je bil kvotni namenski vzorec 7-ih sodelujočih, starih nad 65 let, pri čemer smo upoštevali spol kot kriterij vključitve. Poleg tega so bili v raziskavo vključeni tisti starostniki, pri katerih ni bilo opaznega vpada kognitivnih sposobnosti. Sodelovanje je bilo anonimno in prostovoljno. Raziskava je bila izvedena v skladu z načeli Helsinške deklaracije. Raziskovalni inštrument je bil nestandardiziran intervju (polstrukturirani tip), ki je usmerjen v proučevanje stvarnih, vsakdanjih problemov in doživljanja ljudi, ki so vključeni v proučevan problemski položaj (Vogrinc, 2008). Sodelujoče smo osebno povabili k sodelovanju in jim razložili namen, cilj ter način raziskovanja. Skladno z njihovimi možnostmi smo se dogovorili za datum in čas intervjujev, ki so potekali na njihovih domovih. Pred pričetkom intervjuja so intervjuvanci podpisali t. i. informativno soglasje, s katerim so se ponovno seznanili z namenom, cilji in potekom raziskave. Intervjuji so potekali v januarju 2015. Intervju je v povprečju trajal 20 minut. Podatki so bili analizirani z metodo analize vsebine. Intervjuje, ki so bili zvočno snemani, smo dobesedno prepisali, nato pa pridobljene podatke odprto kodirali. Povzeli smo ključne fraze, ki proučevani fenomen opredeljujejo, jim pripisali interpretirani pomen ter jih nato razvrstili v kategorije in podali obsežni zapis. Pri predstavitvi rezultatov smo imena intervjuvancev nadomestili z izmišljenimi. V raziskavi so sodelovale 3 ženske (42,85 %) in 4 moški (57,1 %). Njihova povprečna starost je 76,42 let; najmlajši udeleženec ima 65, najstarejši pa 85 let. Vsi so samostojni in neodvisni pri skrbi zase. Vsi prebivajo v enostanovanjski stanovanjski hiši, 3 (vsi moški) vozijo avtomobil, 4 pri prevozu potrebujejo pomoč bližnjih. V družinski skupnosti, vsaj s še 1 članom, jih živi 6, 1 živi sam. Poročeni so 4 sodelujoči, 3 pa so vdovci. Najbližji sodelujoči je od zdravstvenega doma oddaljen 1,5 km, medtem ko je najdaljša razdalja 10 km.

Rezultati

V prvi fazi pripisovanja pomena posameznim frazam smo identificirali 23 skupin oz. kategorij. Kategorije smo združili v 3 osrednje pomenske skupine oz. teme. Poimeno-vane so bile:

1. organizacija in dostopnost zdravstvenega sistema po meri starostnika;
2. interakcija med zdravstvenimi delavci in starostniki;
3. vpliv starostnih sprememb na doživljanje zdravja in zdravstvenega sistema.

Organizacija in dostopnost zdravstvenega sistema po meri starostnika

Tema »Organizacija in dostopnost zdravstvenega sistema po meri starostnika« je razčlenjena na 12 podkategorij s katerimi lahko pojasnimo proučevani fenomen. Izjave intervjuvancev glede organiziranosti zdravstvenega sistema v Sloveniji so pozitivne. Tudi način dela v ambulanti se jim kljub nekaj izjemam zdi učinkovit. Ko potrebujejo pomoč drugih zdravstvenih služb ali napotitev na sekundarno raven, jim lečeča zdravničica uredi vse, kar je potrebno. O urejenosti ambulante in čakalnice menijo, da ustreza njihovim potrebam, le 1 intervjuvanka se s tem ni strinjala. Osebni zdravnik vseh 7 intervjuvancev je ženska. Ambulanto izbrane osebne zdravnice jih 6 obiskuje v lokalnem zdravstvenem domu, 1 pa na 10 km oddaljeni zdravstveni postaji. Omeniti je treba tudi dostopnost zdravstvenega doma, ki je lahko problem, če starostnik ne vozi. Vozniškega izpita nimajo 4 intervjuvanci, zato za prevoz poskrbijo svojci ali bližnji. Vseh 7 intervjuvancev plačuje dodatno zdravstveno zavarovanje. Ekonomska dostopnost je sicer tema, o kateri imajo različna mnenja. Nekateri odgovarjajo sprijaznjeno. Drugi niso zadovoljni z različnimi doplačili, saj smatrajo, da bi država morala sama poskrbeti za zdravstveno varstvo, ker so dohodki upokojencev nizki. Sistem naročanja receptov za zdravila v vseh ambulantah poteka enako. Intervjuvanci se navadno naročajo po telefonu, sistem naročanja za preglede je različen. Na vprašanje, ali bi bili zadovoljni z ambulanto, v kateri bi sestra usmerjala in naročala starostnike na specialistične preglede, so intervjuvanci odgovorili različno. Vsi pa se strinjajo, da bi bila takšna pomoč dobrodošla, posebno za tiste, ki nimajo podpore svojcev ali okolice. Čakalne dobe so od 1 do 10 dni. Z varovanjem osebnih podatkov je seznanjenih 5 intervjuvancev, ki so prepričani v profesionalnost zdravstvenih delavcev. Z večino stvari v zdravstvenem sistemu se intervjuvanci strinjajo, tudi z urejenostjo in s sistemom dela na primarni ravni. Spremenili bi le malo stvari, zato je bilo predlogov za izboljšavo podanih le nekaj. Na vprašanje o kršenju pacientovih pravic jih je 5 odgovorilo, da jim pacientove pravice še niso bile kršene. Izkušnjo s pridobivanjem informacij po telefonu je opisal le 1 intervjuvanec. Dva pa sta bila prepričana, da bi njuni svojci informacije, če bi jih potrebovali, tudi dobili. Na vprašanje, kje se medicinska sestra pogovarja z njim kot s pacientom, 1 od intervjuvancev, pove, da ga vedno pokliče v svojo ambulanto.

Interakcija med zdravstvenimi delavci in starostniki

Tema »Interakcija med zdravstvenimi delavci in starostniki« je bila zaradi interpretacije razdeljena na štiri podkategorij: medosebni odnosi, komunikacija, enakopravnost v obravnavi in osebne lastnosti zdravstvenih delavcev. Iz izjav intervjuvancev je mogoče razbrati, kako pomemben je odnos med zdravstvenim osebjem in pacientom, zato je pozitivno, da nihče od intervjuvancev ni izpostavil negativnega odnosa s strani zdravstvenih delavcev. Pomemben je že prvi stik, vendar mora tudi nadaljnja komunikacija biti primerna in učinkovita. Iz izjav vseh intervjuvancev je bilo razbrati, da s komuniciranjem z zdravstvenimi delavci nimajo težav. Zaradi svoje koledarske starosti ni nih-

če doživel negativnih izkušenj z zdravstvenimi delavci, le ena od intervjuvank v preteklosti. Osebnostna lastnost zdravstvenih delavcev, ki je najbolj zaželeno, je prijaznost.

Vpliv starostnih sprememb na doživljanje zdravja in zdravstvenega sistema

Tema »Vpliv starostnih sprememb na doživljanje zdravja in zdravstvenega sistema« ima 7 podkategorij. V intervjujih so udeleženci opisali svoj osebni odnos do zdravja, starostne spremembe, s katerimi se soočajo, in njihov podporni sistem, izrazili razumevanje obremenjenosti zdravstvenih delavcev in svoja občutja ob pripravljanju na zdravniški pregled ter ob prejemanju pomoči, nazadnje pa opredelili doživetje svojih starostnih oz. zdravstvenih težav. Velik vpliv na pozitivno ali negativno doživljanje zdravstvenega sistema ima človek sam. Vsi intervjuvanci se držijo navodil in priporočil, ki jih dobijo od zdravstvenih delavcev, nanašajo pa se predvsem na uravnoteženo prehrano in jemanje zdravil. Pri gibanju, hoji in fizičnem delu opazijo posledice prebolelih bolezni, operacij in starostno obnemoglost. Pomembno pa je, kot izpostavljajo intervjuvanci, znati poskrbeti za svoje zdravje. Starostne spremembe vplivajo na človeka in na njegovo življenje. Nekateri intervjuvanci hodijo s pomočjo palic. Velika ovira pri gibanju so stopnice. Zaradi poslabšanja vida in sluha ter zaradi oslabljenih spretnosti je zanje uporaba telefona težavna, prav tako kot tudi uporaba javnih prevoznih sredstev. Zaradi pozabljivosti pa je že vedenje, da je treba naslednji dan iti na pregled in se potemtakem tudi pripraviti, stresno. Izmed intervjuvancev sta 2 samostojna, vozita sama in podpore bližnjih še ne potrebujeta, 1 pa sicer vozi sam, a je že pričel prejemati sinovo pomoč. Ostali ne vozijo sami in so odvisni od bližnjih. Vendar ni samo prevoz tisti, zaradi katerega so odvisni od tuje pomoči. Pomoč potrebujejo tudi po operacijah in poškodbah ter pri telefonskem naročanju. Intervjuvanci so pokazali veliko razumevanja za obremenjenost zdravstvenih delavcev. Priprava na zdravniški pregled 4 intervjuvancem ni težavna. Ostali 3 pa se sami težko pripravijo, tožijo o počasnosti in o neugodju, ker morajo prositi za prevoz, počutijo se staro. Z odvisnostjo se pojavijo tudi občutki, da so v breme. Pri 1 intervjuvancu je bilo zaznati zanikanje starostnih/zdravstvenih težav.

Razprava

Urejenost zdravstvenega sistema v Sloveniji in delovanje primarne ravni zdravstvenega varstva intervjuvanci ocenjujejo pozitivno. Na njihovo doživljanje sistema najmanj vpliva prostorska urejenost. Glede sistema naročanja ali čakalnih dob nimajo negativnih pripomb, s kršenjem njihovih pravic ali izdajo osebnih podatkov pa nimajo izkušenj. Najbolj negativna, kritična, a obenem previdna in zadržana mnenja so bila podana o ekonomski dostopnosti, kar ni presenetljivo, saj je današnji čas, čas nizkega ekonomskega standarda upokojencev. Problem je tudi geografska dostopnost, predvsem ko starostnik ne vozi oz. ni več toliko fizično aktiven, da gre lahko peš ali z javnim prevoznim sredstvom. Zaradi tega postane odvisen od bližnjih, svoje potrebe mora prilagajati tempu mlajših generacij. Iz povedanega na temo »Interakcije med zdravstvenimi delavci in starostniki« je razbrati, da na pozitivno doživljanje zdravstvenega sistema najbolj vpliva odnos med zdravstvenim osebjem in starostnikom kot pacientom, ki mora temeljiti na prijaznosti in na sprejemanju človeka, kakršen je. Intervjuvanci namreč od zdravstvenega osebja pričakujejo predvsem prijaznost. Pomembna pa je tudi komunikacija,

ki mora biti odprta, saj tako pacient med drugim brez strahu opiše svoje težave. Ageizma v njihovih izkušnjah ni bilo zaznati, razen v enem primeru iz preteklosti. Pridobljeni podatki o tretji temi, ki izpostavlja osebni odnos do zdravja in starosti, pričajo o tem, da so starostniki pripravljeni poskrbeti za svoje zdravje. Če že ne morejo biti fizično aktivni, pa dosledno upoštevajo navodila glede jemanja zdravil in uživanja zdrave prehrane. Starostne in spremljajoče zdravstvene spremembe so pomemben dejavnik, ki vpliva tako na dojetje življenja nasploh kot tudi na njegovo kakovost. Zaradi oslabljenih spretnosti in slabšega vida ter sluha se namreč izogibajo uporabi telefona in javnih prevoznih sredstev. Težje komunicirajo, k socialni izolaciji pa pripomore tudi pešanje fizične moči. Zaradi tega se tudi težko pripravijo na zdravniški pregled. Podobna slovenska raziskava med leti 2008 in 2009 kaže na to, da je bila primarna raven v zdravstvu, tako kot v pričujoči raziskavi, ocenjena pozitivno: dostopnost do storitev je dobra, z zdravstvenim osebjem in s sistemom naročanja na uro so zadovoljni. Kritični pa so bili do sedanjega birokratsko urejenega zdravstvenega sistema, kot najbolj moteče pa so izpostavili dejstvo, da si zdravstveni delavci zanje ne vzamejo dovolj časa, da so do njih nestrpni in da z njimi komunicirajo v strokovnem jeziku. Menijo tudi, da se zdravstvo premalo prilagaja naraščajoči starosti prebivalstva (8). Iz pregledane literature je razbrati, da pomen družine slabi in da družba na starostnike gleda negativno (9), vendar pričujoča raziskava priča o nasprotnem. Intervjuvancem, ki so potrebni pomoči, svojci ali bližnji aktivno pomagajo, kar pa pri nekaterih vzbuja občutja, da so v breme. Presenetljivo pa je dejstvo, da so starostniki večkrat izpostavili razumevanje preobremenjenosti zdravstvenih delavcev in nestrpnost do zdravstvenega sistema, predvsem med mlajšimi. Rezultatov kvalitativnega raziskovanja ne moremo posploševati, a vendar odpira številna vprašanja in ponuja številne poti prihodnjega raziskovanja. Slovenska družba se stara, zato bi se moralo več raziskav osrediniti na ugotavljanje dejanskega položaja starostnika v slovenskem zdravstvenem sistemu ter pri tem vključiti večje število starostnikov in več zdravstvenih domov. Primerjava pridobljenih podatkov bi namreč pokazala ključne težave, ki bi jih bilo mogoče reševati ne le na lokalni, temveč tudi na državni ravni. Predvsem se je treba začeti zavedati težav, ki se pojavljajo lokalno, v občinah, kjer se izvaja zdravstvena dejavnost na primarni ravni in je dostop ključen dejavnik doživljanja slovenskega zdravstvenega sistema, ne le pri starostnikih, temveč pri vseh.

Zaključek

Starostniku so zaradi bolezni in starostnih sprememb ali pa zgolj zaradi nekaterih sociodemografskih značilnosti (6) pogosto onemogočeni dostopi do različnih ustanov in storitev, ovirana je njegova komunikacija z zunanjim svetom. Če upoštevamo še diskriminacijo, ageizem in medikalizacijo starosti, pa lahko zaključimo, da je starostnik izrinjen na družbeni rob. Ne le, da je izpostavljen ekonomski neenakopravnosti, temveč ostaja sam in neviden, v mnogih primerih nepreskrbljen in lačen. Zatorej je pozitivno dejstvo, ki se je pokazalo v pričujoči raziskavi, tj., da podporni sistem v obliki svojcev ali drugih bližnjih aktivno deluje. Tisti intervjuvanci, ki podpornega sistema še ne potrebujejo, pa vedo, da jim bodo svojci ob težavah priskočili na pomoč. Zdravstveni sistem je do ljudi vedno bolj neprijazen. Ker se prebivalstvo stara, pa je njegovih uporabnikov vedno več. V raziskavi je bilo kritik zdravstvenega sistema malo, vendar se mo-

ramo težav zavedati in jih pravočasno rešiti ali vsaj začeti reševati. Gre predvsem za naloge države, ki se je zavezala, da bo v prihodnje zdravstvo prijaznejše in dostopnejše za vse. Zdravstvo mora biti namreč organizirano po meri ljudi. Zdravstveni sistem tvorijo tudi izvajalci in njegovi uporabniki. Več časa bi moralo biti zato namenjenega za aktivno delo z uporabniki, kar pri obravnavi starostnikov pomeni več časa, potrpljenja in komunikacijo, primerno starosti in sposobnostim. Zdravstveno osebje je treba izobraževati in usposablјati za delo z njimi. Zavedati se namreč moramo, da so starostniki populacija s specifičnimi potrebami. Na primarni ravni zdravstvenega sistema potrebujejo veliko kurativne dejavnosti, vendar lahko tudi s preventivo, s promocijo zdravja, z zdravstveno vzgojo in z rehabilitacijo vplivamo na dejavnike in izboljšamo njihovo zdravstveno stanje ter počutje.

Literatura

1. Razpotnik B (2012). Vse starejši in vse dlje aktivni. http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5044 < 23. 11. 2014 >.
2. Razpotnik B (2011). Projekcije prebivalstva za Slovenijo, 2010–2060 - končni podatki. http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3989 < 23. 11. 2014 >.
3. Mencelj M 2006. Starejši bolnik in njegove pravice. V: Rugelj D, ur. Zbornik predavanj/Posvetovanje Celostna obravnava starostnikov. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2006: 9, 11.
4. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZZV. http://www.uradnilist.si/_pdf/1992/Ur/u1992009.pdf#!/u1992009-pdf < 1. 1. 2015 >.
5. Levesque J-F., Harris M., Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013; 12(1): 18.
6. Fitzpatrick AL, Powe NR, Cooper LS, Ives DG, Robbins JA. Barriers to Health Care Access Among the Elderly and Who Perceives Them. *Am J Public Health*. 2004; 94(10): 1788–1794.
7. Suurmond J, Rosenmüller D, Mesbahi H, Lamkaddem M, Essink-Bot M. Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly – A qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2015; v tisku.
8. Voljč B. Starosti prijazna Ljubljana: izsledki raziskave 2008–2009. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, 2010: 69–72.
9. Hlebec V, Filipovič Hrast M, Kump S, Jelenc Krašovec S, Pahor M, Domajnko B. Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2012: 99.

Znanje, prepričanja in stališča zdravstvenih delavcev do cepljenja proti sezonski gripi: pregled raziskav

Knowledge, beliefs and attitudes toward season flu vaccination among health care workers: review of research

Marko Jerković, Stojan Kariž in Katarina Babnik

Povzetek

Izhodišča: S cepljenjem proti gripi zdravstveni delavci pred boleznijo ne zaščitijo le sebe, ampak obenem preprečijo prenos virusa na občutljive bolnike, svojece in sodelavce. *Metode:* V prispevku smo se usmerili na pregled dosedanjih empiričnih raziskav, ki so proučevale prepričanja in stališča zdravstvenih delavcev do cepljenja proti sezonski gripi. *Rezultati:* Znanstveni pregled je pokazal, da je precepljenost zdravstvenih delavcev zelo različna in da rezultati raziskav ne dajejo možnosti zanesljivih zaključkov. Med pomembnimi dejavniki so dostopnost cepiva (možnost brezplačne udeležbe na cepljenju) in socialno kognitivni konstrukti zdravstvenih delavcev, oblikovani v odnosu do cepiva in cepljenja. Med temi so se kot dosledni dejavniki pokazale predvsem evalvacije tveganja in koristi, ki jih posameznik pridobi s cepljenjem proti sezonski gripi. *Diskusija in zaključki:* Pregled raziskav kaže, da je potrebno k proučevanju dejavnikov cepljenja proti sezonski gripi pristopiti sistematično in pri tem izhajati tudi iz teoretičnih osnov, med katerimi, glede na dosedanje rezultate raziskav, sodijo teorije in modeli spreminjanja vedenja v povezavi z zdravljenjem.

Ključne besede: sezonska gripa, cepljenje zdravstvenih delavcev, znanje, stališča, prepričanja

Abstract

Introduction: With vaccination against the season flu health care professionals protect themselves, patients, relatives and other health care staff. *Methods:* In this paper, we focused on a review of existing empirical and review studies that examine knowledge, beliefs and attitudes of health care workers toward vaccination against seasonal flu. *Results:* The review shows that the immunization of health workers is very different and that the survey data do not provide the possibility of reliable conclusions. Among the relevant factors that determine the decision to vaccinate are: the availability of the vaccine (possibility of free participation in the vaccination) and social cognitive constructs of health workers, formed in relation to vaccines and vaccination. Among these are especially the evaluations of risks and benefits that an individual acquires with the seasonal influen-

za vaccine. *Discussion and conclusions:* A review of research suggests that it is necessary to approach this theme more systematically, drawing from the theories and models that explain health behaviour modification.

Key words: seasonal flu, health care workers, vaccination, knowledge, beliefs, attitudes

Uvod

V današnjem času si zelo težko predstavljamo, da so v preteklosti nalezljive bolezni predstavljale hudo grožnjo za človeštvo in da je zaradi njih umiralo na milijone ljudi (1). Nekatere izmed njih so pomembno zaznamovale tudi tok svetovne zgodovine. Kljub razvoju medicinskih znanosti imajo nalezljive bolezni še vedno pomembno vlogo v splošni obolevnosti prebivalstva po vsem svetu (1).

Nalezljive bolezni predstavljajo kar 42 % vseh bolezni na sploh. Dolgoletni trud in delo na področju raziskav v medicini se je močno obrestovalo. Medicinska znanost je razvila eno najboljših orodij za boj proti tegobi vsega človeštva, nalezljivim boleznim. S cepljenjem se je začelo resnično obvladovanje in celo zmanjševanje bolezni, proti katerim se cepimo. Na žalost pa po svetu zaradi teh bolezni še vedno po nepotrebnem zbolijo in umre na tisoče ljudi ravno zaradi nezadostnega statusa precepljenosti (2). Tudi z uvedbo cepljenja v program zaščite pred nalezljivimi boleznimi se cepljenje še ne izvaja v popolnosti. Velik problem predstavljajo nerazvite družbe, starejša populacija, materialni stroški in nasprotniki cepljenja (3).

Poleg obveznih cepljenj so zelo pomembna tudi t.i. priporočljiva cepljenja, ki so namenjena predvsem zdravim osebam, pri katerih je tveganje za okužbo z določenimi mikroorganizmi večje, in skupinam ljudi, pri katerih je zaradi njihove osnovne bolezni priporočljivo povečati odpornost proti nalezljivim boleznim (2).

Pacient, s katerim se srečamo v bolnišnici, je lahko kužen, če je akutno bolan, če je koloniziran s patogenimi mikroorganizmi ali je izločevalec kužnih klic. Ogroženost zdravstvenega osebja, da zbolijo, je odvisna od stopnje kužnosti bolnika, vrste stika z bolnikom, načina oziroma poti prenosa okužbe, intenzivnosti in pogostosti stika, dozvetnosti za določeno bolezen ter od upoštevanja različnih načinov zaščite, kot so cepljenje, uporaba osebnih varovalnih sredstev in primerne tehnične opreme ter izvajanje posegov v skladu z dobro klinično prakso (4).

S cepljenjem proti gripi pred boleznijo ne zaščitimo le sebe, ampak obenem preprečimo prenos virusa na za okužbo dovzetne bolnike, svojce in sodelavce. Z ustrezno precepljenostjo zdravstvenega osebja se zmanjšuje možnost zapletov pri bolnikih, ki so bolj dovzetni, da zbolijo. S tem se izognemo poslabšanju njihovega zdravstvenega stanja ali celo smrti. Prav tako je dokazano, da so precepljeni zdravstveni delavci manj odsotni z dela, s tem pa se posledično zvišata ekonomska učinkovitost bolnišnic in kakovost bolnišničnega dela (5).

Zaradi okužbe s sezonsko gripo vsako leto po svetu zbolijo tri do pet milijonov ljudi (6). Pred boleznijo in njenimi zapleti se lahko učinkovito zavarujemo z cepljenjem (7). Bolnišnice predstavljajo okolje s povečanim tveganjem za prenos virusa influence med zdravstvenim osebjem in pacienti. Vsakoletno cepljenje zdravstvenih delavcev proti sezonski gripi je najučinkovitejši ukrep za preprečevanje prenosa okužbe v zdravstvenih ustanovah (8). S cepljenjem zdravstveni delavci ne zaščitijo zgolj sebe, ampak obenem

preprečijo prenos virusa influence na bolnike, svojce in sodelavce. Visoka precepljenost zdravstvenega osebja proti gripi nudi posredno zaščito tudi tistim bolnikom, ki zaradi različnih razlogov niso bili cepljeni, s čimer se izognemo možnemu pojavu zapletov s poslabšanjem zdravstvenega stanja ali celo smrti. Cepljenje prav tako zmanjšuje obolevnost in absentizem bolnišničnega osebja, predvsem med občutljivim obdobjem epidemije, ko so zahteve za zaposlene na vseh delovnih mestih bistveno večje (9). Da bi preprečili širjenje gripe v zdravstvenih ustanovah, bi morala biti precepljenost zdravstvenega osebja večja od 80 % (10). Kljub intenzivnim izobraževalnim programom in rednim priporočilom Centra za nadzor in preprečevanje bolezni v Atlanti se v Združenih državah Amerike vsako leto cepi proti gripi zgolj 40 - 50 % zdravstvenega osebja (11).

V zadnjih desetih letih se je povečalo število raziskav, ki preučujejo dejavnike, ki vplivajo na odločitev zdravstvenih delavcev za cepljenje proti sezonski gripi. Med najučinkovitejšimi ukrepi za uspešno izvedbo cepljenja v zdravstvenih ustanovah omenjajo sledeče: omogočanje brezplačnega cepljenja, zagotavljanje ustreznih virov pri izvajanju programa cepljenja in ustrezno izobraževanje ciljnih skupin zdravstvenih delavcev (11). Izobraževanje zdravstvenih delavcev je zelo pomembno, saj nekateri še vedno verjamejo, da lahko zaradi cepljenja zbolijo oziroma so prepričani, da cepljenje ni učinkovito (11). Prav tako mnogi ne prepoznajo pomena, ki ga ima cepljenje za varnost bolnikov (11).

Zaradi rezultatov raziskav, ki opozarjajo na pomen odnosa zdravstvenih delavcev do cepljenja proti sezonski gripi, se je raziskovalno delo usmerilo tudi na proučevanje prepričanj in stališč zdravstvenih delavcev do cepljenja proti sezonski gripi. Znanje o temi, prepričanja in stališča so korelati vedenja, kar pomeni, da poznavanje teh v odnosu do cepljenja proti sezonski gripi pripomore k razumevanju, ali in zakaj se zdravstveni delavci cepijo oz. ne cepijo. Obenem so zdravstveni delavci tudi tisti, ki lahko pomembno vplivajo na prepričanja in stališča do cepljenja s strani pacientov in splošne populacije. Zaradi navedenih razlogov smo se odločili, da se v prispevku usmerimo na pregled dosedanjih empiričnih raziskav, ki so proučevale prepričanja in stališča zdravstvenih delavcev do cepljenja proti sezonski gripi. Pri tem smo si zastavili naslednji raziskovalni vprašanji: i) kolikšen delež zdravstvenih delavcev se odloči za cepljenje proti sezonski gripi – kakšna je stopnja precepljenosti zdravstvenih delavcev ter ii) kakšna so stališča in prepričanja zdravstvenih delavcev do cepljenja proti sezonski gripi in kako so ta povezana z njihovo odločitvijo, da se cepijo proti sezonski gripi. V pregledu smo se usmerili na proučevanje stališč in prepričanj do cepljenja proti sezonski gripi na splošno, in ne na specifični sev virusa gripe A (H1N1) (pH1N1), čeprav je po letu 2008 število raziskav, ki se nanašajo prav na cepljenje proti navedenemu sevu, zaradi pandemije močno naraslo. Tako odločitev je narekovalo dejstvo, da so medijske objave, v času izbruha epidemije, in tudi kasnejše strokovne in laične razprave, lahko imele pomemben vpliv na prepričanja in stališča splošne populacije, pa tudi zdravstvenih delavcev, do varnosti cepiva in do okužbe s specifičnim sevom virusa gripe, zaradi česar so prepričanja in stališča do cepiva proti temu sevu virusa, lahko drugačna.

Metode dela

Pri pripravi prispevka smo uporabili metodo pregleda in analize literature, v sklopu katere smo zbrali, opisali in primerjali dosedanje raziskave na proučevano temo prepričanj

in stališč zdravstvenih delavcev do cepljenja proti sezonski gripi. Iskanje del je potekalo od januarja 2015 do aprila 2015, s pomočjo baz podatkov, ki so relevantne za razumevanje proučevanega problema: PubMed, Medline, CINAHL (prek baze EBSCOhost). Strategija iskanja literature je povezana s cilji raziskave oz. znanstvenega pregleda: i) kolikšen delež zdravstvenih delavcev se odloči za cepljenje proti sezonski gripi – kakšna je stopnja precepljenosti zdravstvenih delavcev ter ii) kakšna so stališča in prepričanja zdravstvenih delavcev do cepljenja proti sezonski gripi in kako so ta povezana z njihovo odločitvijo, da se cepijo proti sezonski gripi. Za iskanje literature smo uporabili naslednje besede in besedne zveze: »*flu vaccination*« AND »*health care workers*« AND »*attitudes*«/ »*beliefs*«/ »*perceptions*«. Pri tem nismo postavljali časovnih omejitev objave dela, temveč je bil kriterij izbora dela, glede na čas objave dela, neomejen. V končni izbor člankov so bili uvrščeni le tisti, ki so izpolnjevali kriterije: znanstveni članek, napisan v angleškem jeziku, baza EBSCOhost omogoča dostop do celotnega članka. Z navedenimi kriteriji in omejitvami smo pridobili 20 člankov, od katerih smo jih 12 izločili iz nadaljnje obravnave, saj so vključevali:

- analizo učinkovitosti programa izobraževanja za motiviranje zdravstvenih delavcev za cepljenje proti sezonski gripi, brez upoštevanja pri tem morebitnih sprememb v stališčih in prepričanjih (3 članki),
- etične vidike cepljenja zdravstvenih delavcev (1 članek),
- analizo odnosa zdravstvenih delavcev do cepljenja svojih otrok (1 članek) ali pacientov (1 članek),
- prepričanja in stališča zdravstvenih delavcev do cepljenja proti sevu virusa gripe A (H1N1) (pH1N1) (3 članki),
- zdravstvene delavce na specialnem področju zdravstvene dejavnosti – obravnava starejših ali otrok(3 članki).

Rezultati

Med osmimi članki, ki smo jih vključili v nadaljnjo obravnavo, je bil en članek pregledni znanstveni članek, ostali pa so poročali o rezultatih raziskav, izvedenih v različnih svetovnih deželah (Združene države Amerike, Tajska, Italija, Nemčija), na vzorcu zdravstvenih delavcev (najpogosteje zdravniki, medicinske sestre), pa tudi zdravstvenih sodelavcev oz. ne-kliničnih delavcev v zdravstvu.

V Tabeli 1 predstavljamo rezultate pregleda znanstvenih člankov, ki so poročali o rezultatih raziskav, v sklopu katerih so avtorji proučevali znanje, stališča in prepričanja zdravstvenih delavcev do cepljenja proti sezonski gripi. V preglednici so raziskave organizirane glede na tip raziskave (empirični raziskava ali znanstveni pregledni članek) in glede na letnico objave članka.

Tabela 1: Rezultati pregleda znanstvenih člankov o znanju, stališčih in prepričanjih zdravstvenih delavcev do cepljenja proti sezonski gripi.

Avtorji	Namen raziskave	Metoda	Ključni rezultati
EMPIRIČNE RAZISKAVE			
Capolongo, DiBona-ventura in Chapman (12)	Proučiti pogostost in dejavnike, ki vplivajo na prostovoljno odločitev za cepljenje proti sezonski gripi med zaposlenimi zdravstvenimi delavci, ki imajo stike s pacienti (klinično osebje) in tistimi, ki ga nimajo podporno osebje).	Vprašalnik, ki je bil udeležencem posredovan po elektronski pošti. Vključeval je 7 področij: udeležba na cepljenju, zaznana stopnja tveganja, vpliv na druge, medicinsko znanje o cepivu, dostopnost cepiva/cepljenja, prozahodna medicinska usmerjenost, socialni vpliv pomembnih drugih.	Precepljenost je višja med kliničnim osebjem (62%), v primerjavi s podpornim osebjem, ki nima stikov s pacienti (47%). Učinek področja dela (klinično in podporno delovno okolje) pa posredujejo naslednji dejavniki: - zaznana tveganost cepljenja, - znanje o cepivu, - dostopnost cepiva, - prozahodna medicinska prepričanja in - socialni vpliv pomembnih drugih. Prepričanje o možnostih okužbe ali zaznana nevarnost za okužbo drugih v raziskavi niso bili pomembni dejavniki odločitve za cepljenje.
Takayanagi, AlvesCardoso, Costa, Araya in Machado (13)	Analiza dejavnikov, povezanih z odločitvijo zdravstvenih delavcev, da se cepijo proti sezonski gripi v univerzitetni bolnišnici v Braziliji (San Paulo).	V raziskavi je sodelovalo 376 zdravstvenih delavcev, ki so zaposleni na oddelkih, kjer so bolniki v večji nevarnosti zaradi zapletov z gripo. Na podlagi literature je bil vprašalnik sestavljen iz odprtih in zaprtih vprašanj, ter zasnovan tako, da so zdravstveni delavci znali oceniti razloge za ali proti cepljenju. Vprašalnik vsebuje demografske in epidemiološke značilnosti ter značilnosti skupine, znanje o gripi, razloge za cepljenje in proti cepljenju.	Od 376 zaposlenih zdravstvenih delavcev je 258 (69%) odgovorilo delno ali celoti na zastavljena vprašanja. Od 258 je 243 (94%) odgovorilo, da so prišli delati bolni z gripo. 149 (58%) jih je odgovorilo, da so bili zaradi tega preutrujeni. 41% je odgovorilo, da so skrbeli za bolnike, ki so kazali simptome akutne gripe. V zvezi s samim cepivom je 170 zaposlenih odgovorilo, da so bili obveščeni o cepivu in 154 sodelujočih je znalo pravilno opisati pridobljene informacije o cepivu. Od 258 se je 146 zaposlenih cepilo vsaj enkrat, 87% zaposlenih je izjavilo, da je samozaščita glavni razlog cepljenja, 56% se je cepilo zaradi zaščite pacientov, 38% po naročilu nadrejenega, 28% da bi se izognili izostanku od dela, 18% meni, da cepivo ne povzroča gripe, 10% pa se je cepilo po priporočilu zdravnika.

Avtorji	Namen raziskave	Metoda	Ključni rezultati
Willis in Wortley (14)	Raziskava medicinskih sester o stališčih in prepričanjih glede informacij o cepljenju ter o specifikah cepljenja.	Raziskavo so izvedli s kvalitativnim pristopom fokusnih skupin. Izvedeno je bilo 8 fokusnih skupine med diplomiranimi medicinskimi sestrami v Birminghamu, Alabama (n = 34) in v Detroitu, Michigan (n = 37). V fokusnih skupinah so sodelovale tako cepljenje in ne cepljenje medicinske sestre.	Splošna stališča in prepričanja medicinskih sester o gripi in cepivih v obeh skupinah (cepljeni in ne cepljeni) izražajo zaskrbljenost v zvezi z varnostjo cepiva. Večina necepljenih medicinskih sester verjame v to, da cepivo proti gripi vsebuje žive viruse in prav zaradi tega zbolijo za gripo poleg njih še njihove družine. Naslednja ugotovitev je pomanjkanje informacij o učinkovitosti cepiv in da se ta spreminjajo iz leta v leto. Veliko necepljenih medicinskih sester meni, da so zaradi izpostavljenosti boleznim na delovnem mestu imunsko močnejše in ne sodijo v skupine z visokim tveganjem okužbe z gripo, prav tako so mnenja, da se že z rutinskimi preventivnimi ukrepi zaščitijo pred gripo. Cepljene medicinske sestre imajo več znanja o virusu gripe in dejavnih tveganja za okužbo z gripo.
Esposito, Bosis, Pelucchi, Tremolati, Sabatini, Semino, Marchisio, Della Croce, Principi (15)	Proučiti precepljenost zdravstvenih delavcev proti sezonski gripi v eni izmed večjih univerzitetnih bolnišnic v Italiji.	V raziskavi je sodelovalo 2143 udeležencev, od tega je bilo 1064 zdravnikov, 855 medicinskih sester in 224 reševalcev. Vprašalnik, ki vključuje demografske značilnosti udeležencev in vprašanja, ki se nanašajo na: znanje zdravstvenih delavcev o cepivu, cepljenju in sezonski gripi ter zaznavanje resnosti okužbe in tveganja, povezanega z ne-cepljenjem.	Precepljenost zdravstvenih delavcev je bila nizka, variirala je med 17,6 % na oddelku nujne medicinske pomoči do 24,3% na oddelku kirurgije. Dejavniki, ki so pozitivno povezani s cepljenjem so: - starost 45 let ali več, - zaznavanje gripe kot potencialno nevarne bolezni, - ozaveščenost posameznika o tem, da sodi v skupino visoke stopnje tveganja, zaradi česar je zanj cepljenje priporočljivo.

ZNANJE, PREPRIČANJA IN STALIŠČA ZDRAVSTVENIH DELAVCEV DO CEPLJENJA ...

Avtorji	Namen raziskave	Metoda	Ključni rezultati
Wicker, Rabenau, Doerr in Allwinn (16)	Analiza dejavnikov, ki so povezani z odločitvijo zdravstvenih delavcev, da se cepijo proti sezonski gripi.	Izvedba dveh raziskav, z uporabo metode ankete, v letih 2006/2007 in 2007/2008. Sodelovalo je 1100 udeležencev raziskave, od tega 726 zdravnikov in 1471 medicinskih sester. Vprašalnik vključuje demografske podatke, pogostost predhodnih cepljenj proti sezonski gripi, razlogi odločitve za ali proti cepljenju ter znanje zdravstvenih delavcev o cepivu in cepljenju.	Zdravniki se statistično pomembno pogosteje cepijo proti sezonski gripi, v primerjavi z medicinskimi sestrami. Glavni razlogi, da se zdravstveni delavci ne odločijo za cepljenje so: zaznana majhna verjetnost infekcije, strah pred neželenimi učinki cepiva, prepričanje, da lahko cepivo proti gripi izzove virusno infekcijo, ter skepticizem o učinkovitosti cepiva.
Clark, Cowan in Wortley (17)	Namen študije je raziskati znanja, stališča in prepričanja povezana z cepljenjem proti gripi v širši populaciji registriranih medicinskih sester.	Raziskava je potekala od januarja do marca leta 2006. Sodelovalo je 2000 registriranih medicinskih sester iz štirih držav ZDA. Raziskavo so poslali po pošti. Iz vsake države so pridobili seznam registriranih medicinskih sester s poštnim naslovom, ter. Sodelovalo je 1310 udeležencev.	1310 (72%) anketirancev je anketo izpolnilo in poslalo izpolnjeno nazaj. Od 1310 anketirancev 293 ni izpolnjevalo pogojev. 1017 anketirancev je izpolnjevalo pogoje. 59% anketirancev je bilo cepljenih. Delež cepljenih je višji med starejšimi anketiranimi, tistimi s kronično boleznijo in tistimi z visokim tveganjem za okužbo z virusom gripe. 95% cepljenih navaja razlog za cepljenje varovanje sebe pred boleznijo. 39% anketirancev navaja razlog, da se niso cepili zaskrbljenost pred neželenimi učinki. 95% vprašanih se strinja z izjavo, da je okužba z virusom gripe zelo resna stvar. 58% anketirancev se strinja, da je cepljenje proti gripi priporočeno vsako leto.

Avtorji	Namen raziskave	Metoda	Ključni rezultati
<p>Chotpitayasunondh, Sawanpanyalert, Bumrungsak, Chunthitwong in Chainatraporn (18)</p>	<p>Proučiti znanje, stališča in prakse, povezane s cepljenjem zdravstvenih delavcev proti sezonski gripi.</p>	<p>Vprašalnik je bil razdeljen 1466 udeležencem 5-dnevnega tečaja infekcijskih bolezni, v različnih regijah na Tajskem. Vprašalnik je izpolnilo 53,8 % udeležencev tečaja, med katerimi je bilo 14,8 % zdravnikov, 60,2 % medicinskih sester in 25 % drugih zdravstvenih delavcev. Vprašalnik tipa papir-svinčnik, ki so ga oblikovali avtorji raziskave.</p>	<p>Precepljenost zdravstvenih delavcev je statistično pomembno višja med medicinskimi sestrami (92,8 %), v primerjavi z zdravniki (86,2 %) in drugimi zdravstvenimi delavci (81,1%). Zavedanje pozitivnega učinka cepiva na zdravje (57,2 %) in tveganje za obolenje (41,1 %) sta najbolj pogosta dejavnika odločitve za cepljenje med zdravstvenimi delavci. Najbolj pogost dejavnik neudeležbe cepljenja je prepričanje, da brez drugih morebitnih obolenj, ki jih ima posameznik, ali komorbidnosti, cepljenje ni potrebno. Nadalje, strah pred potencialnimi resnimi neželenimi učinki cepiva je bil drugi najpogostejši razlog zavrnitve cepljenja. Za skupino zdravstvenih delavcev, ki je prejela cepivo, je tudi značilno, da s statistično pomembno večjo verjetnostjo spodbudijo svoje družinske člane k cepljenju.</p>

Avtorji	Namen raziskave	Metoda	Ključni rezultati
ZNANSTVENI PREGLEDNI ČLANEK			
Hofmann, Ferracin, Marsh in Dumas (19)	Pregled znanstvenih člankov, ki se nanašajo na prepričanja in stališča zdravstvenih delavcev do cepljenja proti sezonski gripi ter na učinkovitost programov cepljenja proti sezonski gripi.	Relevantni znanstveni članki objavljeni do junija 2004 v bazi podatkov MEDLINE/Pubmed.	V času med 1985 in 2002 je bilo izvedenih 32 raziskav. V sklopu katerih se navaja med 2,1 in 82 % precepljenost zdravstvenih delavcev. Avtorji poročajo o velikih razlikah med raziskavami, ki se nanašajo tako na vzorec udeležencev, kot tudi na sami dostopnost cepiva. Nekatere od navedenih raziskav so vključevale zastoj cepivo za zdravstvene delavce, druge pa ne, tretje o tem niso poročale. V združenih državah Amerike je precepljenost zdravstvenih delavcev nekoliko višja, kot v Evropi. Med tem je pomembno tudi dejstvo, ali imajo zdravstveni delavci možnost cepiti se proti sezonski gripi zastoj, ali ne. Precepljenost zdravstvenih delavcev je višja v ustanovah, ki nudi zastoj cepivo za svoje zaposlene. Dva ključna dejavnika sta se pokazal kot konsistentna napovedovalca odločitve za ali proti cepljenju s strani zdravstvenih delavcev. Prva skupina dejavnikov se nanaša na neustrezno zaznavanje gripe, njenih tveganj, vloge zdravstvenih delavcev v prenosu gripe na paciente, ter neustrezno zaznavanje tveganja, povezanega s cepljenjem. Druga skupina dejavnikov se nanaša na pomanjkljivo ali zaznano pomanjkljivo dostopnost cepiva.

Iz pregleda raziskav je razvidno, da raziskave poročajo o zelo različnem odstotku precepljenosti zdravstvenih delavcev. Ti se gibljejo med manj kot 10 % (19) do več kot 90 % (18). Nekonsistentnost podatkov je verjetno posledica same metodologije izvedbe raziskav, pa tudi nedoslednega poročanja o izvedbi le-te. Kot ugotavlja znanstveni pregledni članek (19) namreč raziskave pogosto ne poročajo o tem, ali imajo v raziskavo vključeni delavci možnost brezplačnega cepljenja, ali pa morajo cepljenje plačati sami, kar pa pomembno vpliva na odločitev za cepljenje. Iz raziskav je razvidno, da je pomembno, ali so zaposleni na področju zdravstva v neposrednem stiku s pacienti. Zdravstveni delavci se, v primerjavi z zdravstvenimi sodelavci ali podpornim osebjem, pogosteje odločajo za cepljenje. Prav tako so pomemben dejavnik odločitve za cepljenje prepričanja in stališča zdravstvenih delavcev do cepiva in cepljenja. Pri odločanju za cepljenje ni toliko v ospredju varnost pacienta, kar naj bi bil tudi eden od osnovnih namenov cepljenja, temveč se zdravstveni delavci odločajo za cepljenje predvsem iz lastnega zornega kota – ali je to zanje pomembno (zaznavanje sebe kot rizične osebe) in tvegano (v smislu tveganosti cepiva in morebitnih neželenih učinkov, povezanih s tem) (12-19). Pri odločanju za oz. proti cepljenju proti sezonski gripi, posameznik, ne glede na poklic, primarno oceni osebno tveganje in koristi, ki so s tem povezane.

Diskusija

Cepljenje zdravstvenih delavcev proti sezonski gripi je pomemben preventivni ukrep, ki zaščiti pacienta in zdravstvenega delavca pred okužbo z virusom. Še posebno od leta 2008 se je zaradi pandemije seva virusa gripe A (H1N1) (pH1N1) povečalo število znanstvenih objav, ki proučujejo dejavnike odločanja zdravstvenih delavcev za cepljenje proti virusu influence. Pri tem pa se več del nanaša na cepljenje proti sezonski gripi na splošno in ne le na specifični sev virusa. Tudi namen avtorjev prispevka je bil proučiti dejavnike in razloge, ki se na ravni zdravstvenih delavcev pojavljajo kot ključni pri odločitvi za ali proti cepljenju proti sezonski gripi, neodvisno od specifičnega seva virusa gripe.

Pregled objavljenih raziskav je pokazal, da je precepljenost zdravstvenih delavcev zelo različna in da rezultati raziskav ne dajejo možnosti zanesljivih zaključkov. Med pomembnimi dejavniki so dostopnost cepiva (možnost brezplačne udeležbe na cepljenju) in socialno kognitivni konstrukti zdravstvenih delavcev, oblikovani v odnosu do cepiva in cepljenja. Med temi so se kot dosledni dejavniki pokazale predvsem evalvacije tveganja in koristi, ki jih posameznik pridobi s cepljenjem proti sezonski gripi. Več raziskav in teoretičnih modelov je do danes potrdilo pomen kognitivnih evalvacij potencialnega tveganja in koristi, v odnosu do z zdravjem povezanega vedenja. Tako na primer model modifikacije z zdravjem povezanega vedenja avtorja Rosenstocka in sodelavcev (20) (Model prepričanj v zvezi z zdravjem), kot ključne vidike spreminjanja vedenja na področju zdravja navaja: zaznana ranljivost za določeno obolenje; zaznana resnost tega; (zaznani) stroški – vložki, ki jih ta prinese; zaznane koristi; motivacija za zdravje in zunanje ter notranje spodbude vedenju. Vse našteje komponente lahko prepoznamo tudi med proučevanimi dejavniki cepljenja proti sezonski gripi, ki so bili identificirani v sklopu raziskav. Odločitev, da se zdravstveni delavci ne cepijo, pomembno determinirajo predvsem naslednji dejavniki, ki jih lahko uvrstimo v dve nadredni kategoriji - socialno kognitivni dejavniki in zunanje spodbude: zaznana tveganost cepiva, zaznana verjetnost okužbe z virusom gripe, dostopnost cepiva, socialni vpliv pomembnih drugih, zaznavanje gripe kot potencialno nevarne bolezni, ozaveščenost posameznika o tem, da sodi v skupino visoke stopnje tveganja, zaradi česar je zanj cepljenje priporočljivo, skepticizem o učinkovitosti cepiva (12-19), pa tudi emocionalne reakcije v zvezi s cepljenjem in cepivom, kjer se kaže kot najbolj pomemben dejavnik strah pred neželenimi učinki cepiva (18). Ta strah pa je v veliki meri povezano tudi z evalvacijo tveganj v povezavi s cepivom in cepljenjem.

Zaključek

Namen prispevka je bil predstaviti pregled in analizo znanstvenih del, ki so se usmerile v proučevanje vloge znanja, stališč in prepričanj zdravstvenih delavcev v odnosu do cepljenja proti sezonski gripi. Pri tem smo si zastavili naslednji raziskovalni vprašanji: i) kolikšen delež zdravstvenih delavcev se odloči za cepljenje proti sezonski gripi – kakšna je stopnja precepljenosti zdravstvenih delavcev ter ii) kakšna so stališča in prepričanja zdravstvenih delavcev do cepljenja proti sezonski gripi in kako so ta povezana z njihovo odločitvijo, da se cepijo proti sezonski gripi. Pregled raziskav kaže, da je potrebno k proučevanju dejavnikov cepljenja proti sezonski gripi pristopiti sistematično, in pri tem

izhajati tudi iz teoretičnih osnov, med katerimi, glede na dosedanje rezultate raziskav, sodijo teorije in modeli spreminjanja vedenja v povezavi z zdravjem. Rezultati ne dajejo namreč konsistentnih podatkov o precepljenosti zdravstvenih delavcev, nakazujejo pa, da je razlago, zakaj se zdravstveni delavci odločijo za cepljenje proti sezonski gripi najustrezneje razložiti z modeli spreminjanja vedenja na področju zdravja. Zdravstveni delavci pri odločanju za ali proti cepljenju izhajajo iz osebne perspektive in manj iz perspektive poklica, ki ga opravljajo in tveganj, ki jih okužba z virusom gripe lahko ima za paciente.

Literatura

1. Šarfer M. Epidemiološke in klinične karakteristike gripe in ptičje gripe [diplomsko delo]. Maribor, Fakulteta za zdravstvene vede, 2009, 79.
2. Petrič T. Primerjava programov cepljenja proti nalezljivim boleznim držav članic Evropske unije [diplomsko delo], 2009. Maribor, Fakulteta za zdravstvene vede, 66.
3. Likar M. Porajajoče se nalezljive bolezni. Ljubljana: Zbornica sanitarnih tehnikov in inženirjev Slovenije, 1999.
4. Čuk V, ur. Obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb v psihiatričnih bolnišnicah : zbornik prispevkov. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2006.
5. Podhostnik A, ur. Napake v zdravstveni negi : zbornik prispevkov. 5. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 24. in 25. januar 2013. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo, 2013.
6. Music T. Protecting patients, protecting health care workers: a review of the role of influenza vaccination. *Int Nurs Rev.* 2012; 59: 161–167.
7. Bernstein HH, Starke JR. Policy statement-recommendation for mandatory influenza immunization of all health care personnel. *Pediatrics.* 2010; 126: 809–815.
8. Polgreen PM, Chen Y, Beekmann S, Srinivasan A, Neill MA, Gay T, Cavanaugh JE; Infectious Diseases Society of America's Emerging Infections Network. Elements of influenza vaccination programs that predict higher vaccination rates: results of an emerging infections network survey. *Clin Infect Dis* 2008; 46(1): 14–19.
9. Stewart AM. Mandatory vaccination of health care workers. *N Engl J Med.* 2009; 361: 2015–2017.
10. Bernstein HH, Starke JR. Policy statement-recommendation for mandatory influenza immunization of all health care personnel. *Pediatrics* 2010; 126: 809–815.
11. Polgreen PM, Chen Y, Beekmann S, Srinivasan A, Neill MA, Gay T, Cavanaugh JE. Infectious Diseases Society of America's Emerging Infections Network. Elements of influenza vaccination programs that predict higher vaccination rates: results of an emerging infections network survey. *Clin Infect Dis.* 2008; 46(1): 14–19.
12. Capolongo MJ, daCosta DiBonaventura M, Chapman GB. Physician Vaccinate Thyself: why Influenza Vaccination Rates Are Higher Among Clinicians Than Among Nonclinicians. *Ann Behav Med.* 2006; 31(3): 288–296.

13. Takayanagi IJ, Cardoso MR, Costa SF, Araya ME, Machado CM. Attitudes of health care workers to influenza vaccination: why are they not vaccinated? *Am J Infect Control*. 2007; 35(1): 56–61.
14. Willis BC, Wortley P. Nurses' attitudes and beliefs about influenza and the influenza vaccine: a summary of focus groups in Alabama and Michigan. *Am J Infect Control*. 2007; 35(1): 20–24.
15. Esposito S, Bosis S, Pelucchi C, Tremolati E, Sabatini C, Semino M, Marchisio P, Della Croce F, Principi N. Influenza vaccination among healthcare workers in a multidisciplinary University hospital in Italy. *BMC Public Health* 2008; (8): 422.
16. Wicker S, Rabenau HF, Doerr HW, Allwinn R. Influenza Vaccination Compliance Among Health Care Workers in a German University Hospital. *Infection*. 2009; 37(3): 197–202.
17. Clark SJ, Cowan AE, Wortley PM. Influenza vaccination attitudes and practices among US registered nurses. *Am J Infect Control*. 2009; 37(7): 551–556.
18. Chotpitayasunondh T, Sawanpanyalert, N, Bumrungsak R, Chunthitwong P, Chainatraporn P. Influenza vaccination among health care workers in Thailand. *BMC Proceedings*. 2011; 5(Suppl. 6): 84.
19. Herzog R, Álvarez-Pasquín MJ, Díaz C, Del Barrio JL, Estrada JM, Gil A. Are healthcare workers' intentions to vaccinate related to their knowledge, beliefs and attitudes?: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013; (13): 154.
20. Rosenstock IM, Strecher V J, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ Beh*. 1988; 15(2): 175–183.

Sodobni koncepti preventive

Modern concepts of prevention

Marijana Kašnik in Milan Krek

Povzetek

Kljub številnim preventivnim programom, ki se izvajajo po vsej državi, se v Sloveniji in tudi tujini še vedno soočamo z nekaterimi temeljnimi konflikti in kompromisi, kaj je dober preventivni program, kdo naj ga izvaja, kakšno terminologijo uporabljati, ipd. Pogosto se zgodi, da preventivni pristopi nimajo učinka ali celo povzročajo več škode kot koristi. Učinkovit pripomoček, ki lahko nudi trdne temelje za izvajanje učinkovite, na dokazih podprte preventive, je model Standardov kakovosti na področju preventive. Trenutno so v pripravi standardi kakovosti preventivnih programov za področje drog, po testiranju in medsektorskem usklajevanju pa se bodo lahko uvedli tudi na ostala vsebinska področja preventive. Medicinske sestre so pomemben člen pri kreiranju in izvajanju preventivnih dejavnosti, zato smo prepričani, da morajo imeti pomembno vlogo pri usklajevanju in poznavanju teh standardov. Zato bomo v prispevku predstavili ključne elemente Standardov kakovosti preventivnih programov na področju drog, ki se bodo v Sloveniji uvedli na nacionalnem nivoju.

Ključne besede: medicinska sestra, preventiva, standardi kakovosti

Abstract

Despite numerous prevention programs implemented throughout the country, both in Slovenia and abroad are still faced with some fundamental conflicts and compromises, what is a good preventive program, who should implement what terminology to use, and the like. It often happens that preventive approaches are not effective or even cause more harm than good. Effective device that can provide a solid foundation for the implementation of effective, evidence-based prevention is a model of quality standards in the field of prevention. Currently we have the quality standards of prevention programs in the field of illegal drugs in the face of proposals. After testing and intersectoral acceptance, they will be introduced on other substantive areas of prevention. Nurses are important in the creation and implementation of preventive activities. We are sure that they will have an important role in the coordination and implementation of these standards.

Therefore, in this paper we will present the key elements of the quality standards of prevention programs, which will be introduced in Slovenia on a national level.

Keywords: nurse, prevention, quality standards, drugs

Uvod

V Sloveniji in tudi drugod po svetu narašča ponudba drog, pojavljajo se nove droge in načini njihove uporabe. Mladi so do drog precej strpni, tolerantni so tako do eksperimentiranja kot tudi do občasne uporabe drog. Kljub številnim preventivnim programom na tem področju se povečuje delež mladih, ki so v svojem življenju uporabili katerokoli drogo, starost ob prvem stiku z drogami pa se niža (1,2,3). Da bi povečali kakovost in učinkovitost preventivnih programov na področju drog, so strokovnjaki iz šestih evropskih držav izdelali Evropske standarde kakovosti preventivnih programov na področju drog (4). K pripravi in vzpostavitvi sistema za zagotavljanje kakovosti preventivnih programov na področju drog je v lanskem letu pristopila tudi Slovenija. Osnutek standardov kakovosti se pripravlja na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, usklajevanje pa poteka na medsektorski in multidisciplinarni ravni, v sodelovanju z vladnim in nevladnim sektorjem. Uvajanje teh standardov v prakso bo potekalo postopoma. Po testnem obdobju izvajanja in prilagajanja standardov potrebam v okolju, bomo pristopili k širjenju standardov tudi na druga vsebinska področja preventive, npr. preventivo na področju duševnega zdravja, nasilja, prehrane ipd. Uspešnost širitve standardov na celotno preventivo bo močno odvisno od sočasne razpoložljivosti strokovnih smernic za posamezno področje preventive. Zdravstveni delavci smo pomemben akter pri razvoju in izvajanju preventivnih programov tako na področju drog kot tudi na vseh ostalih vsebinskih področjih. Po podatkih Zdravstveno statističnega letopisa 2013 so namreč diplomirane medicinske sestre, višje medicinske sestre in srednje medicinske sestre/zdravstveni tehniki opravili 85,4% vsega zdravstveno vzgojnega dela (5). Zato je dobro poznavanje vsebine standardov kakovosti preventivnih programov na področju drog, njihova uporaba v praksi ter nenazadnje uvajanje teh standardov na vsa področja preventive ključnega pomena tudi za medicinske sestre in druge zdravstvene delavce. V nadaljevanju bomo predstavili vsebino slovenskih standardov kakovosti preventivnega dela na področju drog, izpostavili pa bomo le ključne vsebine, ki se v praksi izkazujejo za najbolj pereče.

Standardi kakovosti za zagotavljanje in krepitev učinkovitih preventivnih programov na področju drog

Standardi kakovosti so splošno sprejeta načela ali sklopi pravil za razvoj in izvajanje učinkovitih preventivnih programov. Nanašajo se na strukturne vidike zagotavljanja kakovosti (npr. kadrovska zasedba izvajalcev in njihove pristojnosti) in procesne (npr. ustreznost vsebin, evalvacije). V bistvu predstavljajo vse potrebne korake pri razvoju, načrtovanju, izvajanju in vrednotenju preventivnih programov na področju drog. Prav tako predstavljajo merilo, ki pomaga presoditi, ali npr. posamezna aktivnost predstavlja visoko kakovost. Vsebinsko zagotavljajo empirično pridobljen referenčni okvir za premostitev vrzeli med znanostjo, politiko in prakso (4). Primerni so za načrtovanje, izvajanje in vrednotenje različnih nivojev preventive, in sicer za univerzalno, selektivno, in-

dicirano in okoljsko preventivo. Preventivno delo, ki je v skladu s standardi kakovosti, je verjetno, da bo:

- ustrezno za ciljno populacijo,
- v skladu z zakonodajo in strateškimi smernicami politike,
- etično,
- temeljilo na dokazih,
- stroškovno in vsebinsko učinkovito ter
- izvedljivo in trajnostno.

Poleg standardov kakovosti so ključnega pomena tudi strokovne smernice glede vsebine in pristopov na posameznem vsebinskem področju preventive (npr. nedovoljene droge, dovoljene droge, duševno zdravje idr.). V Sloveniji se soočamo s problemom, da na področju drog nimamo sistematičnega pregleda in analiz glede vsebinske učinkovitosti preventivnih programov. Seveda lahko uporabimo znanje iz tujine, a je razumevanje kompleksnih, pogosto nasprotujočih si dokazov iz tuje literature, mnogokrat pravi izziv za strokovnjake. Potrebno je namreč preveriti veljavnost smernic za naše razmere ter jih po potrebi prilagoditi. Zato bi bilo potrebno tudi v Sloveniji več časa nameniti raziskavam, ki bodo v pomoč pri ugotavljanju, kaj deluje in kaj ne, ter povezovanju multidisciplinarnega znanja, ki bo te ugotovitve preneslo v prakso.

Elementi standardov kakovosti

Strokovnjaki, ki so razvili Evropske standarde kakovosti na področju drog, poudarjajo, da cilj teh standardov ni poenotenje preventive po vsej Evropi, temveč doseganje podobne ravni kakovosti preventivnih programov po vsej Evropi (4). Zato smo pri pripravi slovenskih standardov kakovosti izhajali iz strukture Evropskih standardov, vključevali pa smo tudi praktične izkušnje domačih strokovnjakov. Vključenih je osem kronološko razporejenih sklopov. Vsak sklop vsebuje najmanj dve ravni standardov, in sicer osnovne standarde ter dodatne strokovne standarde. Preventiva na področju drog namreč zajema širok spekter dejavnosti, ki se lahko razlikujejo, na primer glede na cilje, obseg dela, ciljno populacijo, ki določa metode, trajanje, potrebne vire idr. Določeni standardi so zato lahko bolj pomembni ali izvedljivi za nekatere programe kot za druge. Osnovni standardi veljajo za vse preventivne programe ne glede na njihove posebne okoliščine in predstavljajo osnovno raven zahtev. Dodatni strokovni standardi pa predstavljajo višjo raven kakovosti programa. Strokovnjaki, ki sami presojujejo svoj program na podlagi teh nivojev, lažje ugotovijo trenutno kakovost programa ter opredelijo področja za izboljšanje. Ko so doseženi osnovni standardi, naj bi si strokovnjaki prizadevali doseči tudi dodatne strokovne standarde. Poleg osmih sklopov so v standarde kakovosti vključeni štiri razmisleki, ki niso specifični za določene sklope, vendar so ključni v vseh fazah preventivnega dela. Zelo pomembno je, da se posamezni sklopi in premisleki obravnavajo v medsebojni povezavi. Na primer, ugotovitve iz ocene potreb vplivajo na oblikovanje programa, kar posledično pomaga ugotoviti, kakšna so potrebna sredstva za izvedbo programa. Zato je priporočljivo, da posameznih standardov ne obravnavamo izolirano oz. neodvisno drug od drugega, temveč kot del celote. Le šir-

ši pogled in razumevanje lahko pomaga ugotoviti prednosti in slabosti programa, ki so bile prej mogoče spregledane.

Horizontalni premisleki, kot pomembni elementi vsake faze programa

Horizontalni premisleki vključujejo naslednja področja: (a) trajnostni razvoj in financiranje, (b) komunikacija in sodelovanje z interesnimi skupinami, (c) skrb za razvoj kadra in (d) etična vprašanja. Vsaka naštetih področja je potrebno vključiti v vsako fazo razvoja in izvajanja preventivnega programa. V prispevku bomo izpostavili etični vidik preventivnih programov na področju drog. Strokovnjaki nikakor ne bi smeli domnevati, da so preventivne dejavnosti na področju drog že po definiciji etične in koristne za udeležence. Vsi preventivni programi bi morali temeljiti na presojanju in odločanju, kaj je dobro in kaj slabo za udeležence programa, od upravičenosti za izvajanje nekega programa do pristopov in vsebin programa, s katerimi želimo vplivati na določeno ciljno populacijo. Seveda imajo različne strokovne discipline in poklici svoj etični kodeks, kljub vsemu pa standardi izpostavljajo naslednje zahteve:

- zakonito ravnanje in skladnost programa s strokovnimi in humanističnimi načeli;
- spoštovanje uporabnikovih pravic in avtonomije (npr. pravice, ki so opredeljene v mednarodnih okvirih o človekovih pravicah in pravicah otrok, spoštovanje enakosti in pravičnosti);
- zagotavljanje resnične koristi za udeležence (program zagotavlja, da je pomemben in uporaben za udeležence);
- preprečevanje škodljivih učinkov in vplivov na udeležence (npr. iatrogeni učinki, poškodbe, izključevanje, stigma);
- zagotavljanje preglednih, razumljivih, verodostojnih in celovitih informacij;
- pridobitev soglasij udeležencev;
- zagotavljanje prostovoljne udeležbe;
- zagotavljanje zaupnosti (npr. obdelava osebnih podatkov);
- prilagajanje programa in posameznih aktivnosti potrebam udeležencev;
- vključevanje udeležencev kot partnerjev pri razvoju, izvajanju in vrednotenju programa;
- varne in zdrave pristope dela, tako za udeležence kot tudi izvajalce.

Čeprav ni vedno mogoče, da se upoštevajo vsa načela etičnega dela, mora biti etični pristop jasno razviden v vsaki fazi programa. Pomembno je, da se razvijejo protokoli za varstvo pravic udeležencev, kjer se morebitna tveganja ocenijo, preprečijo ali vsaj ublažijo (6). Torej, ne le popraviljanje škode, temveč predvidevanje morebitnih negativnih učinkov in protokoli za njihovo preprečevanje. Ne glede na cilje preventive, mora biti varnost in bio-psiho-socialno zdravje udeležencev (in izvajalcev) vedno v središču pozornosti.

Sklopi posameznih standardov si sledijo po korakih

Standardi kakovosti vsebujejo osem širših sklopov, in sicer (a) oceno potreb, (b) oceno virov, (c) oblikovanje programa in posameznih aktivnosti, (d) planiranje izvedbe pro-

grama, (e) upravljanje in mobilizacija virov (f) izvajanje in spremljanja stanja, (g) končno oceno ter (h) širjenje in izboljšanje programa. Pri pregledu razpisnih dokumentacij za sofinanciranje projektov smo opazili, da imajo prijavitelji programov največ težav pri opredelitvi ocene potreb ter pri oblikovanju, spremljanju in evalvaciji programa. Na kratko bomo predstavili sklop Oblikovanje programa. Ta sklop standardov opisuje vsebino in strukturo programa ter zagotavlja potreben temelj za ciljno, podrobno, koherentno in realno načrtovanje. Na podlagi ocene potreb ciljne populacije in razpoložljivih virov lahko načrtovalci programa jasno opredelijo ključne elemente programa. Zato ti standardi vplivajo na krepitev profesionalne kulture v smeri bolj sistematičnega dela, ki temelji na podlagi dokazano učinkovitih preventivnih pristopov. Vključuje: definiranje ciljne populacije, okolja in časovnega okvirja; uporabo teoretičnega modela; opredelitev namena in ciljev in sklicevanje na dokaze o učinkovitosti. Na tem mestu bomo izpostavili standarde, ki zahtevajo, da se program sklicuje na dokaze o učinkovitosti. Pri načrtovanju preventivnih aktivnosti je pomembno, da se zavedamo in izkoristimo obstoječe znanje o tem »kaj deluje« in »kaj temelji na dokazih«. Programi, ki temeljijo na dokazih, zahtevajo proces sistematičnega ugotavljanja in ocenjevanja, s sočasno uporabo raziskav kot osnove za odločanje. Vključujejo aktivnosti, ki so bile testirane v dobro zasnovanih in metodološko ustreznih študijah in za katere se je izkazalo, da imajo uspešne rezultate v zvezi z uporabniki programa, npr. da vplivajo na znatno zmanjšanje dejavnikov tveganja (7). Obstajajo različni nivoji dokazov v skladu s tem, kako je bil dokaz pridobljen. Kritični dokazi ocenjevanja običajno upoštevajo dokaze, ki temeljijo na znanstveno podprtem raziskovanju in predstavljajo višjo raven dokazov. Za strokovna mnenja na podlagi subjektivnih ocen, nestrukturiranih opazovanj itd., pa običajno velja, da predstavljajo najnižjo raven dokazov (8). Kyler s sodelavci (7) opredeljuje znanstveno podprto raziskovanje kot raziskave, ki vključujejo uporabo strogih, sistematičnih in objektivnih postopkov, da bi dobili zanesljivo in veljavno znanje, pomembno za preventivne dejavnosti. Takšne raziskave vključujejo sistematične, empirične metode, stroge analize podatkov, temeljijo na meritvah ali opazovalnih metodah, so ocenjena po eksperimentalnem ali kvazi-eksperimentalnem modelu, omogočajo ponavljanje (randomizirana kontrolirana preizkušanja), so objavljena v recenziranih reviji ali jih je pripravila skupina neodvisnih virov (7). Čeprav naj bi vsak preventivni program temeljil na preverjeni teoriji in raziskavah o učinkovitosti, Nation in sodelavci (9) ugotavljajo, da je to načelo v praksi pogosto spregledano. Marsikdaj v ozadju programa ni teorija, pač pa le mešanica logike in preteklih izkušenj. Strokovnjaki, ki se ukvarjajo s preventivo na področju drog, poudarjajo, da bi morala biti le-ta podprta s teorijo vsaj na treh ravneh: (a) v zvezi z vsebino ukrepov (b) metodologijo in didaktiko izvajanja in (c) na način, kako se predstavi in izvaja v praksi (10). Nation in sodelavci (9) izpostavljajo dve vrsti teorij, ki sta pomembni za načrtovanje preventivnega programa, in sicer etiološko teorijo in intervencijsko teorijo. Etiološka teorija se osredotoča na vzroke, ki vplivajo na neko problematiko (npr. dejavnike tveganja in varovanja), intervencijska teorija pa na najboljše metode dela, s katerimi vplivamo na etiološka tveganja. Baza znanja, ki se je razvila okoli etiologije uporabe drog, poudarja, da uporaba drog ni povzročena le s posameznim etiološkim dejavnikom, pač pa gre za sklop različnih dejavnikov, ki medsebojno vplivajo in ustvarjajo kompleksno verjetnostno enačbo tveganja. V standardih je

poudarjena tudi zahteva, da so dokazi iz znanstvenih raziskav del prakse, torej povezani s strokovnimi izkušnjami izvajalcev preventive. Izvajalci preventive so »strokovnjaki z izkušnjami« in tudi njihove izkušnje s terena so zelo pomembne in jih je potrebno umestiti skupaj z dokazi. Izziv izvajanja preventive, ki temelji na dokazih, je predvsem v uporabi znanstvenih dokazov na način, ki je usklajen z lokalnim kontekstom. Zato je bistvenega pomena, da se izvajalci vključijo v pregled znanstvenih dokazov s svojim strokovnim znanjem in soodločajo o najboljših pristopih za izbrano ciljno populacijo. Povzamemo lahko, da uporabo pristopa, ki temelji na dokazih, preprečuje izvajalcem programov, da nadaljujejo z dejavnostmi, ki so se v preteklosti izkazale za neučinkovite ali imajo iatrogene učinke. Prav tako vpliva na zmanjšanje podvajanja prizadevanj. Izvajalcem programa ni potrebno »znova odkrivati« stvari, ki so že dokazane. Ti standardi torej opisujejo zahtevo, da nosilci programa pridobijo obstoječe dokazno podlago za učinkovito preventivo npr. na področju drog, se posvetujejo in prikažejo, kako program vključuje te ugotovitve.

Zaključki

Namen standardov kakovosti preventivnih programov na področju drog je izboljšati preventivne pristope na področju drog in spodbuditi izvajanje učinkovitih preventivnih programov, ki temeljijo na znanstvenih dokazih. Uspešna implementacija teh standardov v prakso bo pripomogla k širitvi standardov kakovosti na celotno področje preventive, kar bo izboljšalo preventivno delo, učinkovitost financiranja, zmanjšalo verjetnost izvajanja aktivnosti, ki so neučinkovite ali imajo iatrogene učinke ter podprlo izvajanje lokalnih, regionalnih, nacionalnih in mednarodnih strategij ter politik na področju javnega zdravja. Z uvedbo sistema standardov kakovosti preventivnih programov na področju drog in širše bodo vzpostavljeni dobri pogoji za doseganje večje dostopnosti, preglednosti, legitimnosti in učinkovitosti preventivnih programov.

Naši nadaljnji koraki bodo usmerjeni predvsem v razvoj praktičnih orodij, gradiva za izobraževanje in drugih podpornih materialov, kar bo olajšalo vključevanje in uporabo standardov v praksi. Seveda pa se moramo zavedati številnih omejitev in težav, ki bodo spremljale implementacijo standardov v prakso. Zato moramo na to gledati kot na dolgoročni proces, pri čemer vsak posameznik postopoma razvija svoje znanje in delo, ki temelji na čim višji kakovosti. Še tako dobro pripravljene standardi kakovosti sami po sebi ne bodo prinesli boljše kakovosti. Le v primeru, da bodo razvijalci in izvajalci preventivnih programov te standarde razumeli kot pomemben pripomoček k njihovem delu bodo rezultati bližje ciljem za doseganje učinkovitih preventivnih programov.

Literatura

1. Stergar E, Urdih Lazar T. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino, Slovenija 2011: ESPAD 2011. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, 2014.
2. Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Zupanič T, Pucelj V in dr. HBSC: Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2012.

3. Nacionalni inštitut za javno zdravje (2014). Nacionalno poročilo 2014 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Novosti in trendi 2014. http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/nacionalno_porocilo_o_o_stanju_drog_2014.pdf <30.3.2015>.
4. EMCDDA 2011. European drug prevention quality standards. file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/TD3111250ENC%20(2).pdf <30.3.2015>.
5. Trdič J, Pribaković Brinovec R (ur). 2012 Zdravstveni statistični letopis 2012. <http://www.nijz.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2012> <30.3.2015>.
6. Pope K S. Identifying and Implementing Ethical Standards for Primary Prevention. *Prev Hum Serv.* 2008; 8: 43–64.
7. Kyler S J, Bumbarger B K in Greenberg MT. Technical Assistance Fact Sheets: Evidence-Based Programs. Pennsylvania State University Prevention Research Center for the Promotion of Human Development, 2005.
8. Evans D. Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *J Clin Nurs.* 2003; 12: 77–84.
9. Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer K L, Seybolt D, Morrissey-Kane E in Davino K. What Works in Prevention. Principles of Effective Prevention Programs. *Am Psychol* 2003; 58(6/7): 449–456.
10. Pentz M A. Evidence-based prevention: characteristics, impact, and future direction. *J Psychoactive Drugs.* 2003; 35: 143–152.

Organizacijski vidik poroda izven porodnišnice: vodenje poroda na primarni zdravstveni ravni

Organizational aspects of childbirth outside the maternity hospital: labour management on the primary health care level

Ksenija Kragelj in Mirko Prosen

Povzetek

Izhodišča: V Sloveniji se vsako leto zgodi 0,1 % porodov izven bolnišnice. V Zgornjem Posočju, ki ga zaznamuje specifična terena in velika časovna oddaljenost od najbližje bolnišnice, se letno zgodi vsaj desetina teh porodov, v povprečju tri porode letno. Namen prispevka je predstaviti organiziranost, delovanje načrtovanega protokola v primeru poroda izven porodnišnice ter v povezavi s tem tudi izkušnjo porodnice ob vpeljavi tega protokola. *Metode:* Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop. Za zbiranje podatkov so bile uporabljene metoda opazovanja delovanja protokola, analiza dokumentacije in polstrukturiran intervju. Na podlagi uporabljenih metod je na instrumentalni študiji primera predstavljen porod prvorodnice v zgodnjih 20-ih, ki je rodila v 36-em tednu gestacije izven bolnišnice, v zdravstvenem domu, s strokovno pomočjo. Podatki so bili analizirani s pomočjo metode analize vsebine. *Rezultati:* Ugotovitve glede organizacije službe nujne medicinske pomoči v Zgornjem Posočju v primeru vodenja poroda izven bolnišnice kažejo, da je obstoječi sistem obveščanja in ukrepanja ekipe nujne medicinske pomoči ustrezen in omogoča hiter odziv. Potrebe po izboljšavah se nanašajo zlasti na tehnološko opremo, ki bi bila v takšnih primerih nujna (minifeton, prenosni kardiotokograf). Iz stališča porodnice je razvidno, da ni toliko pomemben prostor, kjer ženske rodijo, ampak kdo je v trenutku poroda ob njih in kolikšna mera zaupanja je vzpostavljena med vsemi vpletenimi v ta dogodek. *Diskusija in zaključki:* Organiziranost, strokovnost in profesionalnost celotne ekipe, ki sodeluje v primeru poroda izven porodnišnice je ključna, za uspešne izide poroda, saj je le-ta v okolju, kot je Zgornje Posočje, relativno pogost.

Ključne besede: Zgornje Posočje, nujna medicinska pomoč, porodništvo, zdravstveni dom, študija primera

Abstract

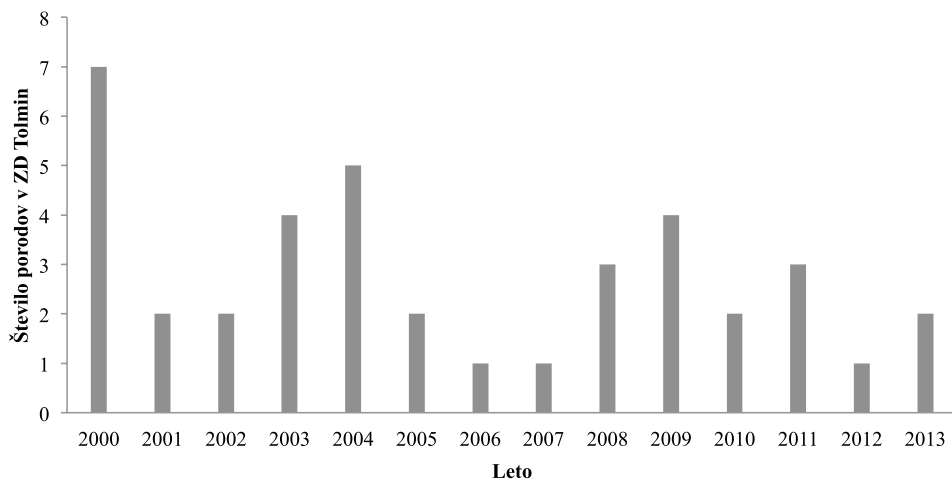
Introduction: In Slovenia, there is about 0.1 % of births given outside hospital, with at least one tenth of such deliveries taking place in the Upper Soča region, due to its specific terrain and longtime distance to the nearest hospital. Statistically, that means an average of

three deliveries per year. The aim of this conference proceeding is to present the organization and the functioning of the planned protocol when such births occur as well as the experience of mother regarding the implementation of the protocol. *Methods:* Qualitative methodology was used. Data were collected using the observational method for the implemented protocol, the review of medical records and semi-structured interview. On the basis of methods used the instrumental case study presents a case of primiparous woman in her early 20s who gave birth in the 36th gestation week in the community health center. The analysis was performed using the method of content analysis. *Results:* The findings regarding special features in the organization of emergency medical care team in the Upper Soča region in the case of labour management when it occurs outside of hospital, suggest that the current system of notification and response of the emergency medical care team is appropriate and allows quick response. The need for improvements relate in particular to the technological equipment that would be necessary in such cases (minifaeton, portable cardiotocographs). The findings also show that the environment where a woman gives birth is of minor importance compared to the persons that are present at that time and the trust that is established between all involved in this event. *Discussion and Conclusions:* Birth outside maternity hospital in a rural environment such as the Upper Soča region is relatively common. Professionalism of the entire team involved in such deliveries is the key to positive child birth outcomes.

Key words: Upper Soča region, emergency medical care, obstetrics, community health center, case study.

Uvod

Porod je v človeškem življenju dogodek, ki je lahko povsem preprost. Močno zmanjšana umrljivost mater in otrok po drugi svetovni vojni, ko so se porodi iz domačega okolja preselili v porodnišnice in zasluge, ki si jih zaradi tega pripisuje sodobna medicina, ki je v porodništvo vpeljala različne tehnične pripomočke za spremljanje in vodenje po-



Slika 1: Število porodov izven bolnišnice med leti 2000 in 2013 na področju ZD Tolmin (5).

roda, naj bi vplivala na to, da naj bi porod, ki je bil po merilih zahodnih socialnih okolij za zdravo žensko samo normalen telesni in fizični izziv, kot pravi Pajntar (1, 2), medikalizirali. V Sloveniji je skupno nekaj več kot 20.000 porodov letno (3). V naši državi ni zakonskega predpisa, ki bi urejal, kje naj porodnica rodi, zato v Sloveniji večina porodnic rodi v eni izmed štirinajstih porodnišnic. Le 0,1% porodnic rodi izven bolnišnice, to predstavlja številčno med 20 in 30 porodov letno, od tega se jih okoli 10 zgodi na poti do porodnišnice (3). V porodništvu velikokrat odločajo minute in porodi izven bolnišnice se odvijajo čisto drugače kot porodi v porodnišnici. Prav zaradi tega, navkljub vsej preprostosti poroda, lahko nastopijo tudi komplikacije, ki ogrozijo življenje nosečnice, porodnice, otročnice, ploda in novorojenčka (4). V Zgornjem Posočju, ki ga zaznamuje specifična terena in velika, predvsem časovna oddaljenost od najbližje bolnišnice, se letno zgodi vsaj desetina teh porodov, v povprečju tri porodi letno (Slika 1).

V Zgornjem Posočju, katerega področje pokriva Zdravstveni dom (ZD) Tolmin, deluje služba nujne medicinske pomoči (NMP) na območju treh občin: Tolmin, Kobarid in Bovec. Teren, ki ga pokriva omenjeni ZD, predstavlja enega največjih terenov v Sloveniji. Meri skoraj 942 km². Na tem območju živi 20.000 prebivalcev v 118 vaseh (6). Posebnosti v njihovi organizaciji NMP, strokovne usposobljenosti ter izkušnje zdravstvenega osebja (7) so ključ do uspešnega zaključka poroda.

Namen prispevka je prikazati posebnosti v organizaciji, opremljenost in delovanje službe NMP, v primeru poroda izven porodnišnice v ZD Tolmin, na instrumentalni študiji primera poroda. Oblikovani sta bili naslednji raziskovalni vprašanji: kakšna je uspešnost razvitega protokola v primeru poroda izven porodnišnice (s strokovno pomočjo) v praksi ter kako potek poroda doživljajo porodnice.

Organizacija nujne medicinske pomoči v ZD Tolmin v primeru poroda izven porodnišnice

Za predbolnišnični del, kamor spada tudi ZD Tolmin, se pri organizaciji zdravstvene službe upošteva: število prebivalcev, geografske razmere, ogroženost zaradi naravnih in drugih nesreč, prometne povezave in oddaljenost od regionalnih in drugih bolnišnic. Tako ima ZD Tolmin s strani države priznana enoto 1B okrepljeno (8). Posebnost v organizaciji NMP v Zgornjem Posočju je, da z njimi sodeluje babica. Babico vključijo v ekipo v primeru, da je potrebno spremstvo porodnice do najbližje bolnišnice, ali v primeru, ko gre za porod izven bolnišnice. To ni napisano v nobenem pravilniku o NMP, ampak gre za interni dogovor, saj se ekipa zaveda vse svoje strokovne odgovornosti (9), pa tudi dejstva, da zdravniki, dipl. zdravstveniki in/ali zdravstveni tehniki, ki so zaposleni v ekipah NMP v Sloveniji, nimajo dovolj znanja in izkušenj glede vodenja porodov izven bolnišnice (10), saj je takih porodov v Sloveniji malo (3), zato se zaposleni na reševalnih postajah v celotni delovni dobi s takimi primeri srečujejo zelo redko (10). Na podlagi izkušenj dispečerja ali drugega zdravstvenega delavca, ki sprejme klic osebe, ki kliče in prosi za pomoč, je ugotovljeno, da je kličoča oseba, največkrat prestrašena, zmedena. Prav zaradi tega dejstva je naloga dispečerja, da deluje pomirjujoče. Kliče bi podala kratka, jasna navodila in pove, da je ekipa že aktivirana in bo v najkrajšem možnem času pri nosečnici. Dispečer med pogovorom postavi nekaj kratkih vprašanj, ki pa so za ekipo NMP, ki se odpravi na kraj dogodka, ključnega pomena. Ta vprašanja

so: kdaj ima nosečnica termin poroda, katera nosečnost je to, kdaj so se začeli popadki, kako pogosti so in kako močni, ali je nosečnici že odtekla plodovnica in kakšne barve je le-ta, ali je morda nastopila krvavitev (7). Sočasno, med pogovorom dispečerja, se aktivira ekipa NMP, ki vedno, ko obravnava nosečnico, ne glede na tedne nosečnosti, vzame s seboj torbo (komplet za porod, oblačila za novorojenčka, administrativni obrazci, identifikacijski zapestnici, etui z zdravil, Pinardova slušalka in/ali minifeton, termofor, prenosna kisikova jeklenka z masko), ki je namenjena vodenju poroda (7). Dispečer preda pomembne podatke ekipi ter zabeleži uro klica in kratko anamnezo na obrazec, ki je namenjen sprejemu urgentnih klicev. V primeru, ko mora urgentna ekipa po porodnico na teren, se zaradi posebnosti terena, po potrebi med potjo poveže s porodnico in ji svetuje, kako naj ukrepa. Zdravstveno osebje in/ali babica, ki se sreča s porodnico, mora njeno domnevo, da se je porod pričel, potrditi ali ovreči. To naredi hitro, s podrobno anamnezo in vaginalnim pregledom. V veliko pomoč je ekipi, če babica nosečnico pozna in obratno, nosečnica je pomirjena, ko vidi znan obraz, saj je občutek zaupanja in varnosti v porodništvu izrednega pomena (7, 11–14). Preden babica opravi vaginalni pregled, mora porodnico seznaniti, da ga bo opravila. Le-tega lahko opravi, če porodnica privoli, sicer ne (11). S pomočjo zunanje porodniške preiskave, predvsem drugega, tretjega, četrtega in petega Leopoldovega prijema, babica oceni, kakšna je vstava in pozicija ploda. Plodove utripe posluša s Pinardovo slušalko, včasih ima možnost tudi uporabo minifetona, kar je nedvomno boljša izbira, saj porodnica sliši utrip ploda in je zato bolj pomirjena. Med vsem tem je potrebno pozorno opazovanje porodnice, registriranje njenih popadkov, katerih jakost babica meri s pomočjo roke, saj na terenu nima možnosti spremljanja poroda s kardiokografom (v nadaljevanju CTG). Glede na vse ugotovljeno se ekipa odloči, ali ima še dovolj časa, in bo porodnica varno pripeljana v najbližjo bolnišnico, ali časa ni dovolj, in bo porod potekal izven porodnišnice. Zavedati se je treba dejstva, da običajno poiščejo pomoč zdravstvenega osebja tiste porodnice, pri katerih se prva porodna doba bliža koncu. To same porodnice zelo dobro občutijo, saj babici velikokrat še pred vaginalnim pregledom povedo, da ni več časa za varno pot, ki bi jo potrebovali do najbližje bolnišnice (7).

Metode

Uporabljena je bila kvalitativna metodologija. Na instrumentalni študiji primera je predstavljen primer prvorodnice v zgodnjih 20-ih, ki je rodila v 36-em tednu gestacije (ocena po ultrazvočnem pregledu) v zdravstvenem domu leta 2011. Podatki so bili zbrani s pomočjo metode opazovanja delovanja protokola – sistema organiziranosti, pregleda zdravstvene dokumentacije (porodni zapisnik) in polstrukturiranega intervjuja, ki je bil opravljen v letu 2014 s porodnico. Sodelovanje porodnice je bilo anonimno in prostovoljno. Predhodno je bil podan pisni pristanek za sodelovanje v raziskavi in intervju. Resnično ime intervjuvanke je bilo nadomeščeno z namišljenim. Pri raziskovanju so bila upoštevana načela Helsinške deklaracije. Vsi podatki so bili analizirani s pomočjo metode analize vsebine. Vsebina intervjuja je bila kodirana, kategorizirana in v tematsko opredeljena. Podatki pridobljeni z opazovanjem in analizo dokumentacije so bili analizirani z vidika kronološkega in vsebinskega poteka posameznega načrtovanega koraka protokola oz. vzpostavljenega sistema organiziranosti.

Rezultati

Rezultati so predstavljeni v dveh delih, in sicer opis in potek primera, ki izhaja iz analize opazovanja delovanja protokola in zdravstvene dokumentacije ter izkušnje porodnice, kar izhaja iz analize intervjuja.

Opis in potek primera

Jerneja, stara 22 let, je prišla na prvi ginekološki pregled novembra 2010 in povedala, da je imela zadnjo menstruacijo konec junija. Ob vaginalnem in ultrazvočnem pregledu (v nadaljevanju UZ) je bila potrjena nosečnost, ki pa se ni skladala z navedenim datumom zadnje menstruacije. Z UZ je bil določen predviden datum poroda v sredini februarja 2011. V 36-em tednu gestacijske starosti (po UZ), se je iz uro oddaljenega kraja, oglasila, sredi noči, v urgentni ambulanti ZD Tolmin zaradi občutka tiščanja navzdol. Dežurni medicinski sestri je povedala, da takega občutka v času nosečnosti še ni čutila, in da ne ve, ali so to popadki. Dežurna medicinska sestra je po posvetu z zdravnikom za nasvet in nadaljnje ukrepanje poklicala babico. S pomočjo anamneze, inspekcije in vaginalnega pregleda je bilo ugotovljeno, da je porod v zaključni fazi prve porodne dobe in da je porod neizbežen. Ob poslušanju plodovih utripov, z minifetonom, je bila zaznana huda bradikardija, ki je vztrajala tudi, ko ni bilo popadka. Ob upoštevanju oddaljenosti do najbližje porodnišnice in dane situacije je sledilo umetno predrtje plodovih ovojcev. Ugotovljen je bil mekonijijski oligohidramnion. V ZD Tolmin se je le v 15-ih minutah po prihodu v urgentno ambulanto porodila novorojenka, ki je imela trikrat tesno ovito popkovo, z oceno po Apgarjevi 6/8. Skladno s smernicami reanimacije novorojenčka, ki predpisujejo, da novorojenček, pri katerem je dihanje odsotno ali ne diha redno, tonus je prisoten, lahko tudi zmanjšan, srčna frekvenca pa je nižja od 100 utripov v minuti, je bila novorojenka osušena s toplimi pleniciami, toplo zavita in izvedeno je bilo predihavanje na masko (15). Po prvi oskrbi novorojenke in otročnice sta bili obe skupaj prepeljali, v 40 minut oddaljeno najbližjo porodnišnico.

Doživetja in izkušnje porodnice

Osrednja identificirana tema je bila poimenovana »Prednost podpornim sistemom in ne kraju rojevanja«. V kvalitativni analizi besedila, intervjuja z Jernejo, je bilo tako ugotovljeno, da okolje, kjer porodnica poraja, ni najpomembnejše, temveč so veliko bolj ljudje okrog nje. Lahko je to sodobna porodna soba, skromna urgentna ambulanta daleč stran od bolnišnice, reševalno vozilo ali domača hiša. V trenutku poroda so pomembni ljudje, ki so takrat ob tej porodnici. V kvalitativni raziskavi na večjem vzorcu žensk, ki so rodile izven porodnišnice, Kragelj ugotavlja (7), da porodnice, ne glede na njihovo starost in izobrazbo, v večini, v času nosečnosti ne razmišljajo, da ne bi rodile v porodnišnici. Pa vendarle se jim to zgodi in vzroki so različni. Najpogostejši vzroki so hiter potek poroda in časovna oddaljenost od bolnišnice. Jerneja o svoji izkušnji pripoveduje:

»Vse je šlo zelo hitro. Po pregledu me je močno pričenjalo tiščat na blato, res nisem mogla več zadržat tega občutka. Babica je pripravljala oblačila za dojenčka, pa pečko je vklopila in na voziček je še nekaj pripravljala. Tehnik mi je nastavil tekočino, da mi je tekla v žilo. Potem, je babica poslušala utripe in rekla, da moramo hitro roditi. Odtekla mi je v tistem trenutku tudi voda. Popadek je

bil zelo močan in morala sem močno pritisnit. Moj partner je šel kar v čakalnico. Hitro sem rodila. Babica je nekaj delala z mojim dojenčkom med nogami. Zdravnik jo je gledal. Ja, po tistem, ko je babica nekaj delala z dojenčkom med nogami mi je pokazala mojega dojenčka. Malo mi ga je dala na trebuh. Rekla je, da ga mora še malo zmasirat in da mu bojo dali še malo kisika, da se mu ni lepo godilo.» (Jerneja, 22 let)

Jerneji je zaupanje zdravstvenemu osebju pomenilo veliko. O tem pravi:
»Seveda sem zaupala vsem, saj vedo, kaj delajo. Najbolj pa sem zaupala babici. Z njo sem se že v nosečnosti veliko pogovarjala. Povedala mi je o nosečnosti, dojenju in porodu. Na vsakem pregledu sva se pogovarjali.« (Jerneja, 22 let)

Diskusija

Porod izven bolnišnice poteka čisto drugače kot v porodnišnici. Na terenu se ni mogoče srečati s tako medikaliziranim porodom kot v porodnišnici. Res je, da ti porodi običajno potekajo hitro, a ne nujno brez zapletov. Ekipa NMP pripravi vse potrebno za vodenje normalnega poroda. Če ima možnost (vedno je ni), ogreje prostor in oblačila za novorojenčka. Vodenje samega poroda poteka enako kot v porodnišnici, le da je treba improvizirati s položajem porodnice in/ali babice. Ekipa NMP poskrbi za udoben položaj porodnice, seveda kolikor jim dopuščajo možnosti in skuša prisluhniti njenim željam in trenutnim potrebam (13,14,16), kar nedvomno vpliva na komunikacijo, odnos in zaupanje, ki se vzpostavi med porodnico, njenim partnerjem, svojci in ekipo (7, 12-14). Strah, ki je ob takih dogodkih nedvomno prisoten pri vseh članih ekipe, je treba pred žensko (porodnico) prikriti, sicer tudi ona ne zaupa več v sposobnosti svojega telesa (14,16), istočasno pa izgubi zaupanje v zdravstvene delavce, ki so takrat ob njej (9,13). Organizacija službe NMP ZD Tolmin dokazuje, da se tudi tako urgentno stanje v porodništvu lahko uspešno zaključi, vendar taka urgentna stanja terjajo ogromno znanja od vseh članov ekipe. Veliko breme, v primeru poroda izven bolnišnice, nosi babica, ki se pridruži ekipi. Tudi tehnične izboljšave na tem področju, čeprav prepotrebne, zlasti možnost uporabe prenosnega kardiograf, samega izida poroda v Zgornjem Posočju ne bi izboljšalo. V tem delu Slovenije je nedvomno velik problem relativno velika časovna oddaljenost od najbližje bolnišnice. V primeru poroda izven bolnišnice je potrebno improvizirati s položajem in površino, kjer se izvaja porod in urgentni postopki. Med samo vožnjo, v reševalnem vozilu, pa mora šofer poskrbeti tudi za varno vožnjo. V raziskavi Kragelj (7) ugotavlja, da se porodnice ne zavedajo nevarnosti, ki jih prinaša porod daleč stran od bolnišnice, se pa tega dobro zavedajo zdravstveni delavci, ki so poleg (4,7,9). S protokolom, ki velja, v ZD Tolmin, v primeru poroda izven porodnišnice, se poskuša potencialno nevarnost s hitrim odzivom čim bolj minimalizirati, saj ne gre vedno le za »zdrave nosečnosti«, ampak tudi porode, ki so bili v predhodni nosečnosti operativno dokončani, porode nedonošenčkov, porode dvojčkov ipd.

Zaključek

Porod izven bolnišnice je v okolju, kot je Zgornje Posočje, relativno pogost. Strokovnost in profesionalnost celotne ekipe, ki sodeluje pri tovrstnih porodih, je ključna za uspešne izide poroda. Nedvomno pa je zaupanje v osebo, ki vodi porod in celotno ekipo, ki je

prisotna v primeru poroda izven bolnišnice, odraz profesionalnega in strokovnega odnosa do dela celotne ekipe.

Literatura

1. Pajntar M. Normalni porod. V: Pajntar M, Novak Antolič Ž, ur. Nosečnost in vodenje poroda. 2. dop.izd. Ljubljana: Cankarjeva založba, 2004: 140–174.
2. Pajntar M. Osnovni pogoji poroda. V: Pajntar M, Novak Antolič Ž, ur. Nosečnost in vodenje poroda. 2. dop.izd. Ljubljana: Cankarjeva založba, 2004: 113–117.
3. Nacionalni inštitut za javno zdravje (2014). Perinatalni informacijski sistem. <http://www.ivz.si> <28.6.2014>.
4. Radiotelevizija Slovenije (2010). Stroka ne nasprotuje porodom doma. <http://www.rtv slo.si/zdravje/novice/stroka-ne-nasprotuje-porodom> <2.8.2014>.
5. Zdravstveni dom Tolmin. Poročilo o številu porodov v prehospitalnem okolju. Interno gradivo.
6. Zdravstveni dom Tolmin (2010). Opis zavoda. <http://www.zd-tolmin.si> <25.6.2014>.
7. Kragelj K. Porodi izven bolnišnice: Kvalitativna analiza doživljanja žensk v Zgornjem Posočju [diplomsko delo]. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, 2014: 1–51.
8. Pravilnik o služni nujne medicinske pomoči. Ur.l.RS. št. 106/2008: 13970.
9. Mander R, Cheung NF, Wang X, Fu W, Zhu J. Beginning an action research project to investigate the feasibility of a midwife-led normal birthing unit in China. *J Clin Nurs* 2009; 19(3 - 4): 517–526.
10. Brdnik P. Vloga diplomiranega zdravstvenika med vodenjem poroda v prehospitalnem okolju [diplomsko delo]. Maribor:Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, 2013:1–89.
11. Mivšek AP. Rezultati kvantitativnega dela študije »Porodnišnice za današnji čas.« V: Babice najboljša izbira za porodnico. Zbornik predavanj. Novo mesto: 16. marec 2007. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester in babic, 2007: 16–30.
12. Cheung NF, Mander R, Wang X, Fu W, Zhou H, Zhang L. Views of Chinese women and health professionals about midwife-led care in China. *Midwifery* 2011; 27(4): 842–847.
13. Triplap M. Odnos porodnica-partner-babica.V: Čeh A. Zdravje žensk in babištvo. Zbornik predavanj. Kranj:19.3.2010. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester in babic, 2010: 34–44.
14. Gaskin IM. Modrost rojevanja.1.izd. Ljubljana: Založba Sanje d.o.o., 2007: 17–320.
15. Slovenski svet za reanimacijo, Slovensko združenje za urgentno medicino (2010). Smernice za oživljanje 2010 Evropskega sveta za reanimacijo. <http://www.szum.si> <15.8.2014>.
16. Drglin Z. Pri porodu ne tvegajo zdravniki, tvegajo ženske. *Delo* 2. 12. 2006; 28.

Komplementarne in alternativne metode zdravljenja v preventivni dejavnosti primarnega zdravstvenega varstva

Complementary and alternative medicine approaches in preventive primary health

Mateja Kržin, Katarina Babnik in Nada Trunk Širca

Povzetek

Vloga zdravstvene dejavnosti je v osnovi namenjena ohranjanju in izboljševanju zdravja. V zadnjem obdobju, ko se soočamo s porastom kroničnih nenalezljivih bolezni, javno zdravstvo deluje predvsem v smeri preprečevanja simptomov bolezni, staranje prebivalstva pa zahteva uravnoteženje preventivne in kurativne dejavnosti. Ugotovitve na področju slovenskega zdravstvenega varstva kažejo, da imamo pomanjkljive sistemske ukrepe krepitve preventivne dejavnosti. Potrebno bi bilo povečati tudi zavedanje državljanov, da je skrb za svoje zdravje človekova primarna skrb. Enako kažejo ugotovitve Svetovne zdravstvene organizacije: premalo poudarka je na krepitvi zdravja, preventivnih dejavnostih in človekovem lastnem vložku v skrbi za svoje zdravje. Eden od načinov krepitve zdravja in dvigovanja posameznikove zavesti o zdravem življenju so komplementarne metode zdravljenja. Veliko teh metod je usmerjenih v preventivo, z ustrežno promocijo pa bi se lahko integrirale v celoviti sistem preventivne dejavnosti. Namen prispevka je predstaviti nekatere od teh metod, predstavili pa bomo tudi ugotovitve raziskave o stališčih in prepričanjih do komplementarnih pristopov, ki je bila opravljena na vzorcu zdravstvenih delavcev

Ključne besede: kronične nenalezljive bolezni, kakovost zdravstva, ohranjanje zdravja

Abstract

While the primary role of health care should be to preserve and improve health. On the other hand, the ageing of population and increasing life expectancy call for a balance between preventative and curative measures. Conclusions coming from the Slovenian health care experts are essentially the same - we are lacking systematic measures that would promote health and increase the level of awareness among citizens on the importance of personal health care as a primary concern. Complementary and alternative medicine could be used to improve health and increase awareness of individuals on the importance of maintaining a healthy lifestyle. A number of these methods are preventive in nature and could be integrated into a comprehensive system of preventive measures, with the application of appropriate promotion. The purpose of this paper

is to present some of the complementary and alternative approaches also in the field of prevention, and the results of the survey that assessed attitudes and beliefs of health care professionals towards complementary and alternative medicine approaches.

Key words: chronic, non-communicable diseases, health care quality, maintenance of a healthy life

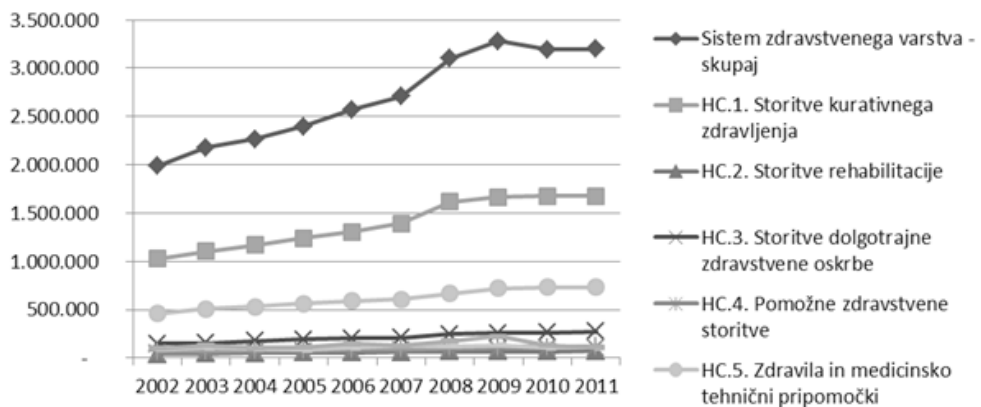
Uvod

Zdravstveno varstvo je sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti in ukrepov za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih, torej je sestavljeno iz preventivnega in kurativnega dela (1). V zadnjih tridesetih letih se je poleg upada preventivno usmerjenega zdravstvenega varstva močno spremenila tudi pojavnost in pojmovanje bolezni, zato so potrebne prilagoditve sistema obravnave in zdravljenja bolnikov. Programski izhodišča izpostavljajo pomanjkanje sistemskih ukrepov krepitev preventivne dejavnosti in zavedanje državljanov, da je skrb za svoje zdravje človekova primarna skrb in nujna za finančno vzdržnost sistema javnega zdravstvenega varstva (2). Nastanek večine kroničnih bolezni je mogoče uspešno preprečiti, saj imajo skupne dejavnike tveganja, na katere lahko z javnozdravstvenimi ukrepi vplivamo, zato kaže povečati vlaganja v krepitev zdravja, preprečevanje dejavnikov tveganja in zgodnje odkrivanje bolezni (3).

Pomen in prisotnost preventive v sistemu javnega zdravstvenega varstva

V duhu povečanja preventivne usmeritve v javnem zdravstvenem varstvu je bila že sredi 80-ih let sprejeta Ottawska listina o promociji zdravja, ki je kot eno ključnih zahtev za doseganje boljšega zdravja prebivalstva postavila reorientacijo v zdravstveni oskrbi, in sicer tako, da se okrepi primarna zdravstvena dejavnost, specialistična in bolnišnična dejavnost pa bi bili organizirani kot servis primarnemu nivoju (4).

Kljub vsem ugotovitvam, ki so ponekod znane že več desetletij, pa so vlaganja v preventivo še vedno skromna. V Evropi so v letu 2007 znašala od 0,6 odstotka (Italija) do 5,4 odstotka (Finska) vseh sredstev zdravstvenega varstva. Preventivo v nasprotju s kurativo pogosto razumemo le kot takojšen strošek z odloženim učinkom in je red-



Slika 1: Izdatki za zdravstveno varstvo po namenih od 2002 do 2011 (6).

ko podprta z ekonomskimi raziskavami (5). V nadaljevanju bomo predstavili dinamiko stroškov javnega zdravstva in sicer po namenih porabe.

Izdatki so v slabem desetletju zrastle za več kot milijardo evrov. Stroški najbolj rastejo na področju kurativnega zdravljenja, rehabilitacije in dolgotrajne zdravstvene oskrbe ter zdravil in medicinskih pripomočkov, kar bi lahko povzeli kot kurativno zdravljenje. Financiranja preventivne zdravstvene dejavnosti v tej opredelitvi ne najdemo, zato predvidevamo, da je bistveno manjše. Marušič (7) meni, da je trenutni zdravstveni sistem, ki je usmerjen pretežno v kurativno dejavnost, potrebno bolj uravnotežiti s preventivnimi pristopi.

S ciljem krepitev zdravja in obvladovanja kroničnih nenalezljivih bolezni Svetovna zdravstvena organizacija in Evropska komisija v svojih strateških dokumentih pozivata k ukrepom za krepitev zdravja in obvladovanje kroničnih nenalezljivih bolezni (2). Marušič (6) in Zakotnikova (2) ugotavljata, da tudi v slovenskem sistemu javnega zdravstvenega varstva manjkajo sistemski ukrepi krepitev preventivne dejavnosti in zavedanje državljanov, da je skrb za svoje zdravje človekova primarna skrb.

Svetovno zdravstveno poročilo (8) iz leta 2004 navaja, da so kronične nenalezljive bolezni odgovorne za 58,8 odstotkov vseh smrti in približno 43 odstotkov vseh bolezni; do leta 2020 pa predvidevajo, da bodo vzrok 73 odstotkov vseh smrti in 60 odstotkov vseh bolezni. V poročilu Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (9) ugotavljajo, da so za dolgoročno vzdržnost zdravstvene blagajne potrebni preventivni zdravstveni programi za zmanjševanje bremena kroničnih nenalezljivih bolezni. Ti bi se vpeljali kot preventivni programi, promocija zdravja in promoviranje odgovornega ravnanja ljudi. Eden od pomembnih ciljev pa je tudi odzivnost na nove potrebe in zahteve zavarovancev v okviru zdravstvenih programov. Rotovnikova (10) meni, da so bili preventivni ukrepi na ravni sistema javnega zdravstvenega varstva doslej rezervirani predvsem za mlajše populacijske skupine ali pa so bili preveč splošni in niso upoštevali posebnosti starajoče se populacije.

Kronične bolezni predstavljajo enega izmed najpomembnejših izzivov, s katerimi se danes srečujejo zdravstveni sistemi. Najbolj pogoste kronične nenalezljive bolezni v Evropi so bolezni srca, rak, bolezni dihal, sladkorna bolezen, bolečine lokomotorne aparata in duševne bolezni. Menimo, da bi nekatere komplementarne metode zdravljenja lahko zapolnile vrzeli v sistemu javnega zdravstvenega varstva, zato bomo v nadaljevanju prikazali možnosti uporabe izbranih komplementarnih metod pri sladkorni bolezni in pri kronični bolečini v hrbtenici.

Sladkorna bolezen tipa 2

Sladkorna bolezen tipa 2 je kronična, napredujoča bolezen, ki posameznika navadno pesti celotno življenje. Sprva je povečano koncentracijo glukoze v krvi mogoče uravnati z uveljavljanjem zdravega načina življenja, pozneje ob napredovanju, pa je potrebno zdravljenje z zdravili. Ko njihov odmerek ni več zadosten, je potrebno zdravljenje z inzulinom (11). Raziskave potrjujejo, da do odpovedovanja beta celic v trebušni slinavki in do rezistence celičnih receptorjev na inzulin najverjetneje pride tudi zaradi prevelikega in nepravilnega vnosa hrane in premajhnega izkoristka te (12). Kahn in ostali (13) so ugotovili, da je prekomerna teža vzročno povezana s povečanim tveganjem za razvoj od-

pornosti na inzulin in propadanjem beta celic v trebušni slinavki. Odpornost na inzulin pa spremlja disfunkcijo pankreasnih otočkov beta celic in posledica je nezmožnost pri uravnavanju ravni glukoze v krvi.

Pri sladkorni bolezni so v napredovalem obdobju možni tudi drugi zdravstveni zapleti, kot so okvara ledvic, vida, motena presnova maščob in beljakovin, povečano tveganje za nastanek srčno-žilnih bolezni in prizadeto mikroožilje (14).

Razvoj sladkorne bolezni tipa 2 poteka v več fazah in vsaka od teh faz je lahko posamičen začetek določenih preventivnih aktivnosti. Prvi ukrepi za preprečevanje nastanka in razvoja sladkorne bolezni vključujejo spremembo prehrane in uvedbo telesne aktivnosti, prav tako pa so to osnovni preventivni ukrepi v vseh fazah sladkorne bolezni.

Danes ima sladkorno bolezen tipa 2 kar desetkrat več ljudi kot pred četrto stoletje, bolezen pa zajema vedno mlajše ljudi. V Sloveniji je po ocenah Inštituta za varovanje zdravja kar 136.000 bolnikov s sladkorno boleznijo, 109.000 je znanih, približno 20 odstotkov oziroma 27.000 pa še ni odkritih. V letu 2010 je zdravila za zniževanje krvnega sladkorja prejelo 92.500 pacientov kar je po ocenah 85 odstotkov vseh bolnikov z znano sladkorno boleznijo, brez zdravil pa se zdravi približno 16.500 pacientov (11).

Med komplementarnimi metodami zdravljenja imajo pozitiven preventivni vpliv naslednje: ayurveda, naturopatija, tradicionalna kitajska medicina, zeliščarstvo, dietetika, fizikalno zdravljenje, zdravljenje z energijo ali z gibanjem; najprimernejša se nam zdita naturopatija in joga (15-18). V Tabeli 1 bomo prikazali izbrani komplementarni metodi zdravljenja, ju opisali in povzeli vlogo v preventivnem zdravljenju pri sladkorni bolezni. Opisani komplementarni metodi in njihovi vlogi v preventivnem zdravljenju so samo nekatere od možnih.

Tabela 1: Identificirane komplementarne metode (sladkorna bolezen) (povzeto po virih 15 – 21).

Komplementarna metoda	Opis komplementarne metode	Načini delovanja komplementarne metode	Vloga v preventivnem zdravljenju
Naturopatija	Poudarek na ponovni vzpostavitvi zdravja, ker bolezen razume kot motnjo v procesih samozdravljenja.	Dietetika, klinična prehrana, zeliščna medicina, hidroterapija, prehranska priporočila, zeliščarstvo.	Ohranjanje ustrezne telesne teže. Vzdrževanje zdravega metabolizma.
Joga	Gibalna metoda s celostnim pogledom na telo in psiho. Prilagojena vsem starostnim skupinam in gibalnim zmožnostim.	Telesne vaje, dihalne tehnike, meditacija.	Ohranjanje telesne teže. Vzdrževanje zdravega metabolizma. Ugoden vpliv na endokrini sistem. Zmanjševanje stresa. Zmanjševanje sladkorja v krvi.

Kronična bolečina v hrbtenici

Najbolj pogost vzrok za bolečino v hrbtenici je posledica nedejavnega življenja sodobnega človeka, ki zahteva veliko sedečega dela ob računalniku, industrijskega dela, ki temelji na enakih, ponavljajočih gibih, odsotnosti rekreacije in premajhnega uživanja vode,

ki je osnovna sestavina medvretenčnih ploščic. Pogosta je tudi psihosomatska bolečina v hrbtenici, kjer se pravega vzroka ne da določiti (24). Značilno je, da pri 85 odstotkih bolnikov z bolečino v križu, kljub obsežnim diagnostičnim preiskavam, ne ugotovijo vzroka za bolečino (25). Kronična bolečina v hrbtenici v končnih fazah pripelje do patoloških strukturnih deformacij in oslabilve mišic in vezi, zato je preventiva pomembna v dolgem časovnem obdobju in v več fazah – od akutne bolečine v hrbtenici, preko osrednjih težav, do strukturnih sprememb hrbtenice (26).

Bolečino v križu navaja skoraj polovica prebivalcev Slovenije med 25 in 64 letom starosti. Ta izkazuje jasen trend naraščanja, saj je leta 2001 tovrstno bolečino navajalo 4,4 odstotkov ljudi, leta 2008 pa je o tej bolečini poročalo že 50 odstotkov ljudi (23).

Kronično bolečino v hrbtenici lahko pomembno preprečimo z dovolj gibanja in telovadbe ter z zdravim načinom življenja, ki vključuje zadovoljujoče medsebojne odnose in zdravo prehranjevanje (24). Med komplementarnimi metodami zdravljenja imajo pozitiven preventivni vpliv naslednje: manualne metode zdravljenja, osteopatija in kiropraktika, fizikalno zdravljenje, sproščanje in meditacija; najprimernejše se nam zdijo masaže, osteopatija, kiropraktika in joga (15 - 19).

V Tabeli 2 bomo prikazali izbrane komplementarne metode zdravljenja, jih opisali in povzeli vlogo v preventivnem zdravljenju pri kronični bolečini v hrbtenici. Opisane komplementarne metode in njihove vloge v preventivnem zdravljenju so samo nekatere od možnih.

Tabela 2: Identificirane komplementarne metode zdravljenja (bolečina v križu) (povzeto po virih 15-19, 24-29).

Komplementarna metoda	Opis komplementarne metode	Načini delovanja komplementarne metode	Vloga v preventivnem zdravljenju
Masaže	Ročna neinvazivna manipulacija telesnih tkiv. Osrednji del masaže je dotik, ki ne prodre samo v kožo, ampak tudi globlje, v mišice, kosti in sklepe.	Glajenje, gnetenje, vtiranje, udarjanje, tresenje, gibi v sklepih.	Izboljšanje gibljivosti, sprostitvev in raztegnitev skrajšanih kit in mišic, izboljšanje krvnega in limfnega obtoka, hitrejša regeneracija tkiv, hitrejša odplavljanje metabolnih produktov.
Osteopatija	Ročna manipulacija tkiva: zdravljenje preko kosti in sklepov. Vzpostavitev ravnovesja med zgradbo skeleta in delovanjem telesa.	Masaža, artikulacija sklepov, limfna drenaža.	Izboljšanje gibljivosti, spodbujeno kroženje telesnih tekočin, izboljšana preskrba organov s krvjo, odprava stanj napetosti in zastojev telesnih tekočin, odprava bolečinah.
Kiropraktika	Ročna manipulacija skeleta, ki je prvenstveno orientirana na hrbtenico. Vračanje struktur ob hrbtenici v pravo obliko.	Masaža, artikulacija sklepov ob hrbtenici, manipulacija kostnih tkiv.	Odpravljanje bolečine v vratnem, prsnem ali križnem delu hrbtenice, odpravljanje bolečine v udih ali sklepih, odpravljanje mravljinčavosti udov.

Kot je razvidno iz Tabel 1 in 2 je pri preprečevanju izbranih kroničnih nenalezljivih bolezni možno vključevati nekatere preventivne komplementarne metode, pri čemer bi se usmerili predvsem v to, da se take metode vključijo kot neka komplementarna preventiva. Ker pa je uveljavitev komplementarnih metod v sistem javnega zdravstve-

nega varstva sistemsko vprašanje, na katerega popolnega odgovora ne moremo dobiti v tem trenutku, nas je zanimalo, kaj o priznavanju tovrstnih metod menijo zdravstveni delavci. V ta namen smo povzeli del rezultatov empirične raziskave v okviru magistrske naloge.

Metode

Pomemben element pri vpletanju teh novosti v sistem javnega zdravstvenega varstva je poznavanje in priznavanje komplementarnih metod zdravljenja s strani zdravstvenih delavcev, ki so izvajalci in zato tudi dobri poznavalci le-tega. Stališča zdravstvenih delavcev smo povzeli po empirični raziskavi, ki je poleg stališč zdravstvenih delavcev do komplementarnih metod zdravljenja merila tudi primernost posameznih komplementarnih metod za vključitev v sistem javnega zdravstvenega varstva.

Vzorec

Empirična raziskava o merjenju stališč zdravstvenih delavcev do komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja je bila izvedena v obdobju med majem in septembrom 2014. Razposlanih je bilo 800 vprašalnikov, naslovljenih na zdravnike splošne medicine ter delavce v zdravstveni negi in fizioterapiji. Vrnjenih in ustrezno izpolnjenih je bilo 168 vprašalnikov, kar predstavlja 21 odstotkov realizacije vzorca.

Instrument

Instrument - anketa, ki je bila oblikovana v namene raziskave, je zajemala številne vidike aplikacije komplementarnih metod v javno-zdravstveni sistem in je bila v celoti aplicirana za raziskavo, izvedeno z namenom priprave magistrske naloge, ki jo avtorica pripravlja na UP Fakulteti za management. Okvir vprašalnika je bil sestavljen s pomočjo osnovnega raziskovalnega izhodišča: preveriti poznavanje, uporabo in željo po izobraževanju v segmentu komplementarnih metod zdravljenja ter ugotoviti stališča zdravstvenih delavcev do učinkovitosti teh metod, ker je to povezano z njihovim stališčem do vključitve v sistem javnega zdravstvenega varstva. En del vprašalnika je zajemal tudi vprašanje, ki se nanaša na primernost komplementarnih metod v namen preventivnega varstva in se glasi:

»Označite KAM metode, ki bi po vašem mnenju sodile v sodoben sistem javnega zdravstva kot celostna metoda zdravljenja, kot preventivna metoda zdravljenja ali pa metoda ne sodi v sistem javnega zdravstvenega varstva.«

Zdravstveni delavci so se za izbrane komplementarne metode zdravljenja odločali med umestitvijo te metode kot celostne metode zdravljenja znotraj sistema javnega zdravstvenega varstva, kot preventivne metode zdravljenja znotraj sistema javnega zdravstvenega varstva ali pa so določili, da posamezna metoda ni neprimerna za umestitev v sistem javnega zdravstvenega varstva.

Rezultati

Rezultati, podani v Tabeli 3, kažejo deleže ki so jih anketirani zdravstveni delavci v primarni raziskavi namenili izbrani komplementarni metodi zdravljenja. Posamezna vrednost, ki je navedena poleg metode zdravljenja, pove kolikšen delež vprašanih meni, da je izbrana metoda primerna za vključitev v sistem javnega zdravstvenega varstva kot ce-

lostna metoda, kot preventivna metoda ali pa prikaže neprimernost za vključitev v sistem javnega zdravstvenega varstva. Podana je bila tudi možnost, da se anketirana oseba ne opredeli.

Tabela 3: Možnost vključitve v sistem javnega zdravstvenega varstva.

Vrsta komplementarne metode	Odstotek opredeljenih za komplementarno metodo zdravljenja			
	Preventivna metoda zdravljenja	Celostna metoda zdravljenja	Ne sodi v SJZV	Niso odgovarjali
Masaže	49	35	7	9
Joga	48	11	26	15
Meditacija	47	13	25	15
Pilates	42	10	31	17
Tradicionalna indijska medicina	35	13	28	24
Kiropraktika	33	34	14	19
Rei - ki	33	8	33	26
Boenergija	32	15	29	24
Osteopatija	31	18	21	29
Manualna medicina	31	38	13	18
Tradicionalna kitajska medicina	30	30	23	17
Qi - gong	27	7	39	27
Homeopatija	26	43	17	14
Povprečje	30	30,2	22,6	17,2

Iz Tabele 3 je razvidno, da med preventivnimi metodami dosegajo največjo stopnjo podpore masaže z 49 %, joga z 48 % in pilates z 47 % podpore. Najvišjo podporo med metoami za celostno obravnavo v sistemu javnega zdravstvenega varstva uživajo homeopatija s 43 % podpore, manualna medicina z 38 % podpore, masaže s 35 % podpore, kiropraktika s 34% podpore in tradicionalna kitajska medicina s 30 % podpore. Ugotavljamo, da je tretjina stališč pozitivno naravnana do vključitve nekaterih metod v sistem javnega zdravstva, dobra petina stališč je do tega odklonilna in slaba petina stališč neopredeljena.

Diskusija in zaključki

Preventivni ukrepi na ravni sistema javnega zdravstvenega varstva imajo premalo pozornosti in so v nekaterih delih zastareli. Družbene in ekonomske spremembe narekujejo spremenjeno pojmovanje bolezni in zdravja in to se v največji meri manifestira skozi naraščajočo pojavnost kroničnih bolezni. Preventiva v teh primerih naj ne bi bila več mišljena samo kot osnovno preprečevanje bolezenskega stanja, ampak bi lahko bila usmerjena tudi v preprečevanje napredka in poslabševanja bolezni. Nekaterne preventivne komplementarne metode zdravljenja so naravnane ravno tako, da jih lahko uporabimo v katerikoli fazi kronične nenalezljive bolezni, zato bi jih bilo potrebno bolj pozorno preučiti in po potrebi obravnavati kot ene izmed možnosti preventivnega dela. To niti ne pomeni, da jih bilo potrebno integrirati v sistem javnega zdravstvenega varstva, ampak bi jih bilo smiselno na nacionalni ravni prepoznati kot dobre, poskrbeti za var-

nost uporabnikov z določeno stopnjo regulacije te metode in jih na ta način predstaviti državljanom. Raziskava o merjenju stališč zdravstvenih delavcev je pokazala, da masaže, joga, meditacija, kiropraktika in osteopatija uživajo pomembno podporo zdravstvenih delavcev, zato menimo, da bi s temi komplementarnimi metodami lahko zapolnili določene vrzeli v preventivnem delu javnega zdravstvenega varstva oziroma bi jih veljalo bolj podrobno raziskati.

Literatura

1. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS, št. 72/2006, <https://www.uradni-list.si/1/content?id=74309> <21.12.2014>.
2. Zakotnik J. Zborniku na pot, v Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trendi v raziskavah CINDI 2001 – 2004 – 2008, V – VI. Ljubljana: IVZ, 2012.
3. Marušič D. Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020. Republika Slovenija: MZ, 2011.
4. WHO - World Health Organization (1986). Ottawa charter for health promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/> <21.12.2014>.
5. Fürst J. Preprečevanje bolezni z zdravili – prihranek ali strošek? *Zdrav Vestn.* 2012; 81(6): 487–492.
6. NIJZ (Nacionalni inštitut za javno zdravje) (2008). Zdravstveni statistični letopis 2008. <http://www.nijz.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2008> <2.2.2015>.
7. Marušič D. Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020. Korak naprej. Republika Slovenija: MZ, 2011.
8. Iljaž R, Kersnik J, Turk H. Družinska medicina v skupnosti. Učno gradivo za 23. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Združenje zdravnikov družinske medicine: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2006.
9. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2013). Finančni načrt Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2013. Ljubljana: ZZZS. <http://www.zzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/B65EB118EAC3DF54C1257B1D003281DE?OpenDocument> <2.3.2015>.
10. Rotovnik Kozjek N. (2013). Zdravje in staranje: sedanjost in prihodnost. <http://www.polet.si/erin-brockovich/zdravje-staranje-sedanjest-prihodnost> <23.3.2015>.
11. Ministrstvo za zdravje (2011). Nacionalna konferenca ob dnevu sladkorne bolezni. http://www.mz.gov.si/si/medijsko_sredisce/novica/browse/48/article/698/6379/ofe0818380047c8aaaae15c1b84a5c41/ <14.11.2014>.
12. Zaletel J. Obravnava bolnika s sladkorno boleznijo. V: Sladkorna bolezen: priročnik za zdravstvene delavce. Ljubljana: Slovensko osteološko društvo, 2013.
13. Kahn S, Hull R, Utzschneider, K. Mechanisms linking obesity to insulin resistance and type 2 diabetes. *Nature* 2006; 444(7121): 840–846. <http://www.nature.com/nature/journal/v444/n7121/abs/nature05482.html> <31.3.2015>.
14. Hadžić V, Karpljuk M. Diabetes ni ovira za šport. V: *Sladkorna bolezen*. 2015; (108) 20–21.
15. Altherr J. Enciklopedija dopolnilne medicine: praktični vodnik po dopolnilnih metodah. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2010.

16. Woodham A, Peters D. Enciklopedija komplementarne medicine. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1998.
17. Jänicke C, Jorg G. Alternativna medicina. Ljubljana: Modrijan, 2009.
18. Pietroni P. Alternativni načini zdravljenja. Ljubljana: Domus, 1996.
19. Bizjak A, Veljanovič L, Ilich I. Alternativna družinska zdravstvena enciklopedija. Ljubljana: Sanjska knjiga, 2001.
20. Zaloker A, Zaloker U. Komplementarna in integrativna medicina, *Zdrav Vestn* 2011; 80: 33–38.
21. Pivka J, Dinevski D. Joga je lahko zdravilna. *Manager*. 2010; (10): 78–79.
22. Popli U, Subbe CP, Sunil K. Research letter-the role of yoga as a lifestyle modification in treatment of diabetes mellitus: results of a pilot study. *Alternative Therapies*, 2014 20(6). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25478800> <28.3.2015>.
23. Slovensko združenje za zdravljenje bolečine. Bolečina! Sedaj jo lahko izmerite! http://www.merjenjebolecine.si/raziskava_o_bolecini_v_Sloveniji <23.1.2015>.
24. Jayson M. Bolečine v križu. Ljubljana: Družinski zdravnik, 2013.
25. Košak R. Bolečina v ledvenem predelu hrbtenice. *Rehabilitacija*. 2010; 9(2): 3–8. http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2010_S2_p03-08.pdf <22.2.2015>.
26. Mrđanovič J. Kinezioterapija pri nespecifični bolečini v hrbtenici [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, 2007.
27. Mitić R. Alternativni pristopi v rehabilitaciji [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, 2009.
28. Sneddon, P in Coseschi, P. Zdravljenje z osteopatijo. Ljubljana: Založba Mladinska knjiga, 1998.
29. Sutcliffe J. Kako odpravimo težave s hrbtenico. Ljubljana: NUK, 2002.

Medicinske sestre skrbimo za zdravje otrok in mladostnikov

Nurses care for the health of children and adolescents

Tamara Lubi

Povzetek

Primarno zdravstveno varstvo izvaja celovito in stalno zdravstveno varstvo posameznikov, družin in skupin prebivalstva z vidika njihove preventivne, kurativne in socialne obravnave. V prispevku bo predstavljeno področje organizacije in delovanja primarnega zdravstvenega varstva v Sloveniji. Poudarjen bo pomen in vloga zdravstvene nege v skrbi za zdravje otrok in mladostnikov na vseh področjih obravnave primarnega varstva, od nosečnosti do dopolnjenega osemnajstega leta starosti. Natančno bodo opredeljene naloge medicinskih sester po posameznih področjih dela v preventivnih zdravstvenih programih. Poudarek bo na pomenu kontinuirane obravnave, multidisciplinarnega povezovanja in upoštevanja načel integritete, dostopnosti ter enakosti. Spremembe in razvoj primarnega zdravstvenega varstva zahtevajo stalno prilagajanje tudi zdravstvene nege na tej ravni delovanja. Strokovnost in sprotno prilagajanje spremembam so vodilo, da se stroka povezuje s evropskimi in svetovnimi smernicami in učinkovito dela v želji za dobro zdravje naših otrok in mladine.

Ključne besede: primarno zdravstveno varstvo, preventiva, naloge zdravstvene nege

Abstract

Primary health care carries out holistic and continuous care for individuals, families and groups of population regarding preventive, curative and social treatment. This contribution deals with the presentation of the organisation and functioning of the primary health care in the Republic of Slovenia. The importance of the meaning and the role of the health care for the health of children and adolescents in all fields of the primary health care, from the time of pregnancy till the 18th years of age, will be presented. Nurses' detailed assignments in the single field of the preventive health programmes will be described. Accent will be on the continuous, multidisciplinary liaison and consideration of the principles of integrity, availability and equality. Changes and development of the primary health care ask for the permanent adjustments of nursing. Professionalism and prompt adjustment to changes are the guidelines for achievement of connectivity with

European and world's directions to be efficient and beneficial to our children and adolescents.

Key words: primary health care, preventive, nursing assignments

Uvod

Aktivnosti zdravstvene službe ureja Zakon o zdravstveni dejavnosti (5), ki v poenostavljeni strukturni shemi, v obliki znane piramide, deli zdravstveno varstvo na več ravni. Najbolj pogosta je delitev na primarno, sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo. Ob tem zakon vključuje tudi zaščito matere in otroka. Švab (3) navaja, da se osnovno zdravstveno varstvo izvaja na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, ki jo opravljajo zdravstveni domovi in zasebni zdravstveni delavci. Načeloma deluje po principu dispanzerske metode dela. Zorec (7) navaja, da je skrb posvečena materi in otroku potrebna zaradi:

- njune biološke posebnosti glede rojevanja, materinstva ter rasti in razvoja otroka;
- ker prenatalno, perinatalno in postnatalno obdobje posledično vpliva na zdravje ljudi v odrasli dobi in starosti;
- ker dejavniki okolja vplivajo na zdravje otroka;
- ker zdravje mater in otrok vpliva na rodnost.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (5) navaja, da se organizacijski vidiki primarnega zdravstvenega varstva se v svetu rešujejo na različne načine, odvisno od prevladujočih socialnih, kulturnih, ekonomskih, zdravstvenih in drugih razvojnih značilnosti določenega območja. Za organizacijo družbeno in civilno pomembnega dela, morajo vse možne organizacijske oblike težiti k optimalni, učinkoviti, uspešni, profesionalni in celostni obravnavi. Vsaka raven zdravstvene dejavnosti ima svoje odgovornosti za določen obseg dela glede na značilnosti zdravstvenih problemov, označujejo pa jo izvajalci zdravstvenih storitev in organizacijske oblike dela. Varovanje zdravja otrok bi moralo biti najpomembnejše področje javnega zdravstva vsake družbe in je v skrbi za zdravje otrok zato tudi prednostna naloga vsake sodobne družbe. Naloga zdravstvenih delavcev v primarni zdravstveni dejavnosti na posameznem območju je, med drugim, povezovanje in sodelovanje z drugimi zdravstvenimi ter socialnovarstvenimi, vzgojno izobraževalnimi in drugimi zavodi, podjetji, organizacijami ter posamezniki za oblikovanje in izvajanje programov za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja.

Dejavnost primarnega zdravstvenega varstva

Filej (1) navaja, da se na področju primarnega zdravstvenega varstva izvaja celovito in stalno zdravstveno varstvo posameznika ali skupine z vidika integrirane (preventivne, kurativne in socialne) obravnave. To pomeni epidemiološko spremljati ter poznati zdravstveno stanje populacije in ukrepati proti najbolj ogrožajočim oz. razširjenim dejavnikom tveganja, izvajati zdravstveno vzgojo, organizirati zgodnje odkrivanje razvojnih anomalij in bolezni ter pravočasno ukrepati, sodelovati z zdravstvenimi dejavnostmi na različnih ravneh ter sodelovati z, za zdravstveno varstvo pomembnimi, lokalnimi, regionalnimi in nacionalnimi institucijami. Primarno zdravstveno varstvo je opredeljeno z družbenimi cilji, kot so: dviganje ravni kakovosti življenja, nudenje maksimalne pod-

pore prebivalstvu, povečanje odgovornosti za lastno zdravje, aktiviranje posameznikov in skupnosti za ohranjanje, krepitev in vrnitev zdravja.

Naloge medicinske sestre v skrbi za zdravje otrok in mladostnikov

Medicinske sestre so izvajalke zdravstvene nege in obravnavajo človeka celostno s fizičnega, psihičnega, socialnega in duhovnega vidika, v njegovem ožjem in širšem okolju. Kot sem že omenila, Završnik (6) navaja, da deluje zdravstveno varstvo za otroke in mladostnike po principu dispanzerske metode dela, ki v svoj delokrog vključuje enovitost preventivnega in kurativnega dela. Zdravstveni tim je interdisciplinaren, deluje pa multidisciplinarno, saj se po potrebi v obravnavo posameznika in njegove družine vključijo še ostali strokovnjaki, kot so: patronažna medicinska sestra, socialni delavec, klinični psiholog in fizioterapevt. Za delo zdravstvenega tima je odgovoren zdravnik, ki je tudi njegov koordinator. Medicinska sestra ima funkcijo zdravnikove strokovne sodelavke ter po njegovem naročilu sodeluje v medicinsko diagnostičnih in terapevtskih postopkih, kot nosilka zdravstvene nege pa je kompetentna in pristojna za samostojno odločanje na področju zdravstvene nege tako v izvajanju preventivne kot tudi kurativne zdravstvene dejavnosti.

Vloga medicinskih sester v Službi za zdravstveno varstvo žena

Osnovna naloga medicinskih sester v obdobju nosečnosti je zdravstveno vzgojno svetovanje, ki ga izvajajo ob rednih ginekoloških pregledih zdravnika in v Šoli za bodoče starše. Šola za bodoče starše izvajajo strokovnjaki iz naslednjih področij:

- Služba za zdravstveno varstvo žensk: diplomirana medicinska sestra in ginekolog
- Služba za zdravstveno varstvo predšolskih otrok: diplomirana medicinska sestra, pediater in nefrofizioterapevt.
- Preventivno zobozdravstveno varstvo: diplomirana medicinska sestra iz preventivnega kabineta
- Patronažna služba: patronažna medicinska sestra

Šola za bodoče starše predstavlja organizirano oblika skupinske zdravstvene vzgoje, ki poteka v okviru osmih srečanj:

- Zdrava nosečnost: dve srečanja - prvo trimesečje
- Predporodna priprava: štiri srečanja - zadnje trimesečje
- Nega, dojenje, zdrava rast in razvoj otroka... : dve srečanja - zadnje trimesečje

Vloga patronažnih medicinskih sester

V zadnjem tromesečju se v obravnavo nosečnice vključi patronažna medicinska sestra, ki je družinska medicinska sestra in obravnava družino iz ožjega in širšega vidika, ter svoje delo opravlja v različnih stanjih zdravja in bolezni, v času od rojstva do smrti. Njena naloga je, da prav tako deluje zdravstveno vzgojno, ponovi in dopolni vsebine na domu ter odgovori na marsikatero vprašanje nosečnice pred porodom. Cilj obravnave je normalen potek nosečnosti in poporodnega obdobja v smislu krepitev in vzpostavitve

primernih interakcij v družini. V tem času patronažna medicinska sestra seznanjena nosečnico tudi o svojem prvem obisku po odpustu iz porodnišnice.

Poudarila bi rada, da imamo v Mariboru dobro organizirano kontinuirano obravnavo med porodnišnico in patronažno službo. Pediatri in medicinske sestre v porodnišnici posredujejo odgovorni patronažni medicinski sestri, ki obiše porodnišnico, natančne informacije in opozorijo na posebnosti pri otročnici in novorojencu. Prav tako obiše ta ista patronažna medicinska sestra tudi porodnico, pridobi posamezne podatke z njene strani in jih skupaj s podatki osebja v porodnišnici posreduje terenski patronažni medicinski sestri, ki nato ob odpustu domov obiše otročnico in novorojenca.

Ko otročnica in novorojenec prideta iz porodnišnice, jih naslednji dan po odpustu v roku 24 ur, obiše patronažna medicinska sestra. Obravnava oba, novorojenca in otročnico. Obravnava je odvisna od strokovne odločitve patronažne medicinske sestre. V procesu izvajanja aktivnosti zdravstvene nege mora patronažna medicinska sestra vplivati na učinkovitost dojenja in napredovanje otrokove telesne teže. Prav tako deluje zdravstveno vzgojno uči, svetuje, demonstrira, in utrjuje znanje starčev v skrbi za njihovega otroka. Ob vsem naštetim, tudi ocenjuje sposobnosti staršev glede njihove samostojnosti pri negi otroka in pomaga pri vzpostavitvi simbioze med vsemi družinskimi člani.

Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2) navajajo, da je otrok v prvem letu starosti, od 1. meseca do 12. meseca, s strani patronažne službe obravnavan trikrat, to je v 4.-5. mesecu, 7.- 8. mesecu in 10.-11. mesecu. Obravnava otroka temelji na osnovi negovalne anamneze ter ob vseh bistvenih spremembah, ki se dogajajo v otrokovem razvoju. Patronažna služba obravnava otroka tudi v 2. in 3. letu starosti ter ob bistvenih spremembah v družini kot so (rojstvo novega otroka, rejništvo, smrt, problematične ločitve). V tem času so s strani patronažne službe obravnavani tudi otroci, ki niso vključeni v vrtce, otroci z motnjami v razvoju, ter slepi in invalidni otroci v domači oskrbi. Cilj takšne obravnave je spremljanje psihofizičnega razvoja otroka in iz vidika zdravstvene nege pomoč pri zagotavljanju optimalnih pogojev za njegov razvoj. Prav tako pa patronažna medicinska sestra v procesu svojega dela izvaja tudi individualne naloge na podlagi individualnih potreb, problemov in lastne strokovne presoje.

Vloga medicinskih sester v Službi za zdravstveno varstvo predšolskih otrok, šolskih otrok in mladine

Završnik (6) in Verlak (4) navajata, da Služba za zdravstveno varstvo predšolskih otrok opravlja vso izven bolnišnično zdravstveno varstvo za dojenčke, male in predšolske otroke do 6. leta starosti. Služba za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine skrbi za celostno izven bolnišnično zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine od 6. do 19. leta starosti.

Naloge medicinskih sester so:

- sodeluje v skrbi za načrtno zmanjševanje obolevnosti in umrljivosti otrok,
- daje materam nasvete za pravilno nego, prehrano in ravnanje z otroki,
- skupaj z zdravnikom izvaja proti epidemijske ukrepe (cepljenje, sistematične preglede),

- načrtno in aktivno v sodelovanju s patronažno službo nadzoruje novorojene otroke, nedonošenčke, zdravstveno ogrožene, motene v razvoju in take, ki živijo v neugodnih socialnih razmerah,
- izvaja zdravstveno prosvetne akcije med prebivalstvom,
- vodi evidenco obolevnosti predšolskih otrok in predlaga pristojnim organom ukrepe za zmanjšanje obolevnosti in umrljivosti otrok ter se povezuje z vrtci in zavodi.
- sodeluje pri zdravljenju obolelih otrok, staršem in otroku svetuje ustrezen in zdrav način življenja pri posamezni bolezni, jih usmerja z informacijami in se povezuje z drugimi službami,
- sodeluje pri pošiljanju otrok na klimatsko zdravljenje in se kot član zdravstvenega tima vključuje v delo zdravstvenih kolonij.

Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2) navajajo, da v skrbi za ohranitev in izboljšanje zdravja otrok ter za znižanje umrljivosti, obolevnosti in invalidnosti, izvaja zdravstveno varstvo za predšolske in šolske otroke ter mladino, redne preventivne (primarne, sekundarne) sistematične preglede in namenske preglede tako za posameznike kot za skupine.

Pri dojenčkih :

- izvaja sistematične preglede v starosti 1., 3., 6., 9., 12. in 18. meseca (pri zdravstveno in socialno ogroženih še pogosteje),
- izvaja namenske preglede v starosti 2. meseca, pred cepljenjem in pred vstopom v jasli,
- izvaja obvezno cepljenje po imunizacijskem programu in obvezno imunoprofilakso,
- svetuje pravilno nego in prehrano dojenčka ter vzpodbuja matere za dojenje,
- izvaja profilaktično dajanje vitaminov,
- izvaja dopolnitev dogovorjenih preiskav, če niso bile izvršene v porodnišnici,
- izvaja zdravstveno vzgojo za starše: o negi, prehrani, pravilnem higienskem načinu življenja in
- sodeluje s patronažno službo, ki opravlja obiske na domu pred in po porodu.

Pri malih in predšolskih otrocih:

- izvaja sistematične preglede vseh triletnih in petletnih otrok s psihološkim, logopedskim in zobozdravstvenim pregledom,
- izvaja namenske preglede po sistematičnem pregledu, pred vstopom v vrtec in pred zdravstvenim letovanjem in
- izvaja zdravstveno vzgojo za starše in vzgojitelje, posebno na področju mentalne higiene, preprečevanja nezgod, pravilne nege in prehrane, adaptacije na vrtec in pomena gibanja in športnih aktivnosti pri otroku.

Namen preventivnih dejavnosti pri otrocih in mladostnikih je:

- prizadevanje k ohranitvi in krepitvi zdravja,
- preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni ter

- pravočasen začetek zdravljenja in rehabilitacije.

Prav tako navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2) navajajo, da Sistematični pregledi otrok in mladostnikov obsegajo:

- oceno telesne rasti in razvoja,
- ugotavljanje telesnega in duševnega zdravja,
- ukrepe za ohranitev in krepitev zdravja,
- omogočanje optimalnega telesnega in duševnega razvoja ter
- odkrivanje negativnih socialnih dejavnikov in nezdravih življenjskih navad v družini
- v smislu gibanja, prehrane in igre.

Zdravstveno vzgojne programe, ki naj bi posamezniku omogočili oblikovati znanja, stališča in vedenjske vzorce za zdrav način življenja, izvajata medicinska sestra in zdravnik specialist, oba usposobljena za zdravstveno vzgojno delo z mladino. Zdravstveno vzgojno in svetovalno delo se oblikuje glede na aktualno problematiko mladih, ki je posledica njihovega psihosocialnega razvoja, tveganega vedenja, zlorabe drog, učne problematike, slabih prehranjevalnih navad, tveganega spolnega vedenja in poteka v naslednjih oblikah:

- zdravstveno vzgojna predavanja, učne delavnice, delo v malih skupinah z učenci, pedagogi in starši,
- posvetovalnice za mlade,
- medicinsko svetovanje otroku in staršem,
- posveti s starši, učitelji,
- timska obravnava novincev,
- medicinsko poklicno usmerjanje.

Vloga medicinske sestre v Službi za zobozdravstveno varstvo otrok

Preventivni zobozdravstveni pregledi, v okviru katerih aktivno sodelujejo medicinske sestre:

- v starosti 6. – 12. meseca,
- v starosti 1., 2., in 3. leta (pregled poteka v manjših skupinah ali individualno),
- v starosti 4., 5., in 6. leta (obrnava poteka organizirano v sodelovanju s starši, vrtci in pediatri).

Delo medicinske sestre v preventivni zobozdravstveni dejavnosti je zdravstveno vzgojno in preventivno svetovanje o zdravi prehrani, ustni negi, odpravi morebitnih razvad, jemanju fluorovih preparatov in praktičnem učenju tehnik ščetkanja. Zdravstvena vzgoja, ki jo izvaja medicinska sestra po dogovoru s pedontologom je namenjena:

- nosečnicam, staršem predšolskih in šolskih otrok,
- otrokom osnovnih šol,
- dijakom,
- vzgojiteljem in učiteljem,

- zdravstvenim delavcem drugih vej, ki obravnavajo otroke in mladino.

Zaključek

Varovanje zdravja otrok naj bi bilo najpomembnejše področje javnega zdravstva v vsaki družbi. Skrb za zdravje otrok je dejansko prednostna naloga vsake sodobne družbe. Predstavlja osnovo za zagotavljanje zdravja vseh ljudi in daje možnosti za krepitev najboljših sposobnosti vsakega posameznika za ohranjanje telesnega in duševnega zdravja ter dobrega počutja. S tem se zagotavlja varovanje zdravja otrok in večje možnosti za preprečevanje morebitne obolevnosti in invalidnosti. Velikokrat beremo in slišimo: »Otroci so naše največje bogastvo!« »Zdravje otrok je naša prva skrb!« Toda ohraniti zdravje, oziroma ga po neki bolezni vzpostaviti, ni lahko. Slednje zahteva strokovne napore, kontinuitetno in integriteto v obravnavi posameznikov/skupin, prav tako pa trdo delo in številna prizadevanja ožje in širše javnosti. Samo želja po zdravju ni dovolj. Zdravstveni sistem s svojimi službami sam tem nalogam ne bo kos, če ne bo posebnega prizadevanja tako s strani staršev kot tudi širšega družbenega okolja ter nazadnje vseh posameznikov. Otrokovo osebnost oblikujejo njegova družina, vrtec, šola in njegovo širše okolje. Največjo vlogo v otrokovem življenju odigrajo starši, ki lahko otroku pomagajo vzpostaviti blagostanje, tako na fizičnem, psihičnem in socialnem področju. Zato je izrednega pomena znanje, ki ga starši pridobijo že v obdobju pričakovanja svojega otroka, kakor tudi v celotnem obdobju otrokovega odraščanja. Podpora temu pa mora biti dobra organiziranost zdravstvenih služb v skrbi za zdravje otrok in mladostnikov, ki vključuje učinkovito zdravstveno vzgojo in preventivne dejavnosti.

Izboljšanje prakse zdravstvene in babiške nege, ki je usmerjena v posameznika, družino in skupnost, je lahko dosežena s povečanjem integrirane zdravstvene in babiške nege, še posebno ranljivih skupin. Potrebno je krepiti jedro znanja ter spretnosti medicinskih sester in babic, ki delujejo v praksi, z namenom zadovoljevanja spremenjenih potreb populacije in tudi z namenom prilagajanja potrebam strokovne javnosti. Za izvajanje učinkovite, uspešne ter za pacienta varne zdravstvene nege je potrebno razvijanje močnega in usmerjenega partnerstva z ostalimi zdravstvenimi delavci ter drugimi disciplinami, kakor tudi koordinacija različnih virov znotraj zdravstvenega sistema v povezavi s širšim okoljem.

Slovenija je polnovredna in odgovorna članica Svetovne zdravstvene organizacije in je sprejela njeno strategijo. To jo zavezuje v delovanju doma in v sodelovanju z drugimi državami. Zaradi sprememb, ki močno vplivajo na zdravje v 21. Stoletju, se spreminjajo in širijo tudi žarišča delovanja v javnem zdravju. Ob vsem tem je pomembno, da v skrbi za nacionalno zdravje dosežemo kar najboljše rezultate ob vedno bolj omejenih finančnih sredstvih. Na nivoju primarnega zdravstvenega varstva je potrebno poudariti pomen in dobro zasnovano skrb za zdravo populacijo (preventivni programi) in podporo pacientu s kronično boleznijo. Podpreti in okrepiti je potrebno delovanje preventivne dejavnosti v patronažnem zdravstvenem varstvu ter povezati in oblikovati sistem kontinuirane zdravstveno negovalne oskrbe med zdravstveno vzgojnimi centri, referenčnimi ambulantami in patronažno dejavnostjo. Le tako lahko oblikujemo učinkovite preventivne programe, ki bodo smiselni za realizacijo zastavljenih ciljev na področju primarne, sekundarne in terciarne preventive.

V Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca želimo delati na vsebini, ki bi bila usmerjena v razvoj osnovnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov in razvoj zdravstvene nege na primarni ravni, s ciljem po še bolj kakovostni in stroškovno učinkoviti obravnavi z upoštevanjem kriterijev dostopnosti, integralnosti, enakosti in učinkovitosti. V okviru v prihodnosti predlaganih referenčnih ambulant, bi spremljali kazalnike zdravstvenega stanja otrok in mladostnikov o njihovi normalni rasti in razvoju in spremljanju kroničnih nenalezljivih bolezni, kot so: debelost, astma, alergije, zdravje zobovja, bolezni odvisnosti, itd.. Beleženje in prikaz zdravstvenih kazalnikov, ki predstavljajo ključni element delovanja in razvoja smiselno, strateško usmerjenega sistema zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov, bi služili kot diagnostično orodje za ocenjevanje bremena bolezni v tej populaciji. Zbrani in obdelani podatki bi koristili svojemu namenu samo, če bi bili na voljo na ažuren, preprost in hkrati vseobsežen način splošni in strokovni javnosti. Tako bi pripomogli k oblikovanju smiselnih pristopov na področju primarne in sekundarne preventive, na področju katerem opravljajo številne naloge tako zdravniki kot medicinske sestre.

Literatura

1. Filej B. Zdravstvena nega v dispanzerski dejavnosti. *Obzor Zdrav Neg.* 1991; (25): 207–16.
2. Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list RS 1998; 19: 1253–1279.
3. Švab I, Premik M. *Zdravstveni dom: primarno zdravstveno varstvo*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Institut za socialno medicino, 1995: 37–41.
4. Verlak L. Vloga medicinske sestre pri sistematičnem pregledu otroka [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka šola za zdravstvene vede, 2003.
5. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije št. 36/2004.
6. Završnik J. Pediater na primarni ravni zdravstvenega varstva. V: Zbornik predavanj XV. srečanja pediatrov in II. srečanja medicinskih sester z mednarodno udeležbo. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, 2005: 156.
7. Zorec J. Zdravstvena nega zdravega in bolnega otroka. Maribor: Obzorja, 2005.

Vloga prehrane pri preprečevanju in zdravljenju nealkoholne zamaščenosti jeter

The role of nutrition in preventing and treating non-alcoholic fatty liver disease

Mateja Martinc, Tamara Poklar Vatovec in Mihaela Jurdana

Povzetek

Nealkoholna zamaščenost jeter (NAFLD) se pogosto pojavlja med populacijo razvitega zahodnega dela sveta, ki ne uživa večjih količin alkohola. NAFLD spremljajo še druge bolezni, ki vplivajo na razvoj in potek bolezni, kot so sladkorna bolezen, presnovni sindrom, inzulinska rezistenca, hipertrigliceridemija, visok krvni tlak in čezmerna telesna masa. Zaradi načina življenja, ki vključuje premalo telesne aktivnosti, ter nepravilnega prehranjevanja in ostalih zunanjih dejavnikov, je nealkoholna zamaščenost jeter čedalje bolj pogosta že pri otrocih. V nadaljevanju so s pregledom literature povzeti vzroki, ki privedejo do nealkoholne zamaščenosti jeter in zapisane ugotovitve, kako nepravilen način prehranjevanja vpliva na nastanek in potek bolezni. Podanih je nekaj smernic, kako se lahko s spremenjenim načinom življenjskega sloga bolezen prepreči, nefarmakološko zdravi in izboljša način prehranjevanja pri pacientih z nealkoholno zamaščenostjo jeter.

Ključne besede: nealkoholna zamaščenost jeter, prehranjevanje, življenjski slog, zdravljenje.

Abstract

The non-alcoholic fatty liver disease is frequently present amongst the modern society's elder population which does not consume large amounts of alcohol. The disease's development can be influenced by other diseases, such as diabetes, the metabolic syndrome, insulin resistance, hypertriglyceridemia, high blood pressure, and obesity. Due to and unhealthy lifestyle, which consists of insufficient physical activity, an unhealthy diet, and other external factors, the non-alcoholic fatty liver disease is increasingly frequent amongst children. The purpose of this work is examine the causes leading to non-alcoholic fatty liver disease, and find out how an unhealthy diet may lead to the development of this disease. The goal of this work is to research and describe how the disease can be avoided by choosing a different lifestyle, and how it can be treated with alternative medical practices. Furthermore, improving the patient's diet in order to suit his needs is also of interest.

Keywords: non-alcoholic fatty liver disease, nutrition, lifestyle, medical treatment.

Uvod

Jetra so največja prebavna žleza in osrednji organ presnove v človeškem telesu, ki je nenadomestljiv in edini v telesu s sposobnostjo obnavljanja. Opravljajo številne življenjsko pomembne in zapletene naloge, ki jih človeško telo ne zmore opraviti samo, celicam zagotavljajo prilagojeno oskrbo z življenjsko pomembnimi snovmi, razstrupljajo telo, poleg tega imajo jetra pomembno vlogo pri vzdrževanju stalne koncentracije glukoze, shranjevanju vitaminov in elementov, navajajo Arnau (1), Williams (2) in Zajc (3). Značilnost nealkoholne zamaščenosti jeter (v nadaljevanju NAFLD) je kopičenje maščob v jetrnih celicah pri osebah, ki ne uživajo čezmernih količin alkohola. Košnik in sod. (4) navajajo, da se NAFLD loči od alkoholne zamaščenosti jeter le s pomočjo anamneze o količini zaužitega alkohola, ki ne sme biti večja od 20 do 30 g čistega alkohola na teden. Z dodatnimi biokemijskimi, virološkimi in imunoserološkimi preiskavami pa se izključijo še druge možnosti jetrnih obolenj. Po mnenju Vernona in sod. (5) je NAFLD pogost vzrok kroničnega jetrnega obolenja, ki je razširjeno po vsem svetu in se z naraščanjem epidemije debelosti še povečuje, posledično pa postaja nealkoholni steatohepatitis (NASH) najbolj pogosta napredujoča jetrna bolezen v prihodnosti. Prevalenca NAFLD je najvišja pri populaciji s prisotnima presnovnima dejavnikoma, kot sta debelost in sladkorna bolezen tipa 2.

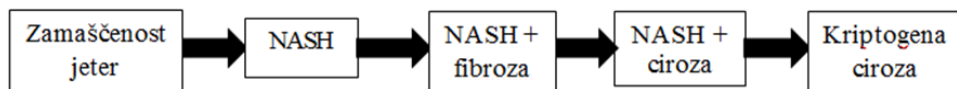
Namen

Čeprav znanost ne pozna dejanskih vzrokov, kako se bolezen razvije, so Košnik in sod. (4) prišli do ugotovitev, da je povezana z uživanjem neakovostne hrane, polne slabih maščob, tudi neprimerne kombiniranja jedi ali uživanja hrane v (pre)velikih količinah. K temu lahko dodamo še pomanjkanje gibanja, dolgotrajno izpostavljanje negativnim vplivom iz okolja, kot so na primer stres, tobačni dim in onesnaženost zraka, kar povzroča napredovanje bolezni. Nealkoholna zamaščenost jeter (NAFLD) je čedalje pogostejše obolenje modernega sveta. Vodilno mesto ima še vedno ZDA, vendar Evropa dokaj hitro sledi trendu in prehranskemu stanju populacije, kar je zelo zaskrbljujoče. Prav zaradi spremenjenega načina življenja in posledično slabšanja zdravja populacije je namen prispevka, s pregledom literature in uporabo internetnih virov povzeti vpliv prehrane na nastanek nealkoholne zamaščenosti jeter ter ugotoviti, kako bolezen preprečevati in zdraviti.

Potek bolezni

V nadaljevanju Farrell (6), Adams (7) in Pachos (8) navajajo, da je za NAFLD značilno več stopenj poteka bolezni, ki so navedene na Sliki 1, saj se pacienti načeloma ob postavitvi diagnoze odločijo za spremembo življenjskega sloga, s čimer spremenijo potek bolezni. Če se že v mladosti delajo zametki zamaščenosti jeter in je kasneje NAFLD prisotna dalj časa, bo to vplivalo na razvoj jetrnih obolenj v srednjih letih in kasneje. Načeloma pa starost korelira z napredovanjem bolezni in če to vzamemo kot kazalec poteka bolezni, lahko predvidevamo, da bo jetrno obolenje napredovalo. Od začetne NAFLD lahko bolezen napreduje na naslednjo stopnjo, nealkoholni steatohepatitis (NASH), celoten potek bolezni pa je prikazan na Sliki 1. Poškodba jeter z NASH je podobna alkoholnemu NASH, vendar se razvija počasneje in je histološko milejša. Ya-

mada (9), Košnik (4) in Vernon (5) potrjujejo dokaze, da lahko pri osebah z NAFLD napreduje bolezen v NASH že samo s prehitro izgubo telesne mase. Pri spremljanju pacientov se je pokazalo, da se je v času petih let pacientom s steatozo razvilo vnetje z blagimi fibrotičnimi spremembami. Razvoj fibroze pa predstavlja zelo veliko tveganje za nastanek jetrne ciroze in hepatocelularnega karcinoma. Podatki kažejo, da naj bi se jetrna ciroza razvila v roku od 5 do 10 let pri 10 % pacientov. Vernon in sod. (5) navajajo, da Kriptogena ciroza (KC) velja za pregorelo oziroma napredujočo NASH. Pri kar 70 % pacientih s KC so ugotovili, da sta prisotni tudi debelost in sladkorna bolezen tipa 2.



Slika 1: Stopnje razvoja NAFLD (5).

Dejavniki tveganja

Farrell (6) potrjuje, da na razvoj NAFLD vpliva več dejavnikov, ki so med sabo močno povezani, vendar še niso povsem raziskani. NAFLD ni nujno prisoten samo pri ljudeh močnejše postave, ampak je prisoten tudi pri vitkih posameznikih, ki niso tako redki primeri, predvsem v azijskih državah. To potrjuje, da je neprimerno prehranjevanje ključnega pomena za razvoj NAFLD ne glede na telesno maso (TM). Martinc (10) ugotavlja, da so najbolj pogosti dejavniki tveganja za razvoj obolenja debelost, sladkorna bolezen, inzulinska rezistenca, starost, spol, rasa, etičnost, geni, utrujenost, psihosocialno stanje in kakovost življenja.

Zdravljenje

Tolman (11) in Yan (12) navajata, da zdravil za zdravljenje NAFLD ni, se pa uporabljajo zdravila za zdravljenje dejavnikov tveganja, ki posredno vplivajo na obolenje jeter, zato je še posebej potreben nadzor jeter in njihovo opazovanje. Sem spadajo zdravljenje sladkorne bolezni, zdravljenje hiperlipidemije s statini in manjšanje ter nadzor čezmerne telesne mase, telesna vadba, izogibanje alkoholu, obdelava in zdravljenje sočasnih bolezni (kontrola inzulinske rezistence in diabetesa, hiperlipidemija, krvni tlak) z zdravilnimi učinkovinami. Košnik in sod. (4) opozarjajo na pomembnost telesne mase in da osebe s čezmerno telesno maso hujšajo postopoma in ne prehitro (do 1,5 kg na teden), da so gibalne aktivne, tudi ko že dosežejo zeleno telesno maso.

Prehranska dopolnila pri zdravljenju NAFLD

Znano je, da je velik dejavnik tveganja in napredovanja bolezni oksidativni stres. Da se ta prepreči, pa je potrebno neprestano intrahepatsko ravnatežje med reaktivnimi kisikovimi spojinami (ROS) in antioksidanti. Kadar je prisotna steatoza, mitohondrijski ROS z oksidacijo nakopičijo v jetrih maščobe, ki povzročajo peroksidacijo lipidov. To vodi do izčrpanja antioksidativnih encimov, zaradi česar postanejo jetra dovzetna za oksidativne poškodbe. Prav za zmanjšanje oksidativnega stresa je priporočljiva uporaba eksogenih antioksidantov, kot so glutation, vitamin E, vitamin C, beta-karoten in esencialnih elementov cinka in selen, ugotavljajo Al-Busafi in sod. (13).

Nefarmakološko zdravljenje

Da bo zdravljenje NAFLD hitrejše in učinkovitejše, Grünwald (14) in Duke (15) v nadaljevanju priporočajo poseganje po nefarmakoloških metodah zdravljenja, ki izboljšajo in pospešijo zdravljenje in regeneracijo jeter. Sem spadajo razni pripravki (čaji) iz izvlečkov zelišč, ki jih lahko pripravimo sami. Najbolj znana zelišča, ki ugodno vplivajo na jetra in jih lahko pripravimo sami, so: pegasti badelj, artičoka, regrat, bodeča neža, kurkuma, korenje, soja, česen. Seveda moramo upoštevati tudi način uživanja in priprave, da ne pride do protiučinkov in poslabšanja stanja.

Prehranska terapija in priporočila

Namen varovalne in uravnotežene prehrane je spodbujanje obnove jeter, v izogib napredovanju bolezni (16). Matko (17) poudarja, da je pri dieti pomembno, da je sestavljena z manj maščob in ogljikovih hidratov, kar hkrati velja tudi za redukcijsko dieto. S tem namenom se poveča vnos beljakovin in zmanjša vnos enostavnih ogljikovih hidratov, katere nadomestijo sestavljeni ogljikovi hidrati z nizkim glikemičnim indeksom. Odsvetuje uživanje alkoholnih pijač, konzerviranih mesnih in delikatesnih izdelkov, suhega in prekajenega mesa, z maščobami prepojenih sladic in fermentiranih mesnih izdelkov. Odsvetovana je tudi uporaba agresivnih začimb zaradi dražečih snovi in snovi, ki pospešujejo vnetje, kot so gorčica, poper, paprika, hrano se soli v zmernih količinah. Pri prehranski terapiji v nadaljevanju Conlon in sod. (18) poudarjajo pomembnost preprečevanja bolezni in skrb za telesno maso. Iz tega vidika je pomemben vnos polnozrnatih izdelkov in žit, sadja, zelenjave, mleka in mlečnih izdelkov z nizko vsebnostjo maščob. Za izgubo telesne mase priporočajo prehrano z nizkim vnosom ogljikovih hidratov (do 40 %) ali prehrano z nizkim vnosom maščob (do 30 %). Prehrana z nizkim vnosom ogljikovih hidratov, je kratkoročno bolj učinkovita pri hujšanju kot, prehrana z manj maščob, obe pa imata zelo podobne dolgoročne koristi na zdravje. Pri tem je potrebno upoštevati, da omejevanje skupnih ogljikovih hidratov, manj kot 130 g na dan ni priporočljivo za osebe s sladkorno boleznijo. Način prehranjevanja zahodnega sveta je dober vzorec za nastanek NAFLD, saj vsebuje veliko nasičenih maščobnih kislin (MK) in nizek vnos n-3 MK, (kar vpliva na oksidativni stres), prostih maščobnih kislin, nižjo ravno peroksisomskega proliferatorja aktivirajočega receptorja tipa gama (PPAR γ) in izčrpavanjem večkrat-nenasičenih MK. Dokazano je, da previsok in prenizek vnos nasičenih MK negativno vpliva na obolenje, zato je najbolj primeren vnos nasičenih MK od 6 do 10 %, enkrat-nenasičenih MK do 25 % in povečanim vnosom n-3 MK. Prehrana z več n-3 MK in enkrat-nenasičenimi MK igra pomembno vlogo pri preprečevanju in zdravljenju NAFLD ter izboljšanju presnove lipidov, steatoze, hipertrigliceridemije in inzulinske rezistence. Conlon in sod. (18) pri tem omenjajo mediteranski način prehranjevanja z manjšim vnosom ogljikovih hidratov in več enkrat-nenasičenih MK, sadja, zelenjave, stročnic, oljčnega olja, oreščkov in rib z n-3 MK. Pacienti si lahko pomagajo tudi z dopolnilom vitamina E, ki deluje kot močan antioksidant. Pri NAFLD dieti, navajajo Nemško prehransko društvo (19), OPKP (20) in Inštitut za nutricionistiko (21) pomembnost vnosa esencialnih maščobnih kislin, kot sta n-6 MK (linolna kislina) in n-3 MK (α -linolenska kislina), ki jih telo ne more samo sintetizirati. Esencialne MK so nujne za normalno delovanje organizma, sodelujejo pri tvorbi in delovanju hormonov,

zaviranju vnetnih procesov in izboljšanju bolezenskih znakov. Pri tem moramo upoštevati tudi pravo razmerje med n-6 in n-3 MK, ki je lahko največ 5 : 1.

Zaključek

Vedno bolj pogost pojav nealkoholne zamaščenosti jeter je največkrat pogojen z dolgotrajnim nespremenjenim, nezdravim načinom življenja, ki vključuje premalo gibalne aktivnosti, nezdrav način prehranjevanja, prisotnost nekaterih bolezni in vplive iz okolja. Zdravil, ki bi konkretno vplivala na zamaščenost jeter, še ni, zato je treba vključevati ne-farmakološke metode in se ravnati po principu preprečevanja dejavnikov tveganja in zdravljenja drugih prisotnih bolezni. Prehranjevanje in dieta naj bosta pri zdravljenju nealkoholne zamaščenosti jeter prilagojena potrebam posameznika (energijsko) po principu varovalne prehrane z manj maščob, sestavljenimi ogljikovimi hidrati, zadostno vsebnostjo prehranskih vlaknin in beljakovin.

Literatura

1. Arnau E. Človeško telo: vodnik po človeškem telesu. 2. natis. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 2001: 12, 19.
2. Williams F, Brewer D, Smith T, Youngson MR, Jackson A, Payne F, Sahota P. Vodnik po telesu: ilustrirani priročnik o zgradbi, delovanju in boleznih človeškega telesa. Ljubljana: DZS, d.d., 1995: 103, 160–161.
3. Zajc S, T El Shawish (2011). Jetra. <http://www.lekarnaljubljana.si/si/aktualno/farmacevt-svetuje/clanek/strokovni-clanek-jetra> <25. 9. 2012>.
4. Košnik M, Mrevlje F, Štajer D, Černelč P, Koželj M. Interna medicina. 4. izd. Ljubljana: Littera picta: Slovensko medicinsko društvo, 2011: 631–724.
5. Vernon G, Baranova A, Younossi MZ. Systematic review: the epidemiology and natural history of non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis in adults. *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 34(3): 274–85.
6. Farrell GC, McCullough AJ, Day CP. Non-Alcoholic Fatty Liver Disease: a Practical Guide. 2nd ed. Chicester: Wiley, 2013.
7. Adams LA, Lymp JF, St Sauver J, Sanderson SO, Lindor KD, Feldstein A, Angulo P. The natural history of nonalcoholic fatty liver disease: a population-based cohort study. *Gastroenterol* 2005; 129(1): 113–21.
8. Paschos P, Paletas K. Non alcoholic fatty liver disease and metabolic syndrome. *Hippokratia* 2009; 13(1): 9–19.
9. Yamada T. Textbook of Gastroenterology, 2 Volume Set. 5th ed. Wiley-Blackwell, 2008.
10. Martinc M. Vloga prehrane pri preprečevanju in zdravljenju nealkoholne zamaščenosti jeter [diplomsko delo]. Izola: Fakulteta za vede o zdravju Izola, 2014: 6–10.
11. Tolman KG, Dalpiaz AS. Treatment of non-alcoholic fatty liver disease. *Ther Clin Risk Manag* 2007; 3(6): 1153–63.
12. Yan E, Durazo F, Tong M, Hong, K. Nonalcoholic Fatty Liver Disease: Pathogenesis, Identification, Progression, and Management. *Nutr Rev* 2007; 65(8): 376–384.
13. Al-Busafi SA, Bhat M, Wong P, Ghali P, Deschenes M. Antioxidant therapy in nonalcoholic steatohepatitis. *Hepat Res Treat* 2012; 2012(947575): 1–8.

14. Grünwald J, Jänicke C. Zelena lekarna. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2006: 100, 215–216.
15. Duke JA, Castelman M. Zelena lekarna: zelišča, hrana in recepti, ki nas ohranjajo zdrave in mlade. Ljubljana: Arkadija, 2005.
16. Pokorn D. Dietna prehrana bolnika. Ljubljana: Marbona, 2004.
17. Matko I, Pirc J. Dieta pri jetrih in žolčnih obolenjih. 2. izdaja. Ljubljana: Založba Centralnega zavoda za napredek gospodinjstva, 1979: 7–144.
18. Conlon BA, Beasley JM, Aebersold K, Jhangiani SS, Wylie-Rosett J. Nutritional Management of Insulin Resistance in Nonalcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD). *Nutrients*. 2013; 5(10): 4093–4114.
19. Nemško prehransko društvo. Referenčne vrednosti za vnos hranil. 1. izd. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2004.
20. OPKP - Odprta platforma za klinično prehrano. Energija. <http://www.opkp.si/> <8. 9. 2014>.
21. Inštitut za nutricionistiko. Zdrava prehrana. <http://www.nutris.org/> <7. 10. 2014>.

Mnenje staršev o cepljenju predšolskih otrok

Parents opinion about vaccinations for preschool children

Vesna Pereza in Tamara Štemberger Kolnik

Povzetek

Izbodišča: Zgodovina cepljenja otrok v Sloveniji sega že več kot dvesto let nazaj, s cepljenjem proti črnim kozam, ki so danes uspešno izkoreninjene. Prav zaradi uspešnega preprečevanja nalezljivih bolezni se še danes zakonsko opredeljuje cepljenje za predšolske in šolske otroke. Namen prispevka je predstaviti različne poglede staršev predšolskih otrok na obvezno cepljenje. *Metode:* Izvedena je bila kvantitativna raziskava. Podatke smo zbirali s pomočjo anketnega vprašalnika. Zastavili smo si dva raziskovalna vprašanja: Kolikšno je zavedanje staršev o prednostih in slabostih obveznega cepljenja proti nalezljivim boleznim? ter Kaj vpliva na odločitev staršev glede obveznega cepljenja otrok proti nalezljivim boleznim? V vzorec smo zajeli starše dveh dispanzerjev za predšolske otroke, ki bodo v času anketiranja pripeljali svoje otroke na zdravniški pregled. *Rezultati:* Anketirani so v večini mnenja, da bi moralo biti cepljenje prostovoljno. Strinjajo se tudi, da je potrebno pred cepljenjem starše seznaniti z vsemi morebitnimi prednostmi in zapleti ob cepljenju otroka. Anketiranci so mnenja, da bi tovrstne informacije lahko dobili od medicinske sestre. Najpogosteje je vzrok za necepljenje otrok drugačno prepričanje in življenjski slog staršev. *Diskusija in zaključki:* Danes se nekonvencionalni pristopi vključujejo v zdravljenje, ker so sprejemljivi za določen delež populacije. Seveda je potrebno s strani zdravstvenih delavcev sprejeti tovrstna prepričanja staršev in z ustrezno zdravstveno vzgojo, na strokovnem znanju in znanstvenih dokazih temelječe predstaviti staršem prednosti in slabosti cepljenja. Le tako lahko v nadalje poskušamo obdržati visoko precepljenost populacije.

Ključne besede: cepljenje, medicinske sestre, informiranost

Abstract

Background: The history of vaccination of children in Slovenia goes back more than two hundred years with vaccination against smallpox which is now successfully eradicated. Due to the successful prevention of infectious diseases, pre-school and school children are legally obligated to vaccinate even today. The purpose of this paper is to present different views of parents of preschool children to mandatory vaccination. *Methods:* We

performed a quantitative survey. Data was collected using a questionnaire. We have set two research questions: What is the awareness of parents about the pros and cons of mandatory vaccination against infectious diseases? And what affects the decision of parents regarding mandatory vaccination of children against infectious diseases? The sample included parents from two clinics for preschool children who brought their children to a medical examination. *Results:* The majority of respondents agreed that vaccination should be voluntary. They also agreed that parents should be informed about all the pros and cons of child vaccination. Respondents were of the opinion that such information could be given to them by a nurse. Most often, the reasons for unvaccinated children are different beliefs and lifestyles of their parents. *Discussion and conclusions:* Today, unconventional approaches that are acceptable to a part of the population are often being used in the treatment. It is necessary for health professionals to accept such beliefs and to present with expertise all the pros and cons of child vaccination, based on scientific evidence, to the parents. This is the only way we can further try to maintain high vaccination coverage of the population.

Key words: vaccination, nurses, information

Uvod

Zgodovina cepljenja v svetu sega v 18. stoletje, ko se je učinkovito začelo izvajati cepljenje proti črnim kozam. V letu 1800 je Svetovna zdravstvena organizacija proglasila izkoreninjenje črnih koz, kar nakazuje, da je doseglo cepljenje velike uspehe v zgodovini medicine in hkrati tudi med največja upanja za medicino prihodnosti. V Sloveniji sega program cepljenja že v leto 1800, ko se je kljub izkoreninjen črnim kozam cepljenje kot preventivna aktivnost nadaljevalo. Do danes se je program obveznega cepljenja razširil na kar nekaj cepljenj proti različnim nalezljivim boleznim (oslovski kašelj, ošpice, mumps, otroška paraliza, rdečke, tetanus in druge), prav tako pa so v Sloveniji uvedena neobvezna cepljenja (klopni meningitis, gripa, humani papilom virus in drugi) (1). S cepljenjem se v telo vnesejo oslABLJENE ali uničene bakterije, viruse ali njihove sestavine z namenom izzvati postopek krepitev telesnega imunskega sistema. Cepiva ne morejo sprožiti nastanka bolezni, ampak le spodbujajo imunski sistem, da izdelata zaščitna protitelesa nalezljive bolezni, za katero smo cepili posameznika (2). Širjenje nalezljivih bolezni in s tem nastanek epidemij posameznega obolenja je mogoče preprečiti le z zadostno stopnjo precepljenosti prebivalstva (3). Slovenija je ena od demokratičnih držav, ki ima enega izmed najstrožjih sistemov, kjer je cepljenje za 9 bolezni obvezno (1). Zakon o nalezljivih boleznih (4) v Sloveniji opredeljuje obvezni in neobvezni program cepljenja ter poudarja, da ima vsakdo: »pravico do varstva pred nalezljivimi boleznimi in bolnišničnimi okužbami ter dolžnost varovati svoje zdravje in zdravje drugih pred temi boleznimi«. S tem opozarja na posameznikovo odgovornost do lastnega in kolektivnega zdravja. Z rednim cepljenjem v otroški dobi je možno preprečiti prevalenco nalezljivih bolezni in s široko precepljenostjo populacije obvarovati tiste, ki zaradi različnih vzrokov ne morejo biti cepljeni (5). Zaradi visokega deleža cepljenih otrok se v Sloveniji nekatere nalezljive bolezni ne pojavljajo več ali pa se je njihova prevalenca bistveno znižala (6). Precepljenost predšolskih otrok proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, hemofilusu, otroški paralizni je bila v letu 2011 v pretežnem delu regij v Sloveniji nad 95 odst.

tna, kar zadostuje za zagotavljanje kolektivne imunosti (6). Danes se veliko govori o morebitnih škodljivih učinkih cepljenja na zdravje otrok, zato se mnogo staršev odloča za ne cepljenje svojih otrok. O opustitvi obveznega cepljenja lahko v Sloveniji, skladno z 22. a členom Zakona o nalezljivih boleznih (4) ugotavlja le zdravnik, ki to stori, kadar ugotovi morebitne razloge, zaradi katerih bi se zdravstveno stanje otroka lahko trajno poslabšalo. V Evropski uniji in v svetu države cepljenje prepuščajo odgovornosti in odločitvi staršev. Tako je v Avstriji, Švedski, Finski, Portugalski, Švedski, Veliki Britaniji, Belgiji, Luksemburgu, na Danskem, kakor tudi v Švici, Avstraliji, Japonski (7). Freed in sodelavci (8) ugotavljajo, da je zavrnitev cepljenja otrok s strani staršev iz leta v leto več. Le te so najpogosteje povezane s pomisleki staršev glede zgodnjih reakcij otroka na cepljenje in bolečine ob aplikaciji injekcije. Salmon in sodelavci (9) potrjujejo, da je najpogostejši razlog, da se starši ne odločijo za cepljenje svojih otrok, prav zaskrbljenost staršev, da bi cepivo otroku lahko škodovalo. Prav tako avtorji zaznavajo, da so starši necepljenih otrok manj zaupljivi do potrebnosti in učinkovitosti cepljenja. Straton in sodelavci (7) povzemajo poročilo raziskave, s katero so na objavljenih in neobjavljenih virih proučevali povezanost cepljenja z nastankom drugih neželenih stanj. Proučili so 38 možnih zapletov. Pri petih so izključili možnost, pri 33 pa niso mogli z gotovostjo ne potrditi ne ovreči morebitne povezave (7).

Metode dela

Na podlagi pregleda literature s področja cepljenja predšolskih otrok smo se odločili, da izvedemo kvalitativno raziskavo. Raziskavo bomo izvedli z namenom proučevanja vzrokov za odločitve staršev v povezavi s cepljenjem predšolskih otrok. Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja: kolikšno je znanje staršev o prednostih in slabostih obveznega cepljenja proti nalezljivim boleznim? ter Kaj vpliva na odločitev staršev glede obveznega cepljenja otrok proti nalezljivim boleznim?

Raziskovalni instrument

Za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda literature. Vprašalnik je vseboval demografske podatke, nato pa smo ga razdelili v tri sklope. V prvem sklopu smo se osredotočili na poznavanje zakonodaje glede cepljenja, v drugem delu smo se usmerili v pridobivanje informacij glede cepljenja in v tretjem delu v odločanje staršev o cepljenju njihovih otrok.

Vzorec

Anketiranje smo izvedli v treh dispanzerjih za predšolske otroke. Anketirali smo naključno zbrane starše, ki so obdobju anketiranja pripeljali svoje otroke v dispanzer. V vzorec je zajetih 60 anketirancev (starši otrok), 20 anketirancev iz vsake enote. Ankete je izpolnilo 87 % žensk in 13 % moških. Največ anketirancev, to je 77 % bilo starih med 31-45 let, 13 % anketirancev je bilo starih med 18-30 let in 10 % je bilo starih med 46-60 let. Največje število anketirancev, to je 39 %, je imelo IV. ali V. stopnjo (srednjo šolo), 28% anketirancev je imelo univerzitetno izobrazbo, 18 % anketirancev je imelo poklicno šolo, 13 % anketirancev višjo ali visoko šolo in 2 % ali le en anketiranec osnovno šolo. Najstarejše otroke (6 let ali več) je imelo 40 % anketiranih je imelo otroka starega 6 let ali več, 34 % anketiranih je imelo otroka starega med 0-2 leti in 26 % anketiranih je ime-

lo otroka starega med 3-5 let. Šest staršev je imelo več kot enega otroka, zato je posledično v analizo rezultatov vključenih 70 otrok.

Potek raziskave

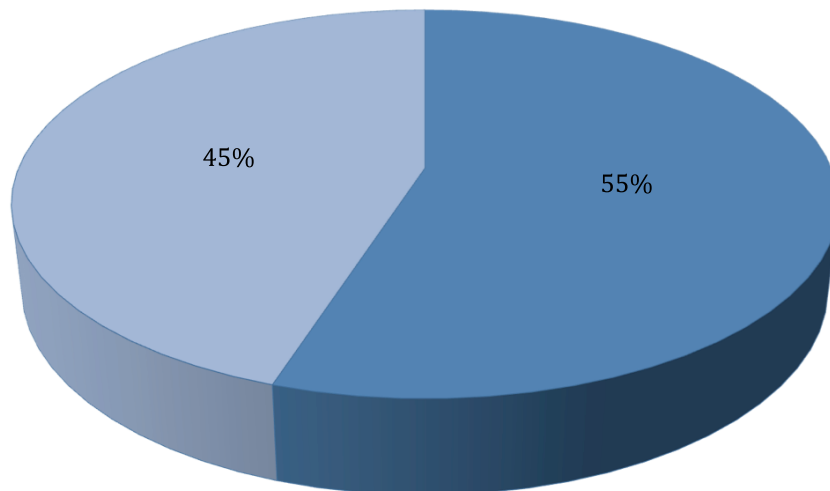
Raziskavo smo izvedli v treh dispanzerjih za predšolske otroke. Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje s strani nosilca koncesije. Anketiranje je potekalo v času od začetka novembra do sredine decembra 2014. Pred izvedbo anketiranja smo pridobili tudi soglasje posameznega anketiranca. Zbrane podatke smo vnesli v elektronsko bazo podatkov, ki smo jo obdelali s programom Excel za okolje Windows. V nadaljevanju predstavljamo rezultate.

Rezultati

Rezultate predstavljamo po sklopi, ki smo jih opredelili v vprašalniku.

Seznanjenost z zakonodajo

Večina, 85 % anketiranih je potrdilo, da so seznanjeni z zakonodajo o obveznem cepljenju otrok proti nalezljivim boleznim, le 15 % anketiranih ni seznanjenih z zakonodajo o obveznem cepljenju otrok proti nalezljivim boleznim. v nadaljevanju smo anketirancem navedli nekaj bolezni, proti katerim je v Sloveniji cepljenje obvezno, le 31 staršev je navedlo, da vsi naštetih odgovori opredeljujejo bolezen, za katero je z zakonodajo predpisano obvezno cepljenje v Sloveniji. Zanimalo nas je, če bodo anketirani pravilno opredelili število bolezni, za katere je predpisano obvezno cepljenje. Da je z zakonom predpisano cepljenje za 6-9 bolezni, je prepričanih le 37% anketiranih, ostali so se opredelili

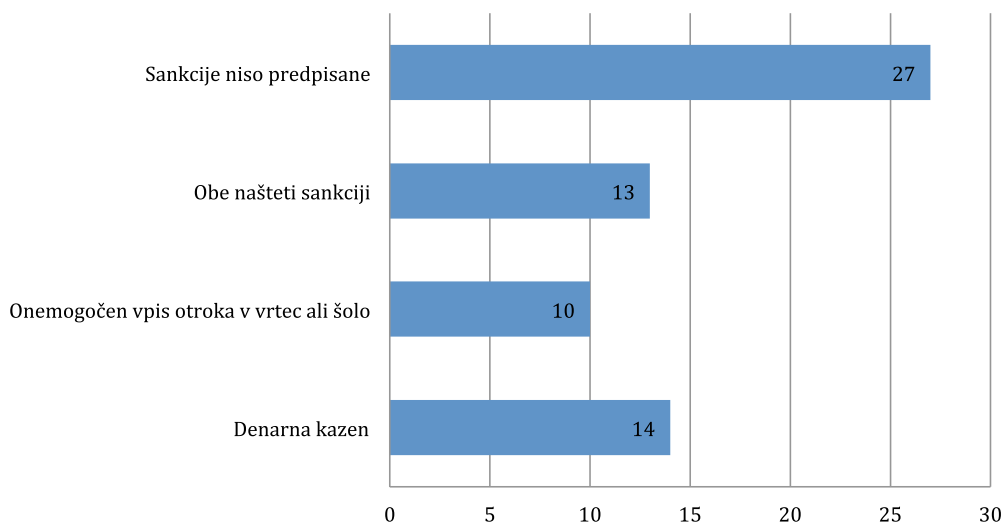


- Da, strinjam se zakonodaja mora dopuščati prostovoljno cepljenje otrok
- Ne, cepljenje mora biti z zakonodajo predpisano

Slika 1: Prostovoljno cepljenje da ali ne

za manj. Slika 1 prikazuje mnenje anketirancev glede prostovoljnega cepljenja. Malenkost več kot polovica (55%) anketiranih je mnenja, da bi cepljenje moralo biti prostovoljno, torej bi bila odločitev na starših.

Na Siki 2 prikazujemo odgovore staršev na vprašanje glede odgovornosti (sankcij) v zakonodaji do tega, da so otroci necepljeni. Večina anketirancev (27) meni, da v Sloveniji z zakonodajo niso predpisane sankcije za starše, ki ne cepijo otrok. V manjšem številu so anketiranci seznanjeni, da starši lahko dobijo denarno kazen ter da je za vpis v vrtec in šolo potrebno, da je otrok cepljen.



Slika 2: V zakonodaji opredeljene sankcije za starše, ki ne cepijo otrok

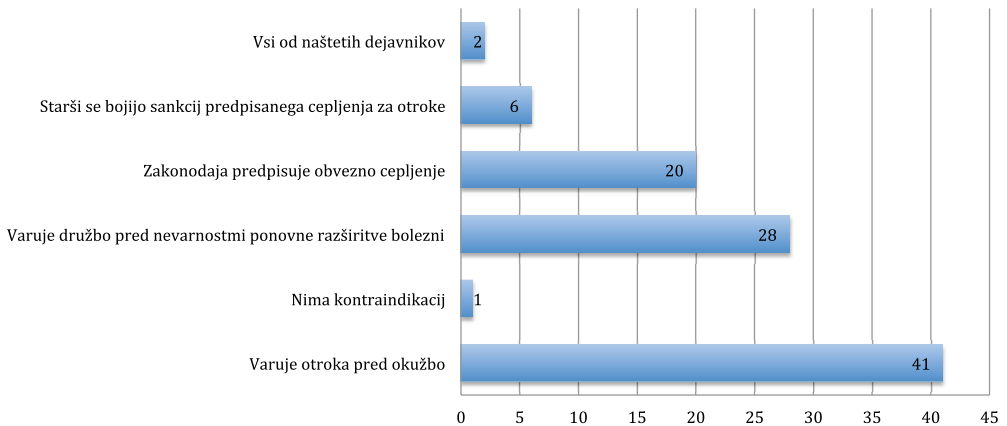
Pridobivanje informacij

Največ informacij o cepljenju otroka anketiranci (47) dobijo od zdravnika, poleg tega so 21krat navedli, da so informacije dobili od medicinske sestre, 20 krat z interneta, 16krat s časopisa in strokovne literature. Izreden pomen anketiranci (97%) nakazujejo poznavanju koristi, zapletov in težav ob obveznem cepljenju otrok proti nalezljivim boleznim. Prepričanje, da niso dovolj informirani o koristi, zapletov in težav ob obveznem cepljenju otrok proti nalezljivim boleznim, je izrazilo 65% odstotkov anketiranih. Največ anketiranih, to je 34, je bilo mnenja, da bi morali pridobiti več neodvisnih informacij o cepljenju, koristih in tveganjih, povezanih z obveznim cepljenjem otrok proti nalezljivim boleznim pri medicinski sestri, ob prejemu datuma za cepljenje otroka in 20 anketiranih je menilo, da bi informacije lahko pridobili v materinski šoli. 16 anketiranih je menilo, da bi morali pridobiti največ neodvisnih informacij o cepljenju v porodnišnici kot pisno informacijo ob rojstvu otroka in 6 anketiranih je menilo drugo: pri pediatru, v medijih.

Odločitev staršev za obvezno cepljenje otrok

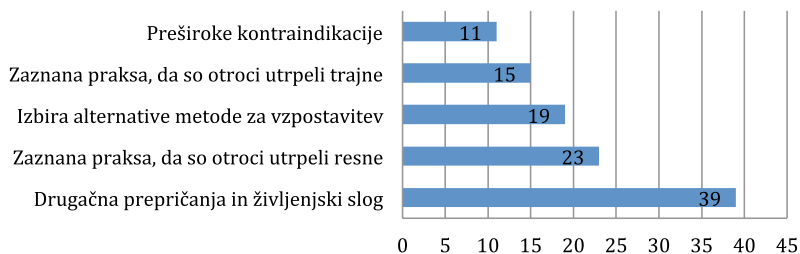
Največ anketiranih, to je 41, je bilo mnenja, da dejavnik varuje otroka pred okužbo, vpliva na odločitev staršev, da otroka cepijo proti nalezljivim boleznim, 28 anketiranih meni, da odtehta dejstvo, da cepljenje varuje družbo pred nevarnostmi ponovne razširi-

tve bolezni. Za 20 anketiranih je dejavnik zakonodaja predpisuje obvezno cepljenje, za 6 anketirancev je dejavnik starši se bojijo sankcij predpisanega cepljenja za otroke in za 1 anketiranca je dejavnik nima kontraindikacij, kar prikazujemo na Sliki 3.



Slika 3: Dejavniki, ki pripomorejo k odločitvi, da otroka starši cepijo

Na Sliki 4 prikazujemo razloge, zakaj se starši odločijo, da otrok ne cepijo. Največ anketiranih, to je 38, je navedlo odgovor, da je razlog, zaradi katerega starši v Sloveniji odklanjajo obvezno cepljenje otrok proti nalezljivim boleznim, v drugačnem prepričanju in življenjskem slogu staršev. 23 anketiranih je navedlo razlog zaznana praksa, da so otroci utrpeli resne stranske učinke, za 19 anketiranih je navedlo razlog v izbiri alternativne metode za vzpostavitev imunosti, ki jih nudijo gibanja proti cepljenju otrok. Za 15 anketiranih je razlog v zaznani praksi, da so otroci utrpeli trajne posledice ali celo smrt in za 11 anketirancev je razlog v preširokih kontraindikacijah.



Slika 4: Razlogi za zavrnitev obveznega cepljenja otrok proti nalezljivim boleznim

Devetdeset odstotkov (54) anketiranih se je osebno odločilo za obvezno cepljenje svojega otroka proti nalezljivim boleznim. Le 10% (6) anketiranih se za obvezno cepljenje ni odločilo. Med glavne razloge, da so se odločili za obvezno cepljenje otroka, so anketirani navedli: se bojim prevzeti odgovornost, če bi otrok zbolel za katero od nalezljivih bolezni; mislim, da je to logično; ker je obvezno. Drugim staršem bi obvezno cepljenje priporočilo 83% (50) anketiranih, 17% (10) anketiranih obvezno cepljenje otroka proti nalezljivim boleznim ne bi priporočilo drugim staršem.

Diskusija

Stratton in Howe (10) pravita, da je cepljenje otrok predvsem eden od pokazateljev javno zdravstvenega stanja v dvajsetem stoletju. Predstavlja namreč preventivo in obvladovanje nalezljivih bolezni. Kot ključno avtorja vidita usmerjenost v precepljenost populacije otrok mlajših od dveh let. Razvoj in uporaba cepiv predstavlja enega od največjih dosežkov medicine, ki je pripomogel k zmanjšanju obolevnosti in smrtnosti med dojenčki in otroki (1). Slovenija je edina demokratična država, ki ima enega izmed najstrožjih sistemov, kjer je predpisano obvezno cepljenje otrok za 9 nalezljivih bolezni (6). Starši, ki smo jih anketirali so v 85% seznanjeni z zakonodajo in obveznim cepljenjem otrok, v 55% so prepričani, da bi bilo bolj smiselno opredeliti cepljenje otrok kot prostovoljno, tako kot je to v večini držav po svetu. Skoraj polovica staršev navaja, da ne pozna sankcij, ki jih zakonodaja predpisuje za starše, ki ne cepijo svojih otrok. Starši torej ne vedo, da jih lahko doleti denarna kazen ali da otroka ne morejo vpisati v vzgojno varstvene ustanove ali šole (4). Seveda je za starše izrednega pomena informiranost glede samega cepljena in prednosti ter slabosti glede njega. Večina anketiranih staršev (97%) meni, da je pomembno že pred cepljenjem poznati koristi, stranske učinke in zaplete, povezane z obveznim cepljenjem otrok proti nalezljivim boleznim. Le 45% pa jih meni, da so dobili dovolj informacij. Ključna oseba, od katere so anketirani starši pridobivali informacije, je zdravnik, navajajo pa, da pričakujejo pridobivanje informacij s strani medicinskih sester in že v času obiska v šoli za bodoče starše. Na odločitev staršev glede obveznega cepljenja otrok proti nalezljivim boleznim najpogosteje vpliva vedenje, da cepljenje omogoča varovanje otroka pred okužbo z nalezljivo boleznijo. Freed in sodelavci (11) so ugotovili, da čeprav starši večinoma delijo prepričanje, da so cepiva dober način za zaščito otrok pred nalezljivo boleznijo, izražajo zaskrbljenost glede morebitnih škodljivih učinkov cepiva. Velikokrat pa ti isti starši dvomijo v varnost novejših cepiv in kljub veliki množici informacij pogosto le te ne dosežejo ključnih staršev, ki bi jih potrebovali. Najpogostejši razlog, ki ga anketirani starši navajajo kot razlog za zavrnitev cepljenja, je drugačno prepričanje in življenjski slog staršev necepljenih otrok. Navkljub vsemu navedenemu so se v 90% anketirani starši odločili za cepljenje svojega otroka. Med glavne razloge, da so se odločili za obvezno cepljenje otroka, so anketirani starši navedli, da se bojijo prevzeti odgovornost, če bi otrok zbolel za katero od nalezljivih bolezni ter da se jim zdi logično - ker je obvezno. Seveda pa lahko po pregledu literature rečemo, da v našem vzorcu nismo dosegli zadostne odstotne vrednosti precepljenosti otrok, ki bi zagotovila varno imunizacijo populacije, saj je za to potrebna vsaj 95% precepljenost otrok (6).

Zaključek

Cepljenje še vedno predstavlja učinkovito zaščito pred izbruhom nenalezljivih bolezni, predvsem v ranljivih populacijah, kamor uvrščamo predšolske otroke. Sami anketiranci so izpostavili pomen zdravstvene vzgoje (vzgoje za zdravje) s strani medicinskih sester, ki lahko tudi na področju cepljenja v javno zdravstvenem sistemu pripomorejo k smiselni odločitvi staršev. Tako v dispanzerjih kot v okviru šole za bodoče starše bi se lahko izvajale aktivnosti usmerjene v ozaveščanje staršev o pomenu cepljenja, njegovih pred-

nostih in morebitnih zapletih ob samem cepljenju otrok. Tako bi starš lahko na podlagi strokovnih usmeritev sprejeli odgovorno odločitev za cepljenje svojih otrok.

Literatura

1. Kraigher A, Ihan A, Avčin T. Cepljenje in cepiva, dobre prakse cepljenja. Ljubljana: Institut za varovanje zdravja, 2011; 14–20.
2. Inštitut za varovanje zdravja (2011). Cepljenje otrok 2011: 1–8. http://www.imi.si/pedagoska-dejavnost/sodelavci/alojz-ihana/pedagoska_fajli/Cepljenje%20-%20knjiga.pdf.
3. Inštitut za varovanje zdravja (2014). Pogoste zmotne trditve o cepljenju in odgovori nanje. <http://img.ivz.si/janez/2092-5677.pdf> <2.7.2014>.
4. Zakon o nalezljivih boleznih, Urad. l. RS, št. 33/2006; 3488.
5. Kraigher A, Ihan A, Avčin T. Cepljenje in cepiva, dobre prakse cepljenja. Ljubljana: Institut za varovanje zdravja, 2011.
6. Ministrstvo za zdravje (2013). Program cepljenja in zaščite z zdravili za leto 2013. http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/varnost_hrane/razno/program_2013_k.b.pdf <22.6.2014>.
7. Stratton K, Ford A, Rusch E, Clayton EW. Adverse Effects of Vaccines: evidence and Causality. *JAMA*. 1994; 271(20): 1602–1605.
8. Freed GL, Clark SJ, Hibbs BF, Santoli JM. Parental Vaccine Safety Concerns. The experiences of Pediatricians and Family Physicians. *Am J Pred Med* 2004; 26(1): 11–14.
9. Salmon DA, Moulton LH, Omer SB, DeHart MP, Stokley S, Halsey NA. Factor Associated with refusal of childhood vaccines among parents of school-aged children: A case-control study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159(5): 470–476.
10. Stratton KR, Howe CJ, Johnston RB. Adverse Events Associated with Childhood Vaccines. Evidence Bearing on Causality. Washington: Institute of Medicine, 1994.
11. Freed GL, Clark SJ, Butchart AT, Singer DC, Davis MM. Parental Vaccine Safety Concerns in 2009. *Pediatrics*; 2010; 125 (4): 654–659.

Učinkovitost zdraviliške obravnave otroka z astmo

The effectiveness of therapeutic spa treatment in a child with asthma

Melita Peršolja in Aldijana Balić

Povzetek

Izbodišča: Astma je vse pogostejša kronična bolezen dihal z zelo raznoliko in nepredvidljivo simptomatiko, ki jo lahko omilimo z zdraviliškim zdravljenjem. Namen raziskave je bil ugotoviti pomembnost dvotedenske zdraviliške obravnave otroka z astmo ob predpostavki, da se pri otroku z astmo zdravstveni izid ob sprejemu in ob zaključku zdraviliškega zdravljenja značilno razlikujeta. *Metode:* Uporabili smo razlagalno metodo raziskovanja s tehniko časovnega eksperimenta in analizo dokumentacije o maksimalnem forsiranem volumnu izdihanega zraka (PEF). V raziskavo smo vključili celotno populacijo petdesetih 10-letnih otrok z astmo, ki so se junija 2013 zdravili v klimatskem zdravilišču. Za analizo rezultatov smo uporabili t-test za odvisna vzorca, korelacijsko analizo in opisne statistike. *Rezultati:* Ugotovili smo, da je razlika med PEF ob začetku in zaključku statistično pomembna ($p < 0,00$). Povprečna PEF vrednost na začetku zdravljenja je bila 250,2 l/min, na koncu zdravljenja pa se je povečala na 273,6 l/min. *Diskusija in zaključki:* Raziskava je pokazala, da so bile PEF vrednosti višje na koncu zdravljenja v primerjavi z vrednostmi ob sprejemu na zdravljenje. Ker merjenje PEF velja za ključni kazalec učinkovite obravnave otroka z astmo lahko sklepamo, da je zdraviliška obravnava otrok z astmo v opazovanem zdravilišču učinkovita.

Ključne besede: astma, klimatsko zdravilišče, otrok, učinkovitost zdravljenja

Abstract

Background: Asthma is the most common chronic respiratory disease with very diverse and unpredictable symptoms that can be ameliorated with spa treatments. The purpose of this study was to determine the importance of a two-week spa treatment of children with asthma, assuming that asthma medical outcome differs significantly. *Methods:* We used an interpretive research method with the time experiment technique and the documentation analysis on the maximum force-volume expiratory flow rate (FVE). The study included the entire population of fifty 10-year-old children with asthma who were treated in June 2013 at the climatic health resort. We used the t-test for dependent samples, correlation analysis and descriptive statistics for the results analysis. *Results:* We have

found the statistically significant ($p < 0.00$) difference between FVE at the beginning and the end of the climatic treatment. The average FEV value at the beginning of treatment was 250.2 l / min, but at the end of treatment increased to 273.6 l / min. *Discussion and conclusions:* The study showed that the FEV values of asthmatic child significantly increase after two week climatic treatment. Considering, that the FEV measurement is a key indicator of effective treatment of children with asthma we can assume that the climatic treatment of children with asthma is effective.

Keywords: asthma, climatic spa, children, treatment effectiveness

Uvod

Astma prizadene pljuča v celoti, predvsem pa dihalne poti (1). Opisana je kot najpogostejša kronična bolezen otrok, saj njena prevalenca pri mladoletnih znaša do 30 %, trend je naraščajoč (2). Pojavnost astme pri šolskih otrocih v Sloveniji je s 14 % obolelih šolskih otrok na zgornji meji evropskega povprečja (3,4). Astma je pogostejša pri fantih, saj v prvih desetih letih obolevajo kar dvakrat pogosteje kot dekleta. V 14. letu starosti je med spoloma razmerje celo 4:1. Pri dekletih se obolevnost poveča tik pred puberteto, kasneje pa se vzpostavi razmerje 1:1, ki velja tudi za starejše obdobje (5). Znaki astme se pri desetini otrok pojavijo že pred prvim letom starosti, pri polovici pred drugim ali tretjim letom, v 80 % pa do petega leta starosti (3,4). Ogrožajoče dejavnike, ki jih povezuje s pojavom astme pri otroku, delimo na notranje in zunanje (5-8). *Notranji dejavniki* pomembni za obliko bolezni, ki sledi okužbi, so starost, spol, porodna teža, prirojene hibe, trajanje dojenja, ter imunološki dejavniki. *Dejavniki okolja* so pomembni za nastanek, trajanje in težo obolenja. Ti so kakovost starševske nege, izpostavljenost okužbam (okvarijo respiracijski epitel in izpostavijo senzorne receptorje dražilnim dejavnikom v vdihanem zraku), letni čas in vreme (spremembe temperature, pritiska, vlažnost, megla, veter), klima, cigaretni dim, onesnaženo okolje (žveplov dioksid, dušikov dioksid, dim, prah, saje, individualna kurišča, farme, smetišča), alergeni (pelodi dreves, trav, plevelov, plesni, pršice, živila), zdravila (aspirin), telesni napor (forsiran izdih, smeh), čustveni pretresi (skrbi v šoli, doma), stanovanje (hišni prah, posteljnina, domače živali, plišaste igračke, dim iz peči, hlapi prežgane masti, dišave, razpršila, čistila, laki, barve, lepila, ...), družbeno-socialni položaj družine (revščina, slaba prehrana, vlažna kletna stanovanja).

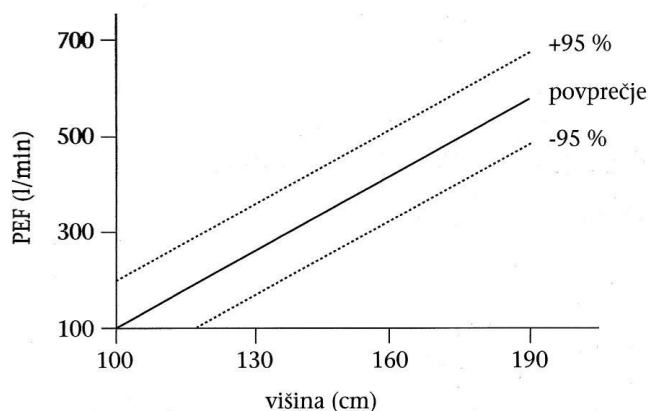
Klinična slika

Klinična slika astme je izredno heterogena, saj bolezen lahko poteka povsem brez težav, s simptomi in znaki različne intenzivnosti, ter vodi v življenjsko ogrožajoče stanje (2). Simptomi astme, kot so kašljanje, piskanje, dušenje, izmeček in tiščanje v prsnem košu, so praviloma intermitentni in se najbolj izražajo v zgornjih jutranjih urah ali ob telesnem naporu (9). Večina astmatikov se nagiba k občasnem piskanju in lovljenju sape, zlasti kadar so prehlajeni, nekateri imajo tudi ekcem, seneni nahod in alergične kožne izpuščaje. Astma se ne poslabša nenadoma, temveč dobro poučenim staršem in otrokom dá veliko opozorilnih znakov. Znaki poslabšanja bolezni so na začetku blagi in komaj opazni, ko pa se stanje slabša, postanejo očitni. Starši se morajo naučiti opaziti najzgodnejše znake za poslabšanje bolezni, saj je otrok drugačen, nemiren, pojavijo se prehladni znaki, večji otroci povejo, da težje dihajo, pri majhnih najprej opazimo hi-

trejše dihanje (6). Zgolj s kliničnimi znaki ne moremo vedno oceniti težavnosti zapore dihalnih poti pri otroku z astmo, ocena resnosti astmatičnega poslabšanja pa je posebno težavna pri majhnih otrocih. Roškar (10) trdi, da nekateri otroci celo s težko obliko astme ne kažejo prizadetosti, zato se tudi diagnoza astme pri otroku postavlja postopoma in obsega (6): klinična diagnoza (epizode kašljanja, težkega dihanja, stiskanje v prsih, piskanja); meritve pljučne funkcije (spirometrija, PEF); alergološko testiranje; dodatne preiskave pri otrocih mlajših od pet let; merjenje bronhialne preodzivnosti. Med osnovna načela obravnave otrok z astmo spada zagotovitev kontrole nad boleznijo.

Meritev PEF

Nepogrešljiv del diagnostičnega postopka pri obravnavi otroka z boleznijo dihal je preiskava pljučne funkcije, ki se izvaja s spirometrijo, za oceno poslabšanja astme pa lahko uporabljamo preprosti merilnik največjega pretoka zraka v izdihu (PEF) (8). Če so dihalne poti zaradi poslabšanja astme zožene, bo pretok zraka v izdihu manjši. Normalne vrednosti pretoka zraka v izdihu se med otroki precej razlikujejo, za oceno poslabšanja zato potrebujemo podatek o največjem pretoku opazovanega otroka, ko je zdrav (6).



Slika 1: Normalne vrednosti PEF pri otrocih (11).

Merilnik pretoka zraka je majhen priročen aparat, ki ga lahko uporabljajo že otroci po tretjem letu starosti (8). Oceno urejenosti in poslabšanja astme se običajno izraža po sistemu opozorilnih barv semaforja, ki jih pacient beleži v dnevnik astme. Za izhodno vrednost se vzame otrokov osebni meritveni rekord, ki ga pihne vsaj dvakrat, ko je povsem zdrav. To je njegov 100 % PEF, na osnovi katerega se ocenjuje poslabšanje astme. Meritve astmatik izvaja zjutraj, opoldne in zvečer, ob občutku dušenja ter po uporabi bronhodilatatorja. Na osnovi meritev zdravnik določi pacientovo najvišjo vrednost pretoka izdihanega zraka in vrednosti, ki kažejo na poslabšanje astme (11-13).

Zdravstvena vzgoja

Zdravstvena vzgoja ni samo posredovanje podatkov o zdravju, temveč je aktiven proces učenja ob lastnih izkušnjah. Za zdravstvenovzgojno delovanje pri otroku z astmo je pomembno, da ga osveščamo, spodbujamo in mu dajemo oporo z namenom zmanjševanja zdravstvenih težav in pogostosti astmatičnih napadov (14). Z nadzorovano astmo lah-

ko pacienti in njihovi starši preprečijo večino poslabšanj, se izognejo težavnim simptomom podnevi in ponoči in ohranijo telesno aktivnost. Za doseganje cilja so pomembne štiri sestavine zdravljenja, ki se med seboj prepletajo: dobro sodelovanje med otrokom, starši in zdravstvenim osebjem, opredelitev in zmanjšanje izpostavitve dejavnikom tveganja, ocena, zdravljenje in spremljanje astme ter zdravljenje poslabšanj (15).

Metode

Namen, cilj in hipoteza

V raziskavo smo zajeli mladinsko zdravilišče, ki obravnava otroke, mladostnike in odrasle pri odpravljanju težav z alergijami in kroničnimi obolenji dihal. Zdraviliško zdravljenje poteka po vnaprej zastavljenem programu, ki je prirejen medicinski diagnozi in vključuje različne aktivnosti kot npr. plavanje, inhalacije, dihalne vaje, zdravstveno vzgojo, vsakodnevne kontrole PEF, s čemer naj bi ugodno vplivali na izid bolezni ali motnje, ter pripomogli k višji kakovosti življenja obravnavanih oseb. Namen raziskave je bil ugotoviti pomembnost dvotedenske zdraviliške obravnave otroka z astmo z vidika zdravstvene nege, ki po javno dostopnih podatkih še ni bila izvedena. Zastavili smo si dokaj ozek cilj, namreč primerjati vrednosti meritev PEFa na začetku in ob zaključku zdraviliškega zdravljenja ob predpostavki, da se *zdravstveni izid otroka z astmo ob zaključku zdraviliškega zdravljenja značilno razlikuje od zdravstvenega izida otroka ob sprejemu v zdraviliško zdravljenje.*

Populacija, vzorec

V raziskavo smo vključili celotno populacijo ($n = 50$) otrok z astmo, ki so se v prvi polovici junija 2013 zdravili v izbranem zdravilišču. Otroci vključeni v vzorec, so bili rojeni leta 2003 in v času opazovanja stari 10 let. Starostna skupina otrok je bila izbrana s strani zdravilišča, nanjo raziskovalec ni imel vpliva. V neslučajnostni, namenski vzorec je bilo tako vključenih 26 (52 %) deklic in 24 (48 %) dečkov. Vsi podatki so bili že ob vnosu v zbirnik raziskave šifrirani in anonimni, upoštevani so bili etični standardi in zahteve zdravilišča.

Instrument

Uporabili smo razlagalno metodo raziskovanja s tehniko časovnega eksperimenta in analizo dokumentacije. Za doseganje zastavljenega cilja raziskave smo potrebovali dostop do zdraviliških zdravstvenih kartonov otrok. Zbiranje podatkov smo izvedli s pomočjo obrazca v katerega smo zabeležili šifro otroka, spol, vrednost PEF ob prihodu na zdravljenje in še vrednost PEF na 14. (zadnji) dan zdraviliške obravnave. Pridobljene številčne podatke smo analizirali z Microsoft Excel 10.0 in IBM Statistics SPSS 20. Prikazali smo opisno statistiko, uporabili t-test za odvisna vzorca ter korelacijsko analizo. Dvojice podatkov $\{X_1, X_2\}$ smo zbrali tako, da smo vrednosti meritev pri istih pacientih beležili dvakrat. Povprečno zanesljivost skupka testiranj kaže, da je meritev zanesljiva (Crombach Alfa = ,95).

Rezultati

S tehniko časovnega eksperimenta smo ugotavljali osnovne razlike zdravstvenega stanja pred pričetkom in po prenehanju eksperimentalnega dejavnika - zdraviliškega zdravlje-

nja. Preko podatkov iz zdraviliških zdravstvenih kartonov smo opazovali zgolj eksperimentalno skupino petdesetih otrok z astmo, brez kontrolne.

Primerjava začetne in končne PEF vrednosti vzorca

Izmed 50 otrok je bila skupna povprečna PEF vrednost na začetku zdravljenja 250,2 l/min (PEF_1). Na koncu zdravljenja je bila povprečna PEF vrednost za vse v testiranje vključene otroke 273,6 l/min (PEF_2). Ob začetku zdravljenja smo izmerili najnižjo PEF vrednost 60 l/min, najvišja je bila 340 l/min višja, najpogostejša pa 240 l/min ($n=8$; $\%=16$). Ob odpustu je najnižja izmerjena vrednost PEF znašala 140 l/min, najvišja 440 l/min, najpogostejša vrednost PEF_2 pa 220 l/min ($n=6$; $\%=12$).

Tabela 1. Opisne statistične značilnosti vzorca pred in po zdraviliškem zdravljenju

PEF meritve	Spol	n	M (l/min)	Mc (l/min)	SD	Min (l/min)	Max (l/min)
PEF ₁	Fantje	24	262,92	250,0	74,51	100	400
	Punce	26	238,46	210,0	82,15	60	400
	Skupaj	50	250,20	240,0	78,75	60	400
PEF ₂	Fantje	24	282,50	280,0	70,84	140	440
	Punce	26	265,38	255,0	68,59	160	370
	Skupaj	50	273,60	275,0	69,51	140	440

Legenda: n – število, M – povprečje, Mc – mediana, SD – standardni odklon, Min – minimum, Max – maksimum; PEF_1 = PEF vrednost ob sprejemu v zdravilišče; PEF_2 = PEF vrednost ob odpustu iz zdravilišča.

Razlika med PEF ob začetku in zaključku zdravljenja za celo skupino otrok v vzorcu, je statistično pomembna ($p < 0,00$) (Tabela 2).

Tabela 2. Primerjava vrednosti PEF celotnega vzorca v odvisnosti od časa kaže statistično pomembno razliko

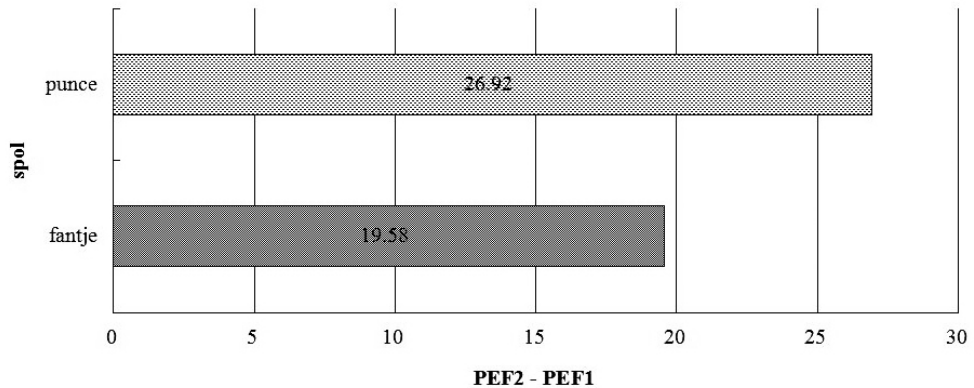
	Povprečje	Std.Dev.	t	df	p
PEF ₂ -PEF ₁	23,40	32,43	5,10	49	,000

Legenda: PEF_2-PEF_1 = PEF na koncu zdravljenja - PEF na začetku zdravljenja; Std.Dev. = standardna deviacija; t = vrednost T za dva odvisna vzorca; df = stopinje prostosti; p = statistična pomembnost

Primerjava začetne in končne vrednosti PEF glede na spol

Zanimala nas je še pomembnost razlike PEF_1 in PEF_2 glede na spol, saj smo izmerili izboljšanje PEF vrednosti ob zaključku zdravljenja tako pri fantih kot pri puncah (Slika 2). Za podrobnejšo analizo rezultatov je bila uporabljen parni t-test za dva neodvisna vzorca, ki pa ni pokazal statistično pomembne razlike med PEF_1 in PEF_2 v odvisnosti od spola opazovanih ($p = ,387$). Vrednost PEF_1 pri fantih, je znašal povprečno 262,92 l/min, ob zaključku zdravljenja pa povprečno 282,5 l/min. Razlika v izmerjenem forsira-

nem volumnu izdihanega zraka med PEF_1 in PEF_2 je tako pri fantih +19,58 l/min. Povprečna vrednost maksimalnega volumna izdihanega zraka pri puncih je ob sprejemu v zdravilišče znašala 238,46 l/min, ob odpustu pa 265,38 l/min. Razlika v izmerjenem forsiranem volumnu izdihanega zraka med PEF_1 in PEF_2 je tako pri puncih +26,92 l/min.



Slika 2. Razlika povprečne vrednosti maksimalnega volumna izdihanega zraka ob odpustu in sprejemu v zdravilišče ($PEF_2 - PEF_1$) glede na spol opazovanega ($n = 50$).

Diskusija

Z raziskavo smo z vidika zdravstvene vzgoje in zdravstvene nege ugotavljali učinkovitost zdraviliškega zdravljenja pri otroku astmatiku. Spremljali smo petdeset 10-letnih otrok na dvo-tedenskem zdravljenju, kjer smo se osredotočili na rezultate meritve PEF, ki omogočajo zgodnjo prepoznavo poslabšanj, lažje identificiranje sprožilcev poslabšanj, spremljanje odgovora na zdravljenje z bronhodilatatorjem, izboljšano zaznavanje otrokove zapore dihal ter z objektivnimi meritvami olajšajo diagnozo astme (16). Ugotovili smo, da so otroci ob zaključeni zdraviliški obravnavi izboljšali rezultate PEF-a. Zdraviliško zdravljenje poteka po programu, ki je prirejen medicinski diagnozi otroka in vključuje različne aktivnosti, kot npr. plavanje, inhalacije, dihalne vaje, zdravstveno vzgojo ter vsakodnevne kontrole PEF. Zdravstveno vzgojo, inhalacije, meritve PEF vrednosti in druge naloge v zdravilišču redno izvaja medicinska sestra in na ta način pripomore k učinkovitemu nadzoru bolezni, zgodnjemu prepoznavanju poslabšanj, preprečevanju ireverzibilnih sprememb ter k normalizaciji pljučne funkcije (9). Zelo pomembna pri zdravljenju astme je poučenost pacienta (staršev in otroka) o bolezni, njenem poteku in pripravljenost za sodelovanje pri zdravljenju (5,17). Medicinska sestra zdravstvenovzgojno delo otroka z astmo nadaljuje v ambulanti za pljučne bolezni in alergijo, kjer se izvaja kontrolne preglede zgolj enkrat na leto oz. enkrat na dve leti. Dobro bi bilo razmisliti o pogostejšem izobraževanju otrok z astmo in njihovih staršev, ki bi potekalo na bolniškem oddelku, s stalnim edukacijskim timom, ki bi aktivno iskal kandidate in jih redno naročal na izobraževanja. Izobraževanje otroka z astmo in njegovih staršev je proces, ki traja od sprejema do odpusta in nadaljuje s kontrolnimi pregledi. Le dobro organizirano izobraževanje lahko daje dobre rezultate - urejeno astmo (17).

Zaključki

Z raziskavo smo ugotovili pozitiven učinek zdraviliškega zdravljenja na vrednost maksimalnega volumna izdihanega zraka opazovanih otrok astmatikov. Pri uporabi rezultatov je potrebno upoštevati omejitve raziskave, kot so majhnost vzorca, odsotnost kontrolne skupine, način izbire udeležencev, druge medicinske diagnoze opazovanih otrok.

Literatura

1. Holgate ST, Arshad HS, Roberts GC, Howarth PH, Thurner P, Davies DE. A new look at the pathogenesis of asthma. *Clin Sci.* 2010; 118: 439–50.
2. Besednjak-Kocijančič L. The influence of treatment with antibiotics in the first year of life on the prevalence of asthma and atopic dermatitis in children. *Zdrav Vestn* 2007; 76(10): 597–601.
3. Oštir M. Šola za zdravljenje astme. V: Oštir M, Maček V, ur. Astma pri otroku: Zbornik predavanj za medicinske sestre. Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, Služba za pljučne bolezni, 2007: 89–102.
4. Kopriva S, Maček V, Župevc M, Kos M, Kopriva Pitrovšek K. Epidemiologija astme pri otrocih v Sloveniji. V: Maček V, Kopriva S, ur. Astma pri otroku. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, Pediatrična klinika, Služba za pulmologijo, 2003: 7–17.
5. Režonja K. Anatomija dihal in fiziologija dihanja. V Šumak I., ur. Zdravstvena nega pri osnovni življenjski aktivnosti – dihanju. Murska Sobota: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014: 10–17.
6. Maček V. Astma pri otroku in zdravljenje. Ljubljana: Pediatrična klinika, Služba za pulmologijo, 2006: 16–7.
7. Kuhar M, Avčin T. Pediatrična alergologija. Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, Služba za alergologijo in revmatske bolezni, 2002: 93–106.
8. Furlan J. Živeti z astmo: kako jo obvladati sami, kdaj se zatečemo k zdravniku. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1986: 54–57.
9. Šuškovič S, Košnik M, Šorli J. Astma. Golnik: Klinika za pljučne bolezni in alergijo, 2000: (9-93).
10. Roškar Z. Posebnosti dihanja in oskrba dihalne poti pri otroku. V: Šumak I., ur. Zdravstvena nega pri osnovni življenjski aktivnosti – dihanju. Murska Sobota: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014: 18–22.
11. Maček V. Samozdravljenje astme. V: Oštir M, Maček V, ur. Astma pri otroku: Zbornik predavanj za medicinske sestre. Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, Služba za pljučne bolezni, 2007: 114–117.
12. Maček V. Astma pri otroku in zdravljenje. Ljubljana: Pediatrična klinika, Služba za pulmologijo, 2006: 12–19.
13. Mušič E, Šorli J, ur. Astma in rinitis : zbornik predavanj simpozija, 13. - 14. 3. 1998, Kranjska Gora. Ljubljana: Lek, Združenje pnevmologov SZD, Alergološka in imunološka sekcija SZD, Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 1998: 19–45.

14. Jukić Petrovčič J. Astma pri otroku in zdravstvena vzgoja. *Obzor Zdr N.* 1998; 32(1/2): 59–62.
15. Global Initiative for Asthma. Pocket guide for asthma management and prevention (2015). http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Pocket_2015.pdf <19. 4. 2015>.
16. Dovjak K. Merjenje pljučnih funkcij pri otroku in mladostniku (PEF, spirometrija), zagotavljanje natančnosti meritev. V: Oštir M, Maček V, ur. Astma pri otroku: Zbornik predavanj za medicinske sestre. Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, Služba za pljučne bolezni, 2007: 5–9.
17. Velikonja T. Astma pri otroku : študija primera (diplomska naloga). Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, 2014.

Spolno vedenje mladih – pomen preventivnih dejavnosti Sexual behavior of young people – the importance of preventive activities

Sanela Pivač in Sedina Kalender Smajlović

Povzetek

Teoretična izhodišča: V obdobju mladostništva predstavlja spolna vzgoja v osnovni šoli eno temeljnih nalog preventivnega zdravstvenega varstva. *Metoda:* Izvedba raziskave je temeljila na opisni kvantitativni metodi. Podatke smo zbirali s pomočjo strukturiranega vprašalnika na vzorcu 144 učencev osnovne šole na Jesenicah. Zanesljivost vprašalnikov smo preverjali z metodo analize notranje konsistentnosti. Za statistično analizo podatkov smo uporabili program SPSS, izvedli smo opisno statistiko, Hi-kvadrat, t - test za neodvisne vzorce. *Rezultati:* 17 (12 %) anketiranih učencev je že imelo spolne odnose. 3 (20%) anketiranci, ki so že imeli spolne odnose, so prvi spolni odnos imeli, ko so bili stari 12 let. 62,5 % anketirancev želi v času izobraževalnega procesa pridobiti več informacij o spolnem vedenju, 53% anketiranih učencev želi sodelovati v zdravstveno vzgojnih delavnica ozaveščanja o spolnem vedenju. *Diskusija in zaključki:* Rezultati raziskave kažejo, da so spolno aktivni učenci imeli zelo zgodaj spolne odnose. Mlade je potrebno ozaveščati o zdravem spolnem vedenju ter s preventivnimi aktivnostmi začeti že v osnovni šoli, saj si več kot polovica anketiranih želi pridobiti več informacij o spolnem vedenju v času izobraževalnega procesa in dobra polovica anketiranih želi sodelovati v tovrstnih dejavnostih.

Ključne besede: spolno vedenje, mladi, preventivne dejavnosti

Abstract

Introduction: In the period of adolescence sex education in primary school presents one of the basic tasks of preventive health care. *Methods:* We used quantitative nonexperimental method of research. Data were collected using a structured questionnaire to a sample of 144 primary school pupils in Jesenice. Reliability of the questionnaires was analyzed using the method of analysis of internal consistency. For statistical analysis we used the SPSS program, we conducted descriptive statistics, chi-square, t - test for independent samples. *Results:* 17 (12%) of respondents have already had sexual relations. 3 (20%) respondents who have already had sex the first had sexual relations when they were 12 years old. 62,5% of respondents would like during the education process to ob-

tain more information on sexual behavior, 53% of surveyed pupils wishing to participate in the health educational workshops to raise awareness about sexual behavior. *Discussion:* The survey results show that sexually active students had a very early sexual relations. Young people need to raise awareness and prevention activities begin in primary school, since more than half of the respondents would like to obtain more information on sexual behavior during the educational process, and more than half of the respondents wish to participate in such activities.

Keywords: sexual behavior, young people, preventive activities

Uvod

Adolescenca je obdobje, v katerem pride do pomembnih sprememb na področju posameznikovega mišljenja, čustvovanja, telesnega dozorevanja in družbenega življenja. Adolescenca je tudi čas raznih preizkušenj na številnih področjih življenja, neustrezno znanje o zdravi spolnosti pa je med mladimi pogosto vzrok za njihovo tvegano spolno vedenje (1). Vsako leto vstopajo v pubertetno obdobje vedno nove generacije mladostnikov, zato mora biti varovanje reproduktivnega zdravja mladostnikov naša neprestana prednostna naloga. Glede na razpoložljive podatke so trenutno najpomembnejši izzivi v varovanju reproduktivnega zdravja mladostnikov v Sloveniji: zgodnja spolna dejavnost mladostnikov, slaba uporaba dvojne zaščite pri spolnih odnosih, nezadostno odkrivanje spolno prenosljivih okužb (2). Pinter in sodelavci (3) ugotavljajo, da se je v zadnjem desetletju delež spolno dejavnih srednješolcev v Sloveniji zvišal, hkrati se je zvišala uporaba zanesljive kontracepcije, predvsem kontracepcijskih tabletk. Uporaba kondoma je na zadovoljivi ravni, vendar pa je potrebno spodbujati redno uporabo kondoma, samega ali z drugo zanesljivo kontracepcijsko metodo. Mlade je potrebno spodbujati k odlogu prvega spolnega odnosa. Za spolni odnos se mladi večinoma odločajo zaradi ljubezni in radovednosti. Večina mladih med spolnim odnosom uporablja kondome in kontracepcijske tablete – dekleta, med tem ko jih 30 – 50 % meni, da jim kondom predstavlja oviro v spolnem odnosu (3). Avtorja McKay in Bissell (4) ugotavljata, da izobraževalni zavodi predstavljajo primarno vlogo pri preprečevanju spolnih zdravstvenih težav. Raziskava, izvedena med mladimi v letih 2002 do 2007 v Združenih državah Amerike, je podala ugotovitve, da spolno in reproduktivno zdravje mladih predstavlja javno zdravstveni problem. Ugotovitve raziskave poudarjajo pomen izobraževanja na področju spolne vzgoje mladih in reproduktivnega zdravja. Prav tako spodbujajo k razvoju programov za spodbujanje zdravega spolnega vedenja in ohranitve reproduktivnega zdravja, kjer bi se lahko vključili tudi starši ter na tem področju razvijali komunikacijske veščine izobraževanju otrok o spolnosti (5).

Namen in hipoteze

Cilji in namen

Namen naše raziskave je bil ugotoviti mnenja, stališča in odnos učencev 7., 8. in 9. razreda osnovne šole na Jesenicah do spolnega vedenja in preventivnih aktivnosti na področju ozaveščanja o spolnem vedenju.

Hipoteze:

H₁: Dekleta imajo več znanja o namenu kontracepcijskih metodah kot fantje.

H₂: Fantje se manj zavedajo, da nezaščiten odnos lahko povzroči nosečnost in spolno prenosljive bolezni kot dekleta.

Metode

Instrumentarij

Uporabili smo kvantitativno neeksperimentalno metodo raziskovanja. Podatke smo zbirali z anketiranjem, kot instrument smo uporabili strukturiran vprašalnik. Vprašalnik je sestavljen iz treh sklopov z različnim številom vprašanj. Uporabili smo Likertovo lestvico stališč. Posamezne vrednosti so definirane z oceno od 1 do 5. Ocena 1 je pomenila, da se anketiranci z navedeno trditvijo zelo ne strinjajo, ocena 5 pa, da se z navedeno trditvijo zelo strinjajo. Vprašalnik smo oblikovali na osnovi pregleda literature različnih avtorjev na področju alkoholne problematike (3, 6, 5). Pri izpolnjevanju vprašalnika je bila anketirancem zagotovljena popolna anonimnost. Zanesljivost vprašalnika smo preverjali z metodo analize notranje konsistentnosti. Zanesljivost vprašalnika je znašala 0,742.

Opis vzorca

V raziskavo smo vključili učence 7., 8. in 9. razreda osnovne šole na Jesenicah, vpisanih v šolsko leto 2012/13. Celotno populacijo sestavlja 192 učencev, v raziskavi je sodelovalo 144 učencev, kar predstavlja 75% realizacijo vzorca. Od tega je v raziskavi sodelovalo 77 (53%) žensk in 67 (47%) moških. Največ anketirancev je starih 13 in 14 let. Največji delež anketiranih učencev je bilo iz 9. razreda (42%), 30 % je bilo iz 8. razreda in 28 % iz 7. razreda.

Potek raziskave in obdelava podatkov

Raziskava je bila izvedena med učenci 7., 8. in 9. razreda osnovne šole na Jesenicah, vpisanih v šolsko leto 2012/13. Potekala je v mesecu septembru 2012. Za izvedbo raziskave smo dobili soglasje zavoda. Anketiranje smo izvedli v dogovoru z ravnateljem in odgovorno učiteljico za izvedbo raziskave.

Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS, verzija 20.0. Uporabili smo opisno statistiko, Hi-kvadrat test, za primerjavo ocen trditev med skupinami študentov smo uporabili t-test za neodvisne vzorce (neparametrični Independent Samples Test – Mann Whitney Test). Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

Rezultati

Predstavljeni so rezultati raziskave na 144 učencih osnovne šole na Jesenicah. 17 (12 %) anketiranih učencev je že imelo spolne odnose. 3 (20%) anketiranci, ki so že imeli spolne odnose, so prvi spolni odnos imeli, ko so bili stari 12 let, 6 anketirancev (40%) je bilo ob prvem spolnem odnosu starih 13 let, ostalih 8 pa med 14. in 15. letom starosti. Anketirani učenci, ki so odgovorili, da so že imeli spolne odnose, so se v največjem deležu za spolni odnos odločili iz radovednosti, kar 6 anketirancev (6,3%), 9 anketirancev iz lju-

bezni (4,2%) in 2 (1,4%) navajata, da sta spolne odnose imela zaradi tega, ker je že nekaj prijateljev imelo spolne odnose. 10 (6,9%) anketirancev je uporabljalo ob prvem spolnem odnosu kondom, 4 (2,8%) anketiranci so uporabili dvojno zaščito kondom in kontracepcijske tablete, 1 anketiranec je uporabljal kontracepcijske tablete in 2 (1,4%) anketiranca pri prvem spolnem odnosu nista uporabljala kontracepcije (Tabela 1). 62,5 % anketirancev želi v času izobraževalnega procesa pridobiti več informacij o spolnem vedenju, 53% anketiranih učencev želi sodelovati v zdravstveno vzgojnih delavnicah oza-veščanja o spolnem vedenju.

Tabela 1: Prvi spolni odnos.

	ŠTEVILO (N)	DELEŽ (%)
Ali si imel spolne odnose?		
Da	17	12
Ne	127	88
Starost ob prvem spolnem odnosu:		
12 let	3	20
13 let	6	40
14 - 15 let	8	40
Za prvi spolni odnos sem se odločil:		
iz ljubezni	6	4,2
iz radovednosti	9	6,3
ker je že veliko mojih prijateljev / -ic že imelo spolne odnose	2	1,4
nisem še imel/-a spolnih odnosov	127	88,2
Pri spolnem odnosu sem uporabljal/-a kontracepcijsko sredstvo:		
kondom	10	6,9
kontracepcijske tablete	1	0,7
kontracepcijske tablete in kondom	4	2,8
nisem je uporabljal /-a	2	1,4
nisem še imel / -a spolnih odnosov	127	88,2

Tabela 2: Odnos do spolnosti in spolne vzgoje.

TRDITVE	N	PV	SO
Največ informacij o spolnosti sem dobil od staršev.	144	2,12	1,156
V družini se pogovarjamo o spolnosti.	144	2,25	1,220
Največ informacij o spolnosti sem dobil v šoli.	144	2,84	1,157
Največ informacij o spolnosti sem dobil od vrstnikov.	144	3,03	1,411
Spolna vzgoja razvija odgovoren odnos do spolnosti mladih.	144	4,05	1,040
Spolna vzgoja pomaga pri razumevanju telesnih in čustvenih sprememb, ki jih prinaša puberteta.	144	4,14	0,833
Pri prvem spolnem odnosu moram paziti, da sem zaščiten/-a.	144	4,30	1,135
Nezaščiten odnos lahko povzroči spolno prenosljive bolezni.	144	4,37	0,826

TRDITVE	N	PV	SO
Menim, da je za prvi spolni odnos čas takrat, ko si oba partnerja želi-ta odnosa.	144	4,44	0,973
Nezaščiten odnos lahko povzroči nosečnost.	144	4,58	0,725

Legenda: N = število anketirancev; PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do 5; 1- se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – neopredeljen, 4 – se strinjam, 5 – se zelo strinjam); SO = standardni odklon

Največ pozornosti učenci posvečajo pri trditvah o razvijanju odgovornega odnosa do spolnosti mladih z spolno vzgojo (PV = 4,05; SO = 1,040), zaščiti (PV = 4,30; SO = 1,135), možnosti obolevanja (PV = 4,37; SO = 0,826), nezaželeni nosečnosti (PV = 4,58; SO = 0,725) ter pravočasni spolnosti (PV = 4,44; SO = 0,973). Najmanj je prisoten pogovor in pridobivanje informacij o spolnosti. Najmanjše strinjanje učenci navajajo, da informacije dobijo od staršev (PV = 2,12; SO = 1,156) (tabela 2).

Tabela 3: Znanje o kontracepcijskih metodah glede na spol anketirancev.

Trditve.	Moški (n)	Ženske (n)	χ^2	df	p-vrednost
Kontracepcijske metode so metode preprečevanja nezaželene zanositve.					
Da	58	66	0,022a	1	0,883
Ne	9	11			
Nekatere metode uporabljamo lahko samo ob spolnem odnosu, druge pa redno.					
Da	49	55	0,052a	1	0,820
Ne	18	22			
Jemanje kontracepcijski tabletk lahko povzroča stranske učinke.					
Da	50	67	3,608 a	1	0,048
Ne	17	10			
Kondom se priporoča ljudem, ki pogosto menjajo spolne partnerje in mladim na začetku spolnega življenja.					
Da	59	58	3,814 a	1	0,041
Ne	8	19			
Kondomi preprečujejo nastanek spolno prenosljivih bolezni.					
Da	55	64	0,026 a	1	0,871
Ne	12	13			

Legenda: n = velikost vzorca, % = odstotni delež, χ^2 = vrednost hi-kvadrat testa, df = stopnja prostosti, p = mejna statistična vrednost pri 0,05 ali manj)

Ugotovili smo statistično pomembno razliko med spoloma glede povzročanja stranskih učinkov ob jemanju kontracepcijskih tabletk ($\chi^2 = 3,608$; $p = 0,048$) in da se kondom priporoča ljudem, ki pogosto menjajo partnerje in mladim na začetku življenja ($\chi^2 = 3,814$; $p = 0,041$). Ženske se bolj zavedajo, da jemanje kontracepcijskih tabletk povzroča stranske učinke, medtem ko moški, da se kondom priporoča ljudem, ki

pogosto menjajo spolne partnerje in mladim na začetku spolnega življenja. Hipoteze ne moremo potrditi (Tabela 3).

Tabela 4: Varen in zaščiten spolni odnos glede na spol anketirancev.

TRDITEV		N	PR	M	W	Z	P
Pri prvem spolnem odnosu moram paziti, da sem zaščiten/a.	M	67	69,04	2347,500	4625,500	-1,080	0,280
	Ž	77	75,51				
Nezaščiten odnos lahko povzroči nosečnost.	M	67	81,01	2009,500	5012,500	-2,802	0,005
	Ž	77	65,10				
Nezaščiten odnos lahko povzroči spolno prenosljive bolezni.	M	67	78,82	2156,000	5159,000	-1,890	0,059
	Ž	77	67,00				

Legenda: N= število PR= povprečen rang (1- se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – neopredeljen, 4 – se strinjam, 5 – se zelo strinjam); M= Mann - Whitney U; W= Wilcoxon; Z= faktorski koeficient; p= mejno statistična pomembna vrednost pri 0,05 ali manj; M:=moški, Ž= ženski.

Rezultati Mann Whitney Test – U preizkusa in statistične pomembnosti (p) so pokazali statistično pomembne razlike med anketiranci moškega in ženskega spola pri zavedanju o varnem in zaščitenem spolnem odnosu, kjer se anketiranci moškega spola bolj zavedajo, da nezaščiten odnos lahko povzroči nosečnost kot anketirani učenci ženskega spola. Drugih statistično pomembnih razlik nismo ugotovili. Hipoteze ne moremo potrditi (Tabela 4).

Diskusija

Spolnost predstavlja zapleten pojav in temeljni življenjski nagon. Pri človeku nastane že ob rojstvu in ga spremlja do pozne starosti (7). V raziskavi smo ugotovili, da je 12 % anketirancev že imelo spolne odnose. Za prvi spolni odnos so se spolno aktivni učenci najpogosteje odločili iz radovednosti, takoj zatem pa iz ljubezni, nekaj odstotkov naveda, da so se odločili zaradi tega, ker so drugi prijatelji že imeli spolne odnose. Ugotavljamo tudi, da so spolno aktivni učenci imeli zelo zgodaj spolne odnose. But in sodelavci (8) v raziskavi med srednješolci ugotavljajo, da je starost ob prvem spolnem odnosu vedno bolj nižja, kar je verjetno posledica lažnega občutka zrelosti srednješolcev. Pinter in sodelavci (3) so v raziskavi, ki so jo izvedli med srednješolci, ugotovili, da so se spolno aktivni srednješolci najpogosteje odločili iz ljubezni do partnerja (42 %), pri slabi tretjini je do prvega spolnega odnosa prišlo čisto slučajno, 12 % se jih je odločilo iz radovednosti. Klavs in sodelavci (9) ugotavljajo, da zgodnji spolni odnos predstavlja dejavnik tveganja za zgodnjo nosečnost, bolj tvegano kasnejše spolno vedenje in spolno prenosljive bolezni.

V izvedeni raziskavi je ob prvem spolnem odnosu 6,9% spolno aktivnih učencev uporabljalo kondom, 1,4% pa ob prvem spolnem odnosu ni uporabljalo kontracepcijskih sredstev. Nacionalna anketa, ki je potekala v Sloveniji od leta 1999 do 2001, je poročala, da 75% anketirancev, ki je imelo spolne odnose pred 16. Letom, ni imelo zadosti znanja o spolnosti. Pomanjkljivo je bilo znanje o kontracepciji in spolno prenosljivih boleznih. Raziskava je podala ugotovitve, da si anketiranci želijo biti osveščeni na področju spolnosti in s tem biti bolj pripravljeni na spolnost (9). Anketiranci v naši razi-

skavi se ne strinjajo, da so dobili zadosti informacij o spolnosti s strani staršev in v šoli. Rezultati raziskave avtorjev Pinter in drugi (3) so pokazali, da je največ srednješolcev (44 %) pridobilo informacije o spolnosti iz več različnih virov, le 7% je informacije dobilo od staršev, 7 % od prijateljev in prijateljic. Le majhen delež je do informacij prišlo preko radia ali televizije (4 %) ali učiteljev v šoli (4 %), preko lastnih izkušenj (4 %) in preko interneta (2 %).

Končnik – Goršič (7) ugotavlja, da osnovne informacije o spolnosti dobijo otroci od staršev. Vendar pa starši velikokrat niso pobudniki razgovora o spolnosti. Običajno se razgovor o spolnosti začne razvijati, ko začnejo otroci zastavljati vprašanja. Dekleta se pogosteje o spolnosti pogovarjajo s starši, medtem ko fantje, o spolnosti raje govorijo s starejšimi vrstniki. Pomemben vir informacij o spolnosti predstavlja šola in sovrstniki. Mnenje sovrstnikov ima pomembno vlogo pri oblikovanju stališč do spolnega vedenja.

Predvidevali smo, da imajo dekleta več znanja o namenu kontracepcijskih metod kot fantje, vendar na podlagi izvedene raziskave lahko sklepamo, da imajo fantje in dekleta enako znanje o kontracepcijskih metodah. Ugotovljamo, da imajo dekleta več znanja, da jemanje kontracepcijskih tabletk lahko povzroča stranske učinke, medtem ko se fantje bolj zavedajo, da se kondom priporoča ljudem, ki pogosto menjajo spolne partnerje in mladim na začetku spolnega vedenja. Rezultati naše raziskave so pokazali, da se anketiranci moškega spola bolj zavedajo, da nezaščiten odnos lahko povzroči nosečnost kot anketiranci ženskega spola.

Raziskave so pokazale, da je poznavanje kontracepcijskih metod in spolno prenosljivih boleznih precej slabo, čeprav so te informacije prosto dostopne. Dekleta ta tematika bolj zanima, saj so v primerjavi s fanti bolje poučena, vendar je v praksi njihovo spolno obnašanje bolj tvegane narave. Raziskave so pokazale, da je pri dekletih povprečna starost ob prvem spolnem odnosu nižja kot pri fantih ter so v povprečju imele več spolnih partnerjev kot fantje in kar polovica deklet ob prvem spolnem odnosu ni uporabila nobene zaščite (6).

Z ozaveščanjem mladih o varnem spolnem vedenju je potrebno začeti zelo zgodaj. Rezultati v naši raziskavi so pokazali, da so spolno aktivni učenci imeli spolne odnose že pri 12. letih, kar kaže nato, da je potrebno preventivne aktivnosti izvajati že v osnovni šoli. Več kot polovica anketiranih si želi pridobiti več informacij o spolnem vedenju v času izobraževalnega procesa in dobra polovica anketiranih želi sodelovati v tovrstnih aktivnostih. V Sloveniji spolne vzgoje kot samostojnega in z zakonom opredeljenega učnega predmeta v šolah ni. V nekaterih okoljih je še vedno tabu tema. Je del učnega procesa v okviru predmeta biologije. Nekateri osnovne šole pa uspešno izvajajo delavnice, kjer se otroci na prijeten in letom sprejemljiv način preko delavnic seznanijo s spolnostjo (10). Šola oziroma izobraževalni zavod ima pri vzgoji za zdravo spolnost eno izmed najpomembnejših vlog, saj z znanjem in stališči opremljajo mlade na njihovi poti v odraslost, hkrati pa vzgajajo bodoče starše (2).

Zaključek

Z izvedeno raziskavo nismo ugotovili pomembnih razlik med spoloma v odnosu do zavedanja in namena uporabe kontracepcijskih metod. Ugotovili smo, da je že nekaj učencev spolno aktivnih, zato menimo, da je z ozaveščanjem pomembno pričeti že v času

osnovnošolskega izobraževanja, saj le tako lahko preprečimo dejavnike tveganega spolnega vedenja, vplivamo na pozitiven odnos mladih do spolnega vedenja in spodbudimo učence k razmišljanju o pomenu spolnosti.

Na Fakulteti za zdravstvo Jesenice smo izvedli delavnice Mladi in spolnost, s katero smo želeli pripraviti mlade - učence, da bodo ob telesnih spremembah, ki jih prinaša odraščanje, znali ustrezno reagirati in posredovati informacije o razmnoževanju človeka. Izvedli smo delavnice z različnimi tematskimi sklopi: predstavitev anatomije in fiziologije spolnih organov, vstopimo v varno spolnost, odraščanje, prvi zmenek. Učne delavnice so izvajali študenti zdravstvene nege, ki so se s strani strokovnjakov predhodno educirali na področju varovanja reproduktivnega zdravja. Učenci so bili seznanjeni o pomenu vzpostavljanja dobre komunikacije, zaupanja med mladostniki, starši, vrstniki in partnerji, dobili informacije o kontracepcijskih metodah in spolno prenosljivih okužbah. Tovrstne aktivnosti mladim podajajo pomembne informacije o medsebojnih odnosih, vplivajo na oblikovanje stališč in vrednot posameznika ter odgovornega spolnega življenja.

Literatura

1. Auslander BA, Rosenthal SL, Blythe MJ. Sexual development and behaviors of adolescents. *Pediatr Ann.* 2005; 34(10): 785-93.
2. Pinter B, Skušek-Fakin C, Maurič D. Izzivi v varovanju reproduktivnega zdravja mladostnikov v Sloveniji. *Zdrav Vestn.* 2009; 78(1): 79-84.
3. Pinter B, Čeh F, Verdenik I, Grebenc M, Maurič D, Pavičević I, Anderle A, Bučar M, Šučur V, Margič L, Kumer-Lakur A, Rožič-Vičič N, Palancsai-Siftar J, Šimetingar G, Skušek-Fakin C, Zagode-Krenčič A, Mugoša D, Podlipnik M, Meden-Vrtovc H. Spolno vedenje slovenskih srednješolcev v letu 2004. *Zdrav Vestn.* 2006; 75: 615-619.
4. McKay A, Bissell M. Sexual health education in the schools: questions & answers. 3rd ed. Canada: CATIE, 2010.
5. Gavin L, MacKay AP, Brown K, Harrier S, Ventura SJ, Kann L, Rangel M, Berman S, Dittus P, Liddon N, Markowitz L, Sternberg M, Weinstock H, David-Ferdon C, Ryan G. Sexual and reproductive health of persons aged 10-24 years - United States, 2002-2007. *MMWR Surveillance Summaries* 2009; 58(SS-6): 1-60.
6. Maurič D. Spolnost in mladi - Kaj vedo in kaj jih zanima. *Zdrav Vestn.* 2003; 72(2): 19-21.
7. Končnik - Goršič N. Moj otrok odrašča. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2004.
8. But I, Blažević S, Dorič M, Jelenc M, Špilak M, Pakiž M. Spolno vedenje in uporaba kontracepcije med srednješolci v severovzhodni Sloveniji. *Zdrav Vestn.* 2011; 80(2): 80-91.
9. Klavs I, Rodrigues LC, Weiss HA, Hayes R. Factors Associated with Early Sexual Debut in Slovenia: Results of a General Population Survey. *Sex Transm Dis.* 2004; 82(6): 478-483.
10. Naik A. Naj zdravstveni priročnik za dekleta. Ljubljana: Educy, 2002.

Znanje in osveščenost staršev predšolskih otrok o programu obveznega cepljenja

Parental knowledge and awareness towards compulsory vaccination program for their preschool children

Urška Primc in Sabina Ličen

Povzetek

Izbodišča: Cepljenje je najučinkovitejši način zaščite otrok pred nekaterimi nalezljivimi boleznimi. Zdravstveni delavci imajo veliko vlogo pri samem cepljenju, še posebej v zdravstveno-vzgojnem delovanju v procesu cepljenja. Osrednje raziskovalno vprašanje je bilo: Kakšno je znanje in informiranost staršev o nalezljivih boleznih, proti katerim so ali bodo cepljeni njihovi otroci? *Metode:* Raziskava je temeljila na kvantitativnem empiričnem pristopu. Za zbiranje podatkov je bila uporabljena tehnika anketiranja. V raziskavi so sodelovali starši otrok, ki obiskujejo vrtec Jožefe Maslo Ilirska Bistrica. Ustrezno izpolnjenih je bilo 38 vprašalnikov. *Rezultati:* Raziskava je pokazala, da 61 % staršev meni, da imajo na razpolago dovolj informacij o pomenu cepljenja predšolskih otrok. Največkrat, v 29 %, se za informacije obrnejo na zdravnika. O stranskih učinkih cepljenja je bilo ustrezno seznanjenih 63 % anketirancev. Kljub mnenju, da imajo na razpolago dovolj informacij, je raziskava pokazala, da starši ne poznajo osnovnih značilnosti nekaterih nalezljivih boleznih. *Diskusija in zaključki:* V nekaterih pogledih rezultati naše raziskave odstopajo od raziskav narejenih v tujini. Razlog za to je tudi v različnih cepilnih programih in možnosti prostovoljnega odločanja o cepljenju. Čeprav zdravstveni delavci znanje in informacije posameznikom zagotavljajo skozi zdravstveno vzgojno delo, pa asimetrija znanja ostaja.

Ključne besede: otroci, obvezno cepljenje, znanje staršev, zdravstvena nega

Abstract

Introduction: Vaccination is the most effective way of protecting children against infectious diseases. Health professionals have a major role in vaccination programmes, especially in implementing health education in the process of vaccination. *Methods:* The method of quantitative empirical research with a sampling survey has been utilised. Thirty-eight parents whose children attend kindergarten Jožefe Maslo Ilirska Bistrica participated. The research question is; what kind of knowledge of compulsory vaccination program for preschool children their parents have. *Results:* The results showed that 61% of parents believe that they have sufficient information about the importance of childhood

vaccination. Twenty-nine percent parents expects to gain information by the physicians. About side effects of the vaccination have been properly informed 63% of respondents. Despite the opinion that they have sufficient information, parents are not familiar with the basic characteristics of some infectious diseases. *Discussion and Conclusions:* Some results of our survey differ from the researches made abroad. The reason for this maybe derive from different vaccine programs and the possibility of a voluntary decision on vaccination. Although health workers through health education work provide knowledge and information to individuals, some knowledge asymmetry remains.

Key words: children, compulsory vaccination, parental knowledge, nursing

Uvod

Cepljenje sodi med največje uspehe v zgodovini medicine. Cepljenje otrok proti nalezljivim boleznim se je izkazalo za zelo koristno, saj temelji na načelu, da je preprečevanje učinkovitejše in povzroča manj škode kot zdravljenje same bolezni (1). Osnovna ideja cepljenja se je porodila iz opazovanja, da ljudje, ki so preboleli (in preživeli) nekatere kužne bolezni (npr. črne koze, davico, ošpice, norice), pozneje niso več zboleli za enako boleznijo, čeprav so bili v stiku z okuženimi osebami. Cilj cepljenja je zaščita pred zbolevanjem in s tem pred posledicami bolezni kot tudi vzpostavitev kolektivne odpornosti proti bolezni v vsej populaciji. Tako preprečimo sirjenje povzročiteljev med prebivalstvom ali bolezen celo izkoreninimo. Pri tem je najpomembneje doseči, da bo cepljenih na vsaki geografski enoti vsaj 95 % ciljne populacije. Kolektivna imunost ovira in omeji širjenje povzročiteljev in tako varuje pred okužbo tudi tiste, ki s cepljenjem še niso pridobili odpornosti ali se zaradi kontraindikacij in drugih razlogov niso cepili (2). Svetovna zdravstvena organizacija navaja, da bi moralo 80 % novorojenčkov dobiti primarno dozo cepiva proti davici, oslovskemu kašlju, tetanusu in otroški paralizi in 90 % bi jih moralo biti cepljenih proti mumpsu, rdečkam in ošpicam, da bi lahko govorili o kolektivni imunosti (3).

Področje cepljenja v Sloveniji ureja Zakon o nalezljivih boleznih (4), ki določa, da je v Sloveniji obvezno cepljenje proti: Hemophilusu influenzae tipa b, davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, ošpicam, mumpsu, rdečkam in hepatitisu B. Če obstajajo določeni epidemiološki razlogi, pa še proti steklini, rumeni mrzlici, trebušnemu tifusu, klopnemu meningoencefalitisu, gripi, tuberkulozi in drugim nalezljivim boleznim (2).

Zdravstveni delavci imajo veliko vlogo pri samem cepljenju, še posebej v zdravstveno-vzgojnem delovanju v procesu cepljenja. Zdravstvena vzgoja je eden od sedmih strateških pristopov v promociji zdravja ter samostojna disciplina, ki jo opredeljujejo cilji, načela, metode, sredstva, kadri, organizacija dela in raziskovalno delo (5). Staršem je potrebno jasno, razumljivo in podrobno predstaviti pomen cepljenja za zdravje otrok. Strokovno podana ustna informacija s strani zdravstvenega osebja prežene morebitni skriti dvom, ki ga zapisana informacija ne. V preteklosti so zdravstveni delavci, ki so se ukvarjali z zdravstveno vzgojo in izobraževanjem, vse prevečkrat ostajali na svojem ožjem zdravstvenem področju in dajali prednost zlasti medicinski vrednosti informacije, zanemarjali pa pedagoške, psihološke, edukacijske in komunikološke prvine, pomembne za učinkovito zdravstveno prepričevanje. Vsekakor pa mora zdravstveni vzgojitelj,

poleg znanja, izpolnjevati naslednje pogoje: da je dober komunikator ter da z navdušenjem in zavzetostjo prepričuje in poučuje ljudi, pri čemer mora vzbujati zaupanje, zanesljivost in poštenost (6).

Namen in cilj raziskave je bil ugotoviti znanje in informiranost staršev o pomenu cepljenja predšolskih otrok. Osrednje raziskovalno vprašanje je bilo: Kakšno je znanje in informiranost staršev o nalezljivih boleznih, proti katerim so ali bodo cepljeni njihovi otroci?

Metode

Izvedena je bila kvantitativna empirična raziskava. Tehnika zbiranja podatkov je bila anketiranje. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz demografskih vprašanj, vprašanj zaprtega tipa in sklopa vprašanj, kjer so anketiranci odgovore ocenjevali po pomembnosti od 1 - zelo pomembno, do 5 - zelo nepomembno. Vzorčenje je bilo priložnostno. V raziskavi so sodelovali starši otrok, starih od 3 do 6 let, ki obiskujejo vrtec Jožefe Maslo Ilirska Bistrica. Raziskava je bila izvedena v mesecu aprilu 2015. Petdeset vprašalnikov je bilo staršem na razpolago na mizi pred otroško igralnico. Izpolnjene vprašalnike so starši oddali v zbirno škatlo. Oddanih je bilo štirideset vprašalnikov, nadalje smo dva nepravilno izpolnjena vprašalnika izločili iz raziskave (delež oddanih in izpolnjenih). Anketiranci prihajajo iz Ilirske Bistrice in okolice. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno. Pred izvedbo raziskave je bilo pridobljeno soglasje s strani ravnateljice vrtca.

Tabela 1: Opis vzorca.

Demografske značilnosti		n	%
Spol			
	ženski	33	87
	moški	5	13
Starost			
	28 - 34 let	23	61
	35 - 40 let	15	39
Izobrazba			
	Srednja šola	17	45
	Višja ali visoka strokovna šola	13	21
	Univerzitetna izobrazba	8	34

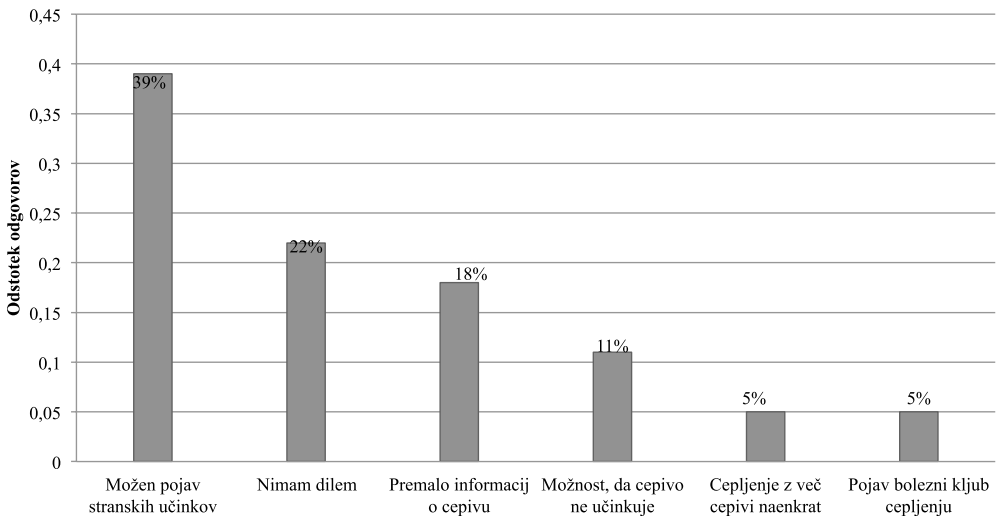
Legenda: n – število, % - odstotek

Prejete odgovore smo analizirali s pomočjo programa Microsoft Excel verzija in rezultate prikazali v tabelah in slikah.

Rezultati

Da so dovolj informirani o obveznem cepljenju svojega otroka, meni 61 % anketirancev, 26 % meni da nimajo dovolj informacij, 13 % pa jih ni prepričanih ali imajo o programu obveznega cepljenja dovolj informacij. Anketiranci se za informacije o cepljenju največkrat obrnejo na zdravnika (29 %), sledi medicinska sestra, na katero se je za informacije obrnilo 24 % anketirancev, preko interneta pridobiva informacije 18 % anketirancev, iz medijev 11 % in iz knjig in revij 8 % anketirancev. Od drugih staršev in prijateljev je o ce-

pljenju izvedelo 5 % anketirancev. O tem, da otroka ne bi cepili proti nalezljivim boleznim, je razmišljalo 29 % anketiranih, 71 % vprašanih pa ni nikoli razmišljalo o tem. S kakšnimi dilemami se straši pred cepljenjem otroka srečujejo prikazuje Slika 1.



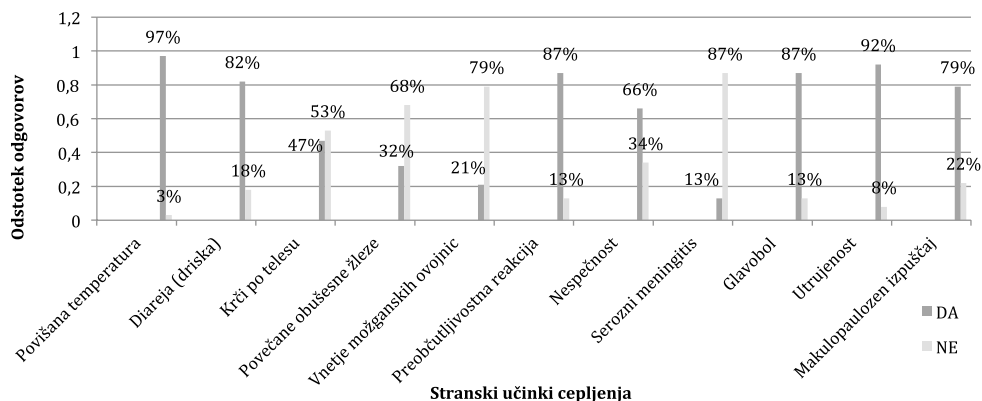
Slika 1: Dileme staršev pri obveznem cepljenju otroka.

Pred cepljenjem morajo starši prejeti razumljivo in temeljito pojasnilo o cepljenju. Povedati jim je potrebno vsa dejstva in informacije v zvezi s cepljenjem. Rezultati v Tabeli 2 prikazujejo znanje staršev o nekaterih povzročiteljih nalezljivih boleznih, proti katerim so ali še bodo njihovi otroci cepljeni.

Tabela 2: Znanje staršev o nekaterih povzročiteljih nalezljivih boleznih

Trditve	Da %	Ne %	Ne vem %
Za davico so značilne bele obloge v žrelu, grlu in nosu.	24	8	68
Za ošpice velja, da je bolnik kužen 4 dni pred in 4 dni po izpuščaju.	61	21	18
Mumps se prenaša z neposrednim stikom preko sluznice.	45	21	34
Prvi znaki oslovskega kašlja so izcedek iz nosu in oči.	32	34	34
Otroška paraliza je v 90 % brez simptomov.	13	16	71
Za rdečke so značilne povečane bezgavke in izpuščaji, ki traja tri dni.	47	13	34
Za tetanus sta značilna otrdelost in krči po celem telesu.	50	3	47
Hepatitis se prenaša preko krvi, sline, sperme in vaginalnega izločka.	92	3	5
Hemofilus influenzae tip b najpogosteje povzroča pljučnico in vnetje možganskih ovojnic.	24	18	58

Da kratice DTP pomeni davica, tetanus in oslovski kašelj, je potrdilo 45 % anketirancev, da pa pomeni davico, tetanus in otroško paralizo, je potrdilo 55 % vprašanih. Da kratica Hib pomeni hepatitis b, je mnenja 26 % anketirancev, 3 % jih meni da je to Humani papiloma virus, 71 % vprašanih pa je odgovorilo, da je to kratica za hemofilus influenzae tipa b. Slika 2 prikazuje znanje staršev o stranskih učinkih cepljenja.



Slika 2: Znanje staršev o stranskih učinkih cepljenja

Triinšestdeset odstotkov staršev meni, da so bili pred cepljenjem otroka ustrezno seznanjeni o stranskih učinkih cepiva, 37 % pa pravi, da o temu niso bili ustrezno seznanjeni. Da je informiranje staršev o poteku in namenu cepljenja izključno naloga medicinske sestre, meni 5 % anketirancev, medtem ko jih 95 % meni, da je to naloga tako zdravnika kot medicinske sestre. Tabela 3 prikazuje odgovore, ki so jih anketiranci glede vloge medicinske sestre pri cepljenju otroka, ocenjevali po pomembnosti od 1 - zelo pomembno, do 5 - zelo nepomembno.

Tabela 3: Mnenje staršev o vlogi medicinske sestre pri cepljenju otroka

Trditve	1	2	neodločeni	4	5
Poznati mora vrste cepiv	17 %	8 %	21 %	8 %	18 %
Psihična priprava otrok in staršev na cepljenje	16 %	21 %	16 %	31 %	16 %
Informirati starše o vrsti cepiva	13 %	24 %	29 %	18 %	16 %
Informirati starše o stranskih učinkih cepiva	5 %	21 %	24 %	29 %	3 %
Opazovati otroka po cepljenju	5 %	16 %	11 %	13 %	55 %

Diskusija

Staršem otrok, ki obiskujejo vrtec Jožefe Maslo Ilirska Bistrica, smo postavili vprašanja, s katerimi smo ugotavljali njihovo znanje in informiranost o pomenu cepljenja predšolskih otrok.

Raziskava je pokazala, da 61 % staršev meni, da imajo na razpolago dovolj informacij o pomenu cepljenja predšolskih otrok. Največkrat, v 29 %, se za informacije obrnejo na zdravnika. O stranskih učinkih cepljenja je bilo ustrezno seznanjenih 63 % anketirancev. V podobni raziskavi so Hak in sodelavci (3) ugotovili, da je izobraževanje, ki ga zdravstveni delavci preko zdravstvene vzgoje opravljajo, informacijska zloženka o cepivih in informacije preko medijev lahko učinkovita strategija pri opolnomočenju staršev. Austvoll-Dahlgren in Helseth (7) pa navajata, da omejeno znanje staršev o učinkih (in stranskih učinkih) cepiv lahko poveča njihove dileme glede varnosti cepiv. Razlog dilem o učinkovitosti cepljenja pa je povezan tudi z nizko stopnjo znanja staršev o nalezljivih boleznih (8-10). Kljub njihovem mnenju, da imajo na razpolago dovolj informa-

cij, je naša raziskava pokazala, da starši ne poznajo osnovnih značilnosti nekaterih nalezljivih bolezni, proti katerim so ali še bodo njihovi otroci cepljeni. Ugotovili smo tudi, da 39 % staršem dileme pri cepljenju predstavlja strah pred stranskimi učinki cepiv. Tuja raziskava je tudi pokazala, da skrb staršev predstavlja še nekateri drugi faktorji, in sicer materam otrok, ki niso bili v celoti cepljeni po programu, skrb predstavlja potencialne posledice cepljenja in da materam otrok, ki so bili v celoti cepljeni po programu, skrb povzroča dejstvo, da njihovi otroci kljub cepljenju niso dovolj zaščiteni (11).

Dobra in profesionalna komunikacija s starši in z otrokom je zelo pomembna ob vsakem obisku v ambulanti. Najpomembnejše prvine dobre komunikacije so: spoštovanje, razumljive informacije in nasveti, natančna navodila, pohvale. Zdravstveni delavci staršem na razumljiv način razložijo bolezni, ki jih s cepljenjem preprečimo ter jih poučijo o pomenu pravočasnega, popolnega in pozitivnega cepljenja (o revakcinacijah). Običajno zdravstveni delavci staršem izročijo tudi pisna navodila ter opišejo možne neželene učinke in kaj naj storijo v primeru njihovega pojava (2). Po splošnem mnenju staršev so zdravstveni delavci skupina najbolj zaupanja vrednih virov pri odgovarjanju na vprašanja in obravnavanje pomislekov glede zdravja njihovih otrok. Nedavna tuja raziskava o odnosu, znanju in vedenju staršev glede cepljenja predšolskih otrok – vključno z varnostjo cepiva in zaupanja – je pokazala, da 74 % staršev zaupa nasvetom njihovih strokovnjakov pediatrične zdravstvene nege. Pri tako visokem odstotku po mnenju staršev, medicinska sestra igra ključno vlogo pri usmerjanju staršev k njihovi odločitvi glede cepljenja (12). V naši raziskavi so nas odgovori staršev nekoliko presenetili, saj vlogo medicinske sestre v nekaterih raziskanih pogledih vidijo kot nepomembno. Raziskava narejena v Združenih državah je pokazala tudi, da je bilo 72 % staršev prepričana, ali zelo prepričana v varnost rutinskih cepljenj pri otrocih. Starše v 22 % tudi skrbi, da otroci dobijo preveč cepiv naenkrat in 20 % jih je bilo zaskrbljenih, da lahko cepivo povzroča avtizem (12).

Omejitev raziskave

Največjo omejitev raziskave predstavlja predvsem okoliščina, da je vzorčenje bilo priložnostno in da so starši anketne vprašalnike reševali tako, da so sledili navodilom na vprašalniku, brez predhodne razlage raziskovalcev.

Zaključek

V nekaterih pogledih rezultati naše raziskave odstopajo od raziskav narejenih v tujini. Razlog za to je tudi v različnih cepilnih programih in možnosti prostovoljnega odločanja o cepljenju.

Evropski teden cepljenja je letos potekal od 20. do 25. aprila s sloganom »Zavezanost k cepljenju«. Letošnje globalno geslo pa je bilo »Zmanjšajmo razlike - cepljenje za vse«. Svetovna zdravstvena organizacija na ta način želi spodbuditi posameznike v zavedanje vloge cepljenja za naše zdravje in hkrati opozoriti na pomen cepljenja za izkoreninjenje nekaterih nevarnih nalezljivih bolezni. Najboljši pristop dela medicinske sestre je zagotovo v pacienta usmerjen pristop. Starši želijo biti obveščeni o poteku in pomenu cepljenja, mnogi tudi zaupajo zdravstvenim delavcem. Čeprav zdravstveni delavci znanje in informacije posameznikom zagotavljajo skozi zdravstveno vzgojno delo, pa asimetrija znanja ostaja.

Literatura

1. World Health Organization (2015). Immunization. <http://www.who.int/topics/immunization/en/> <13. 4.2015>.
2. Kraigher A, Ihan A, Avčin T. Cepljenje in cepiva - dobre prakse varnega cepljenja: univerzitetni učbenik za študente medicinske in zdravstvene fakultete Ljubljana: Sekcija za preventivno medicino SZD : Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD : Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011: 15–49.
3. Hak E, Schonbeck Y, De Melker H, Van Essen GA, Sanders EA. Negative attitude of highly educated parents and health care workers towards future vaccinations in the Dutch childhood vaccination program. *Vaccine*. 2005; 23(24): 3103–3107.
4. Uradni list Republike Slovenije (2006). Zakon o nalezljivih boleznih. <https://www.uradni-list.si/1/content?id=72546> <13. 4.2015>.
5. Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2005: 1–10.
6. Premik M. Socialno medicinski vidiki zdravstvene vzgoje. *Zdrav Vestn*. 1996; I(3): 3–66.
7. Austvoll-Dahlgren A, Helseth S. Public health nurses' barriers and facilitators to the use of research in consultations about childhood vaccinations. *Scand J Caring*. 2012; 26(2):271–278.
8. Gellin BG, Maibach EW, Marcuse EK. Do parents understand immunizations? A national telephone survey. *Pediatrics*. 2000; 106(5): 1097–1102.
9. Mills E, Jadad AR, Ross C, Wilson K. Systematic review of qualitative studies exploring parental beliefs and attitudes toward childhood vaccination identifies common barriers to vaccination. *J Clin Epidemiol*. 2005; 58(11): 1081–1088.
10. Tickner S, Leman PJ, Woodcock A. Factors underlying suboptimal childhood immunisation. *Vaccine*. 2006; 24(49-50): 7030–7036.
11. Tarrant M, Thomson N. Secrets to success: a qualitative study of perceptions of childhood immunisations in a highly immunised population. *J Paediatr Child Health*. 2008; 44(10): 541–547.
12. Centres for Disease Control and Prevention (2012). Nurses Essential in Easing Parental Concerns about Vaccination. <http://www.cdc.gov/vaccines/events/niiw/promotional/media/downloads/matte-nurses.pdf> <13. 4.2015>.

Ocena prehranskega stanja in prehranske podpore starostnikov v Domu upokoencev Izola

Assessment of nutritional status and the nutritional support of older people in the retirement home of Izola

Slavica Sušelj in Tamara Poklar Vatovec

Povzetek

Izhodišča: Staranje je naravni biološki proces, ki pri različnih ljudeh poteka različno hitro. Z leti se spreminjajo presnovni metabolični, fiziološki in biokemični procesi v organizmu in te spremembe imajo neugoden vpliv na prehransko stanje starejše osebe. *Metode:* V raziskavi je sodelovalo sto stanovalcev doma, od tega petdeset moških in petdeset žensk in različnih starosti. Kot metodo dela smo uporabili Mini prehranski pregled, s katerim smo ocenili stanje prehranjenosti starostnikov. Podatke smo statistično obdelali s pomočjo programa SPSS. Za testiranje podatkov smo uporabili t-test ter Mann Whitneyjev U - test. *Rezultati:* Ugotovili smo, da je 20 % anketiranih starostnikov iz Doma upokoencev Izola podhranjenih in da je 35 % v nevarnosti za podhranjenost. Prehranske navade starostnikov niso v skladu s priporočili za prehrano starostnikov in zato prehranska podpora ni ustrezno prilagojena posameznemu starostniku. *Diskusija:* Slabo prehransko stanje in podhranjenost prispevata k poslabšanju zdravstvenega stanja, prezgodnji institucionalizaciji in prezgodnji smrti.

Ključne besede: starostnik, ocena prehranskega stanja, podhranjenost, prehranska podpora, MPP.

Abstract

Introduction: Aging is natural biological process, which happens at a different speed for different people. Over the years, the metabolic, physiological and biochemical processes in the organism change, and these changes can have an unfavourable effect on the nutritional status of an elderly person. *Methods:* One hundred inhabitants of the retirement home participated in the research, among which 50 women and 50 men in the different age. We used the Mini nutritional assessment to evaluate the level of malnutrition of elderly people. The data was statistically analysed using the SPSS program, and we also used the t – test and the Mann Whitney U – test for testing the data. *Results:* We established that 20 % of the elderly from the Izola Retirement Home were malnourished, and that 35 % risk malnutrition, that the eating habits of the elderly do not comply with recommendations for the diet of the elderly, and that nutritional support is insuffi-

cient and not adapted to elderly individuals. *Discussions:* Poor nutritional state and malnutrition lead to the deterioration of the health status, a premature institutionalization and a premature death.

Key words: elderly person, nutritional assessment, malnutrition, nutritional support, MNA.

Uvod

Staranje je počasen proces, a njegove vplive in posledice opazimo šele, ko napredujejo tako daleč, da se izrazijo merljive spremembe. Telo začne slabeti in starejšim ne dovoljuje, da bi počeli stvari, ki so jih včasih (1). Osnovna značilnost sprememb v procesu staranja je upočasnitev različnih procesov in posledično zmanjšanje delovanja različnih organskih sistemov ter s tem delovanja celotnega organizma (2). Z izrazom starostnik opišemo skupino prebivalcev, starejših od 65 let. Z izrazom zelo star starostnik pa opišemo starostno skupino nad 85 let. Oslabeli starostnik je zaradi telesnih, duševnih in/ali socialnih omejitev ali zaradi bolezni omejen v svojih vsakdanjih dejavnostih. Po navadi ima več sočasnih bolezni, kar mu onemogoči skrb zase. Potrebuje pomoč in je nagnjen k številnim zdravstvenim zapletom (3). V starosti nad 65 let lahko akutne in kronične bolezni ter različni življenjski pogoji, vključno s socialno izolacijo in slabim ekonomskim stanjem, zelo neugodno vplivajo na stanje prehrane starejšega človeka (4). Zmanjšanje teka, spremenjen vonj in okus, težave z oralnim zdravjem, nezmožnost nakupa in priprave hrane pogosto vodijo v podhranjenost (5). Jemanje različnih zdravil lahko tudi zmanjša tek, slabo vpliva na prebavo, absorpcijo in presnovo ali povečajo izločanje hranil. Na zmanjšan tek in neugodje pri prehranjevanju lahko vplivajo tudi okvara vida, sluha, zlasti oteženo vohanje in okušanje hrane. Lahko se zgodi, da star človek celo pozabi zaužiti obrok hrane zaradi živčnih in duševnih bolezni (4).

Metode

Raziskava je potekala decembra 2013 v Domu upokojencev Izola. Raziskovalno populacijo je predstavljalo 100 naključno izbranih starostnikov Doma upokojencev Izola, 50 moških in 50 žensk iz starostnih skupin 65 - 85 let in 85 in več let, starih v povprečju 81 let (s.d. = 7,8). Kot instrumentarij smo uporabili standardni anketni vprašalnik *Mini prehranski pregled* (MPP), katerega namen je ocena stanja prehranjenosti in izvedba prehranske podpore. MPP je sestavljen iz dveh delov. Prvi del MPP – *presejanje* – vsebuje vprašanja, ki se nanašajo na izgubo teka, izgubo telesne mase, mobilnost, prisotnost stresa ali bolezni v zadnjih treh mesecih, nevropsihološke težave ter ITM. Doseženih 11 ali manj točk kaže na mogočo podhranjenost in pregled je treba nadaljevati. Če je anketiranec dosegel 12 točk, ni treba nadaljevati z drugim delom vprašalnika. Drugi del vprašalnika MPP – *pregled* – vsebuje še dve dodatni antropometrijski merili (obseg sredine nadlahti in obseg meč) ter dodatna vprašanja, ki se nanašajo na jemanje zdravil, število in vrsto zaužitih obrokov, samooceno lastnega zdravja in stanja prehranjenosti. Največje možno število točk vprašalnika MPP je 30 točk. Doseženih 24 točk in več kaže na ustrezen prehranski status. Od 17 do 23,5 točke kaže na tveganje za podhranjenost, manj kot 17 točk pa na podhranjenost. Za merjenje telesne mase in telesne višine smo uporabili medicinsko tehtnico z merilnikom višine. Obseg nadlahti in meč

smo izmerili s centimetrskim trakom. Pridobljene podatke smo statistično obdelali in prikazali s pomočjo SPSS programa. Izračunali smo opisne statistike (minimum, maksimum, povprečje, standardni odklon) ter uporabili parni t-test in Mann Whitneyjev U-test. Namen raziskave je bil raziskati, kakšne so prehranjevalne navade starostnikov v Domu upokojencev Izola in stanje njihove prehranjenosti. V raziskavi smo uporabili naslednje hipoteze:

H 1: Ocena prehranskega stanja je ustrezna in starostniki v domu niso podhranjeni.

H 2: Med spoloma ni razlik v oceni prehranskega stanja.

H 3: Skupina starostnikov starih od 65 do 85 let in skupina starostnikov nad 85 let imata enake ocene prehranskega stanja.

Rezultati

Rezultati prehranskega presejanja

Ugotovili smo, da je 11 točk ali manj doseglo 57 starostnikov, od tega 27 moških in 30 žensk iz Doma upokojencev Izola, oziroma da pri njih obstaja nevarnost za podhranjenost ali so podhranjeni, in to 16 moških in 12 žensk in starostne skupine 65 - 85 let in 11 moških in 18 žensk, starih 85 in več let (Preglednica 1). Več kot 12 točk je doseglo 43 starostnikov, od tega 23 moških in 20 žensk, kar kaže da niso v nevarnosti za podhranjenost. Pri ženskah je najmanjše število doseženih točk 1, največje 14, povprečno 10,64 (s.d. = 2,54). Pri moških je najmanjše število točk 2, največje 14, povprečno 10,42 (s.d. = 3,26). Povprečno število doseženih točk pri starostni skupini 65 - 85 let je 10,8 (s.d. = 3,16), v starostni skupini nad 85 let pa 10 (s.d. = 2,40).

Tabela 1: Rezultati prehranskega presejanja.

Rezultati presejanja	65-85 let		85 in več let		Skupaj	
	Moški (n)	Ženske (n)	Moški (n)	Ženske (n)	Moški (n)	Ženske (n)
11 točk in manj	16	12	11	18	27	30
12 točk in več	20	14	3	6	23	20

Rezultati prehranskega pregleda

Rezultati kažejo, da je 20 starostnikov, od tega 14 moških in 6 žensk, Doma upokojencev Izola podhranjenih in 35 starostnikov, 12 moških in 23 žensk, je v nevarnosti za podhranjenost. Dva starostnika od 57 starostnikov sta dosegla več kot 23,5 točk in nista v nevarnosti za podhranjenost. Manj od 17 točk je doseglo 11 moških iz starostne skupine 65 - 85 let ter 3 moški in 6 žensk iz starostne skupine 85 in več let in so zato dobili oceno podhranjeni. V nevarnostni za podhranjenost je 35 starostnikov, in sicer 12 moških in 23 žensk. Iz starostne skupine 65-85 let 3 moški in 7 žensk in 9 moških in 16 žensk iz starostne skupine 85 in več let (Preglednica 2). Pri ženskah je najmanjše doseženo število točk 9, največje 22,5, povprečno 18,43 (s.d. = 3,59). Pri moških pa je najmanjše število točk 6,5, največje 25 in povprečno število doseženih točk 16,51 (s.d. = 5,04). Povprečno število doseženih točk v starostni skupini 65 - 85 let je 16,6 (s.d. = 4,91), v starostni skupini nad 85 let pa 18,4 (s.d. = 3,73).

Tabela 2: Rezultati prehranskega pregleda

Rezultati pregleda	65-85 let		85 in več let		Skupaj	
	Moški (n)	Ženske (n)	Moški (n)	Ženske (n)	Moški (n)	Ženske (n)
Manj od 17 točk	11	0	3	6	14	6
17-23,5 točk	3	7	9	16	12	23

Diskusija

Raziskavo smo začeli z vprašanjem, ki se je nanašalo na izgubo teka zaradi težav z žvečenjem, požiranjem ali prebavnimi težavami v zadnjih treh mesecih. Večina, 85 starostnikov, ni navajala težav s tekom, le 12 je navedlo, da ima zmerno izgubo teka in 3 starostniki imajo hudo izgubo teka. Glede izgube telesne mase je ugotovljeno, da 78 starostnikov ni izgubilo telesne mase v zadnjih treh mesecih, 22 starostnikov pa jo je izgubilo. Zmanjšanje teka in izguba telesne mase sta zelo pomembna pri določanju prehranskega stanja. Najpogostejše težave, ki so povezane s tema dvema dejavnikoma, so zaprtje, driska, slabo zobovje, problemi z žvečenjem in požiranjem ter suha usta (6). Kar se tiče sposobnosti posameznika za gibanje, smo ugotovili, da je 55 starostnikov nepremičnih ali potrebujejo pomoč pri gibanju in da je 45 starostnikov bolj ali manj samostojnih pri opravljanju vseh življenjskih aktivnosti, tudi pri hoji. Psihološki stres in akutno obolenje lahko vplivata na tek in posledično na prehransko stanje. V zadnjih treh mesecih 73 starostnikov ni utrpelo psihološkega stresa ali akutne bolezni, medtem ko je 27 starostnikov utrpelo. Huda ali lažja oblika demence je opažena pri 69 starostnikih. Hujšanje in spremenjene prehranjevalne navade so značilne za proces demence in nenadzorovano hujšanje je skoraj neizogibno v zadnjih fazah demence (6). Kar 50 % bolnikov z Alzheimerjevo boleznijo osem let po postavitvi diagnoze izgubi sposobnost, da se samostojno hranijo, počasneje žvečijo in požirajo, vendar se našteje težave lahko pojavijo tudi v zgodnjih fazah bolezni (7). Naši rezultati kažejo, da ima 19 podhranjenih starostnikov nevropsihološke težave. Izračun indeksa telesne mase - ITM (kg/m^2) napoveduje nevarnost bolezni tako pri tistih, ki imajo prenizko telesno maso kot tistih, ki so debeli (8). Glede na ITM > 23 (kg/m^2) ima največ starostnikov oceno prekomerna telesna masa ali debelost, oceno podhranjen ITM < 19 (kg/m^2) ima 13 starostnikov. S prehranskim presejanjem MPP smo ugotovili, da je 57 starostnikov iz Doma upokojencev Izola podhranjenih ali v nevarnosti za podhranjenost, od tega 27 moških in 30 žensk. S tem rezultatom nismo potrdili hipoteze 1: Ocena prehranskega stanja starostnikov v Domu upokojencev Izola je ustrezna. Med vsemi preiskovanci ni statistično značilnih razlik v doseženem številu točk MPP - presejanja med spoloma ($U = 1285,5; p = 0,805$), tako da smo potrdili hipotezo 2: Med spoloma ni razlik v oceni prehranskega stanja. Med preiskovanci je statistično značilna razlika med starostnima skupinama glede na rezultate pri MPP presejanju ($U = 887,0; p = 0,037$). Hipoteze 3: Skupina starostnikov, starih od 65 do 85 let in skupina starostnikov nad 85 let imata enako oceno prehranskega stanja, ne moremo potrditi. Pri 57 prehransko ogroženih starostnikih smo nadaljevali z drugim delom vprašalnika MPP - pregled. Večina starostnikov jemlje več

kot tri zdravila na dan. Nekatera zdravila lahko povzročajo zmanjšano izločanje slin, slabo oralno zdravje, ki pri starejših osebah lahko pripelje do zmanjšanja teka in izgube telesne mase, slabšo absorpcijo hranil, slabost, bruhanje, kar vpliva na prehransko stanje starostnika (9). Razjede zaradi pritiska ali druge kožne razjede tudi vplivajo na prehranski status. Zaradi razjede se izgublajo beljakovine, telesne tekočine, elektroliti, povečajo pa se potrebe po beljakovinah in drugih hranilih. Pri večini anketiranih nismo zasledili kroničnih ran, zasledili smo jih le pri 4 starostnikih. Prednost domov starejših občanov je tudi v tem, da starostnikom omogočajo najmanj tri obroke hrane na dan, kar večina starostnikov tudi zaužije. Samo dva ponujena obroka hrane na dan zaužije 8 starostnikov, en obok na dan pa 2 starostnika. Prehranske smernice navajajo, da naj bi pravilen ritem prehranjevanja obsegal 3 do 6 dnevni obroki: 3 glavne obroke in 1 do 3 dopolnilne obroke. Neredna prehrana je pomemben dejavnik tveganja za pojav kroničnih nenalezljivih bolezni in slabega počutja (10). Glede vnosa beljakovin večina starostnikov vsakodnevno uživa mleko in mlečne izdelke najmanj enkrat na dan, 2 moška in 1 ženska te skupine živil ne uživata. Meso, ribe ali perutnino vsakodnevno uživa 49 starostnikov, 9 žensk in 2 moška pa ne. Dobra polovica starostnikov je povedala, da ne zaužije priporočenih dva ali več obrokov sadja ali zelenjave na dan. Več kot polovica starostnikov ne zaužije priporočene količine tekočine na dan. Pri zdravem človeku količino napitkov odreja fiziološka žeja. Priporočljivo je, da dnevno zaužijejo dovolj tekočine, vode ali napitkov brez dodanega sladkorja ali vsebnosti alkohola. Alkoholne pijače in kava imajo diuretični učinek, zato niso primerne za nadomeščanje tekočine (4). Saletti in sodelavci navajajo, da je lahko nizek vnos tekočin pri starejših osebah lahko tvegan, ker s staranjem upada nivo telesnih tekočin in so starostniki nagnjeni k dehidraciji (11). Večina starostnikov se hrani brez težav, 19 jih ima težave pri hranjenju. Da so slabo prehranjeni, meni 13 starostnikov, ostali so neopredeljeni ali nimajo težav. Na vprašanje, kako ocenjujejo svoje zdravstveno stanje v primerjavi z drugimi, je večina navedla, da njihovo zdravstveno stanje ni tako dobro kot pri drugih starostnikih. Samo 5 starostnikov je navedlo, da je boljše. Starostnikom smo izmerili obseg sredine nadlahti in ugotovili, da ima večina obseg nadlahti več kot 22 cm. Z meritvijo obsega meč smo ugotovili, da ima 14 starostnikov obseg sredine meč manjši od 31 cm. Glede na rezultate prehranskega pregleda prehransko ogroženih starostnikov ni statistično značilnih razlik med starostnima skupinama ($U = 495,5; p = 0,152$). Prav tako med spoloma ni statistično značilnih razlik v rezultatih prehranskega pregleda ($U = 318,0; p = 0,164$). Rezultati raziskave kažejo, da je 20 starostnikov Doma upokojencev Izola podhranjenih, od tega 14 moških in 6 žensk. Med spoloma ni statistično značilnih razlik v številu doseženih točk MPP - pregleda ($U = 42,5; p = 0,7654$). Prav tako ni statistično značilnih razlik v številu doseženih točk med starostnima skupinama ($U = 59,5; p = 0,072$). Raziskave kažejo, da je podhranjenih 4 - 10 % starejših oseb ki živijo doma, 15 - 38 % starejših, ki živijo v institucijah, in 30 - 70 % hospitaliziranih starejših bolnikov (12). Finska raziskava poroča, da je v domovih za ostarele v Helsinkih 29 % podhranjenih starostnikov, 60 % pa v nevarnosti za podhranjenost. V švedski raziskavi je bila 1/3 starostnikov v domovih podhranjenih (11).

Zaključek

S starostjo povezane fiziološke spremembe v kombinaciji z organskimi in psihološkimi bolezenskimi procesi prispevajo k razvoju podhranjenosti. Podhranjenost je pri starejših osebah pogosta težava in redko diagnosticirana. Prehrana in prehranski status starostnika v domu naj bi bil sestavni del celostne obravnave in mora upoštevati vse nje-gove vidike: osebne, socialne, telesne in duševne. Slabo prehransko stanje starostnika je namreč povezano s slabšo kakovostjo življenja in slabšim funkcionalnim stanjem. Zgo-dnje odkrivanje podhranjenosti in takojšnje ukrepanje je ključnega pomena. MPP je bil razvit, da bi se ocenilo tveganje za podhranjenost pri starejših osebah, zajema fizične in duševne vidike zdravlja ter zaznava nevarnost za podhranjenost. Redni prehranski pre-gledi in sodelovanje medicinskih sester, dietetika, zdravnika in svojcev so od ključne-ga pomena.

Literatura

1. Bilban M. Staranje in starostniki. V: Zorec-Karlovšek M, ur. Starejši voznik: zbirka prispevkov, prikazanih na simpoziju 22. septembra 2010 v AMZS - Centru var-ne vožnje na Vranskem. Ljubljana: Združenje za razvoj forenzične toksikologije in drugih forenzičnih ved – FORTEX, 2010: 25–41.
2. Poredoš P. Zdravstveni problemi starostnikov. *Zdrav Vestn* 2004; (73): 753–756.
3. Ministrstvo za zdravje: Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bol-nišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane. Ljubljana, 2008.
4. Pokorn D. Prehrana v različnih življenjskih obdobjih: prehranska dopolnila v preh-rani. Ljubljana: Marbona, 2003: 177–8.
5. Prašević-Kojić T. Procena nutritivnog rizika u populaciji starih obolelih od diabe-tes melitus tip 2. *Opšta medicina* 2009; 15(3-4): 79–115.
6. DiMaria-Ghalili RA, Amella E. Nutrition in older adults. *Am J Nurs* 2005; 105(3): 40–50.
7. Soini H, Routasalo P, Lagstrom H. Characteristics of the mini Nutritional Assess-ment in elderly home care patients. *Eur J Clin Nutr* 2004; (58): 64–70.
8. Hickson M. Malnutrition and ageing. *Postgrad Med J* 2006; 82 (963): 2–8.
9. Adams NE, Bowie AJ, Simmance N, Murrarby M, Crowe T. Recognition by Med-ical and nursing professionals of malnutrition and risk of malnutrition in elderly Hospitalised patients. *Nutrition and Dietetics* 2008; (65): 144–150.
10. Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005 - 2010. Uradni list Republike Slovenije 39: 3681–3728.
11. Saletti A, Johansson L, Yifter-Lindgren E, Cederholm T. Nutritional status ac-cording to Mini Nutritional Assessment in an institutionalized elderly popul-tion in Sweden. *Gerontology* 2000; (46): 139–145.
12. Raynaud-Simon A, Revel-Delhom C, Hebuterne X. Clinical practice guidelines from the French health hight authority: Nutritional support strategy in protein-en-ergy malnutrition in the elderly. *Clin Nutr* 2011; (30): 312–319.

Razširjenost kajenja med dijaki tretjih letnikov srednje šole

The Prevalence of smoking among third grade high school students

Mateja Topler in Nataša Vidnar

Povzetek

Uvod: Kajenje je najbolj razširjena oblika zlorabe psihodejavnih snovi. V Sloveniji zaradi tobaka in njegovih posledic vsako leto umre približno 3500 ljudi. Kajenje je odvisnost od nikotina, ki jo spremljajo predvsem vedenjski, miselni in tudi fiziološki pojavi. *Metoda:* Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela. Za instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na osnovi pregleda literature. Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec, v katerega smo vključili 60 dijakov tretjega letnika Srednje zdravstvene šole Slovenj Gradec in 60 dijakov Gimnazije Ravne na Koroškem. V Srednji zdravstveni šoli je bilo vrnjenih 57 anket, v Gimnaziji Ravne na Koroškem 59 anket, kar predstavlja 96,6 % realizacijo vzorca. Podatki so bili zbrani in obdelani s programom Microsoft Office Excel 2007. *Rezultati:* S kajenjem se je srečalo 97 (83,6 %) dijakov. Kot glavnik dejavnik tveganja za pričetek kajenja je 81 (88,0 %) anketiranih navedlo radovednost, 107 (93,0 %) dijakov je mnenja, da pasivno kajenje škoduje tudi nekadilcem, 95 (82,6 %) anketiranih dijakov se zaveda zdravstvenih težav, ki jih povzročata kajenje. 60 (51,7 %) anketiranih je navedlo, da t. i. lahke cigarete niso manj škodljive za zdravje. 86 (74,7 %) anketiranih je mnenja, da bi se morali o škodljivosti kajenja med mladimi pogovarjati pogosteje. *Razprava in sklep:* Večina dijakov obravnavanih šol se je s kajenjem že srečala. Nekaj dijakov kadi redno, nekaj občasno, največ pa je tistih dijakov, ki so samo poizkusili kaditi. Največ dijakov je prižgalo prvo cigareto med 14. in 16. letom starosti, do tega jih je v večini primerov privedla radovednost. Dijaki so dobro informirani o škodljivosti kajenja in pomenu pasivnega kajenja.

Ključne besede: kajenje, mladostnik, cigareti, medicinska sestra, ozaveščanje

Abstract

Introduction: Smoking is the most widespread form of psychoactive abuse of substances. Every year around 3500 people in Slovenia dies, because of the effects of tobacco. Smoking is nicotine addiction which is accompanied by mental, physiological and behavioral phenomena. *Method:* The study is based on quantitative methods of work. For the instrument we used a questionnaire that was based on literature. We used a purposi-

ve sample in which we included 60 third grade students from Nursing School Slovenj Gradec and 60 students from the Gymnasium in Ravne na Koroškem. From the Nursing school we got 57 surveys back and from Gymnasium we got back 59 surveys which represents 96,6% sample realization. The data was collected and processed with Microsoft Office Excel 2007. *Results:* 97 (83,6%) students tried smoking. 81 (88,0%) of respondents cited that they started smoking because of curiosity. 107 students believe that passive smoking affects the ones who don't smoke. 95 (82,6%) of surveyed students are aware of the health problems caused by smoking. 60 (51,7%) of respondents indicated that light cigarettes are not less harmful to health. 86 (74,7%) of respondents believed that talking about negative effects of smoking should be more frequent among teenagers. *Discussion and conclusion:* Most of the students from the Nursing School Slovenj Gradec and Gymnasium Ravne na Koroškem had already met with smoking. Some students are smoking regularly, some occasionally but majority of them only tried smoking once. Most students have tried their first cigarette when they were 14–16 years old. The main reason why they have tried it was curiosity. All the students were and are well informed about the harmful effects of smoking and meaning of passive smoking.

Keywords: smoking, high school students, cigarette, nurse, awareness

Uvod

Kajenje je v današnjem svetu najpogostejša odvisnost in škoduje vsakemu organu človeškega telesa. Mladi po navadi prižgejo prvo cigareto pred svojo polnoletnostjo in se zanjo odločijo predvsem zaradi radovednosti. Kajenje poznamo vsi, nekadilci in kadilci. Vsakdo ima svoje mnenje o kajenju in kadilcih, vsakdo ima tudi pravico, da to mnenje pove jasno in glasno. Danes je kajenje preveč razširjena razvada. Premalo oziroma pretiho govorimo o škodljivosti kajenja. Jasno je, da KAJENJE UBIJA, je vzrok za številne bolezni in probleme, ki se končajo s smrtjo (13). V razvitem svetu je kajenje glavni dejavnik za nastanek in razvoj bolezni in smrti, ki jih je mogoče povsem odpraviti, daleč na prvem mestu. V nekaterih evropskih mestih kajenje tobaka umori več ljudi kot prometne nesreče, alkohol, požari, samomori, droge in AIDS skupaj (1 str. 9). Česar in Topolovec (2) navajata, da vedno več mladostnikov kadi in da začnejo s kajenjem že zelo zgodaj. Zaskrbljujoče je, da se pri mladostnem kadilcu prej vzpostavi odvisnost od nikotina in s tem tudi potreba po rednem kajenju. Skoraj večina odraslih prebivalcev kadilcev je postalo rednih kadilcev pred koncem najstniškega obdobja. Če mladostnik začne s kajenjem zgodaj, je večja verjetnost, da bo kot odrasel kadil in da bo s kajenjem težje prenehal. Tveganje za razvoj bolezni pri nižji starosti se poveča z zgodnjo izpostavljenostjo škodljivim učinkom tobačnega dima. Otrok po navadi pokadi prvo cigareto predvsem iz radovednosti, ker posnema odrasle, saj le-ti zelo pogosto posegajo po tej razvadi. Večina ljudi začne kaditi v najstniških letih. Mladostniki vedo, da je kajenje škodljivo, vendar jih to ne ustavi. Mladostniki menijo, da jih bo cigareta pomirila pri stresu, napetosti, tragičnem dogodku in različnih duševnih stiskah. Kajenje le trenutno olajša novonastalo stresno situacijo, vendar le navidezno, saj dejansko ne olajša ničesar. Kajenje ostaja kot navada po tem, ko stres popusti in ko se življenje povrne v normalne tire. Mladostniki so mnenja, da kajenje povzroča težave z zdravjem šele v poznejših letih, vendar se posledice hitro pokažejo tudi pri mladih. Kajenje je danes

najbolj množična odvisnost ljudi. V svetu je vedno več raziskav, ki preučujejo družbene in psihološke vzroke, zaradi katerih se ljudje odločajo za uživanje tobaka. Vedno več je tudi raziskav, ki odkrivajo posledice dolgotrajnega kajenja oziroma odvisnosti. Ljudje se delimo na kadilce in nekadilce že nekje od 15. leta dalje oziroma od srednješolskih let, ko si mislimo, da smo odrasli, zato nekateri izmed nas začnejo kaditi. Med kadilci in nekadilci je veliko razlik v zdravju in življenjski dobi. Poznamo veliko bolezni, ki se pojavljajo predvsem kot posledica dolgotrajnega kajenja. Vsak posameznik ima pravico ogroziti svoje življenje, zato moramo nekadilci po eni strani kadilce razumeti, saj imajo vso pravico do uničenja lastnega življenja. Po drugi strani pa so novejša raziskava pokazale, da je pasivno kajenje še bolj škodljivo kot aktivno. To nas pripelje do sklepa, da še tako strasten kadilec nima pravice ogroziti zdravja in življenja nekadilca (13). Kadilci so dovzetnejši za različne okužbe. Pri njih ugotavljajo tudi slabše celjenje ran. Pogosta je nespčnost in motnje v delovanju čutil. Kadilci slabše okušajo, imajo motnje v delovanju očesne šarenice, prizadeta je ostrina vida, težje razpoznavajo barve in glas izgublja čistost. Pogoste so motnje pri menstruaciji. Telesna zmogljivost je manjša kot pri nekadilcih. To je tudi razlog, da športniki, ki želijo dosegati boljše rezultate, ne kadijo. Ugotovili so tudi zaostajanje v rasti pri šolarjih, ki so začeli zelo zgodaj kaditi. Vzrok je v kroničnem pomanjkanju kisika v krvi kadilcev. Kajenje tudi vpliva na delovanje zdravil, ki jih kadilec prejema (5 str.15-22). Novak Mlakar in Čuš (12) navajata, da je v Sloveniji kajenje tobaka najpomembnejši preprečljiv dejavnik tveganja za smrt in izgubljena zdrava leta življenja zaradi prezgodnje smrti in manj zmožnosti. Pri nas kadi približno četrtina prebivalstva; kadi več moških kot žensk. Zaradi s kajenjem povzročenih bolezni umre okoli polovica rednih kadilcev. Polovica teh smrti je prezgodnja, tj. med 35. in 69. letom starosti. V Sloveniji zaradi s kajenjem povzročenih bolezni umrejo povprečno 16 let prej kot njihovi vrstniki, ki niso nikoli kadili. O škodljivosti kajenja poskušajo številne organizacije ozavestiti mladostnike in s tem preprečiti zgodnji začetek uživanja tobaka. Starostna meja mladostnikov, ki kadijo, se znižuje, število mladostnikov, ki kadijo, pa se povečuje. Visoka obolevnost ljudi, ki kadijo, povzroča resne zdravstvene ter ekonomske težave (1 str. 9). Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da bo v naslednjih 25 letih zaradi bolezni, povezanih z rabo tobaka, umrlo 150 milijonov sedaj živečih ljudi, če se bo ta trend nadaljeval. Samo intervencije, ki bodo te ljudi opogumile in jim omogočile, da prenehajo z rabo tobaka, lahko zmanjšajo število smrti (1 str. 9).

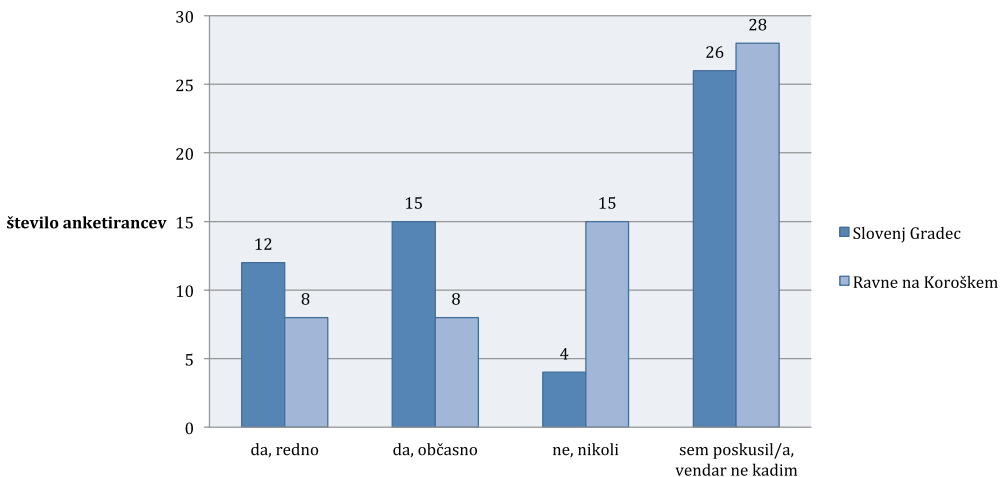
Metoda

Za izdelavo diplomskega dela smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop, metodo deskripcije. Za izvedbo raziskave smo uporabili strukturiran instrument v obliki anketnega vprašalnika. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. V vzorec smo vključili izvajalce zdravstvene nege v Centru za usposabljanje, delo in varstvo Dobrna - CUDV (20 zaposlenih) in Zavodu za usposabljanje, delo in varstvo Dornava - ZUDV (40 zaposlenih). Vrnjenih je bilo 56 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 93,3 % realizacijo vzorca. Glede na starost smo anketirance razdelili po skupinah, in sicer: 15 (35,7 %) anketirancev je starih 20–30 let, 7 (16,6 %) anketirancev je starih 31–40 let; 16 (38 %) anketirancev je starih 41–50 let; 4 (9,6 %) anketiranci pa so stari več kot 51 let. Med sodelujočimi v raziskavi jih ima 37 (88,1 %) srednješolsko izobrazbo in 5 (11,9 %)

visokošolsko strokovno izobrazbo. Prav tako nas je zanimalo, koliko delovnih izkušenj imajo anketiranci z osebami z motnjami v duševnem razvoju. 19 (45,2 %) anketirancev ima 1–10 let, 9 (21,4 %) anketirancev 11–20 let, 10 (23,8 %) anketirancev 21–30 let in 4 (9,5 %) anketiranci imajo več kot 31 let delovnih izkušenj. Podatke smo statistično obdelali s pomočjo programa SPSS 21.0. in Microsoft Excel 2010. Pred izvedbo raziskave smo pridobili soglasje k raziskovanju od vodstva CUDV Dobrna in ZUDV Dornava. Anketiranim izvajalcem zdravstvene nege smo zagotovili pravico do polne pojasnitve, pravico do samoodločbe, anonimnosti in zaupnosti.

Rezultati

V nadaljevanju prikazujemo rezultate raziskave, ki smo jih pridobili s pomočjo anketnega vprašalnika v Srednji zdravstveni šoli Slovenj Gradec in v Gimnaziji Ravne na Koroškem.



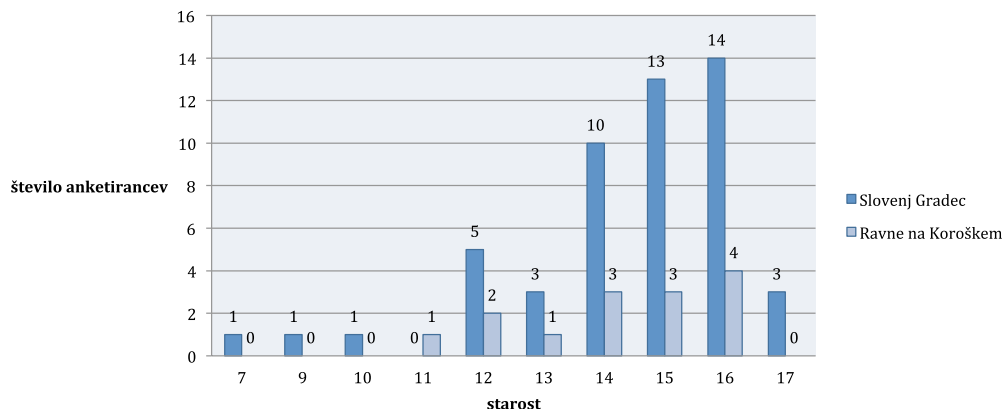
Slika 1: Pogostost kajenja.

Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

Iz slike 1 je razvidno, da 12 (10,3 %) slovenjegraških dijakov redno kadi, 15 (12,9 %) jih kadi občasno, 4 (3,4 %) dijaki še nikoli niso kadili in 26 (22,4 %) dijakov je poizkusilo kaditi, vendar ne kadijo več.

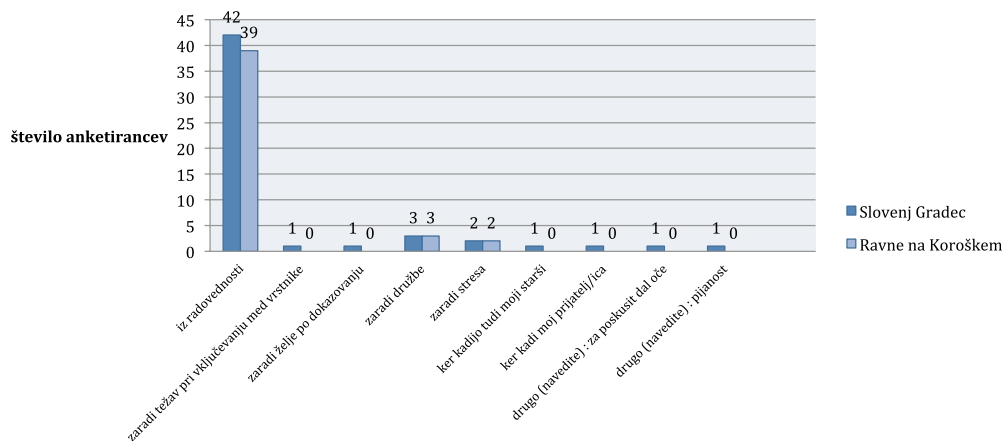
Iz zgornjega slike je razvidno, da je 1 (1,5 %) dijak zdravstvene šole prvič poizkusil kaditi pri sedmem letu, prav tako je 1 (1,5 %) dijak poizkusil prvo cigareto pri devetem letu in 1 (1,5 %) dijak pri desetem letu. 5 (7,6 %) dijakov je prvo cigareto prižgalo pri dvanajstem letu, 3 (4,6 %) so prvo cigareto prižgali pri trinajstem letu, 10 (15,3 %) v štirinajstem letu, 13 (20,0 %) v petnajstem letu, 14 (21,5 %) dijakov je bilo starih šestnajst let, ko so prvič prižgali cigareto, in 3 (4,6 %) so prvo cigareto prižgali pri svojih sedemnajstih letih. V Gimnaziji Ravne na Koroškem je 1 (1,5 %) dijak prižgal prvo cigareto pri enajstih letih, 2 (3,0 %) dijaka pri dvanajstih letih, 1 (1,5 %) dijak pri trinajstih letih, 3 (4,6 %) v štirinajstem letu, prav tako so 3 (4,6 %) dijaki prvo cigareto prižgali pri petnajstih letih in 4 (6,1 %) pri šestnajstih letih.

RAZŠIRJENOST KAJENJA MED DIJAKI TRETJIH LETNIKOV SREDNJE ŠOLE



Slika 2: Starost, pri kateri so dijaki prvič poizkusili kaditi.

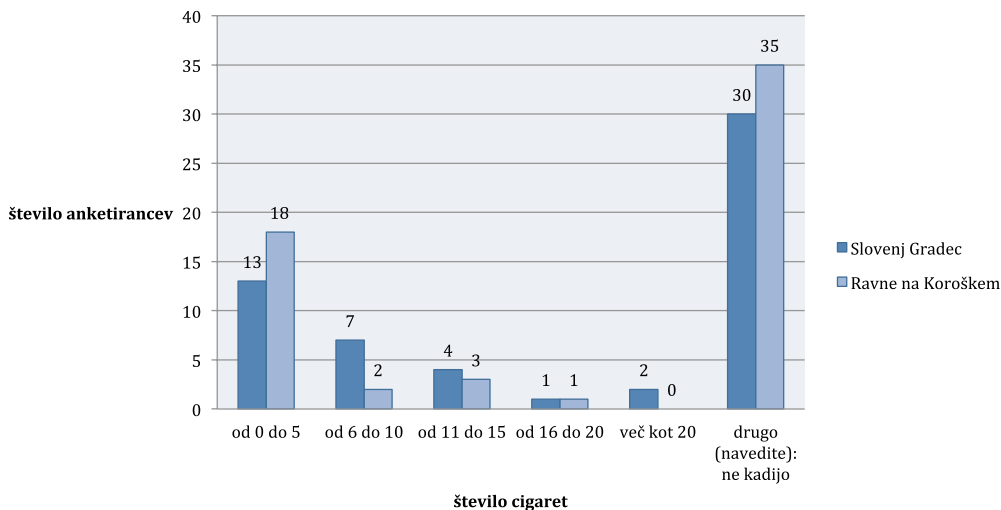
Vir: Anketni vprašalnik, 2014.



Slika 3: Dejavniki tveganja za pričetek kajenja.

Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

Iz slike 3 je razvidno, da je kar 42 (43,2 %) dijakov iz Srednje zdravstvene šole Sl. Gradec prvo cigareto prižgalo iz radovednosti, na Gimnazije Ravne na Koroškem pa je prižgalo prvo cigareto iz radovednosti 39 (40,2 %) dijakov, 3 (3,0 %) zaradi družbe in 2 (2,0 %) zaradi stresa.



Slika 4: Število cigaret, ki jih dijaki dnevno pokadijo.

Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

Iz slike 4 je razvidno, da 13 (11,2 %) dijakov Srednje zdravstvene šole Sl. Gradec pokadi do pet cigaret dnevno, 7 (6,0 %) jih pokadi od šest do deset cigaret dnevno, 4 (3,4 %) dijaki pokadijo med 11 in 15 cigaret dnevno, 1 (0,8 %) dijak pa med 16 in 20 cigaret dnevno, 2 (1,7 %) dijaka pokadita več kot 20 cigaret dnevno, 30 (25,8 %) dijakov ne kadi. Na Gimnaziji Ravne na Koroškem 18 (15,5 %) dijakov pokadi do pet cigaret dnevno, 2 (1,7 %) dijaka med šest in deset, 3 (2,5 %) med enajst in petnajst, 1 (0,8 %) dijak pokadi med šestnajst in dvajset cigaret dnevno, noben dijak iz Gimnazije Ravne na Kor. ne pokadi več kot dvajset cigaret dnevno in 35 (30,1 %) dijakov ne kadi.

Tabela 1: Mnenja dijakov Srednje zdravstvene šole Sl. Gradec o kajenju.

TRDITVE	MIN	MAX	PV	SO	MODUS (%)
Kajenje mi povzroča splošno poslabšanje zdravstvenega stanja.	1	5	3,6	1,3	5 (36)
Kajenje v meni povečuje občutek stresa.	1	5	2,4	1,2	1 (30)
Kajenje me pomirja.	1	5	3,1	1,3	3 (34)
S kajenjem ne škodim samo sebi, ampak tudi ljudem okoli sebe.	2	5	4,5	0,7	5 (62)
Kadim zaradi sprostitve in zmanjšanja napetosti.	1	5	3	1,3	3 (32)
Kadim zato, ker se mi zdi prijetno.	1	5	2,7	1,1	3 (40)
Kadim zaradi zasvojenosti z nikotinom.	1	5	2,4	1,3	1 (50)

Legenda: MIN-minimalna vrednost, MAX-maksimalna vrednost, PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, MODUS-najpogostejša vrednost.

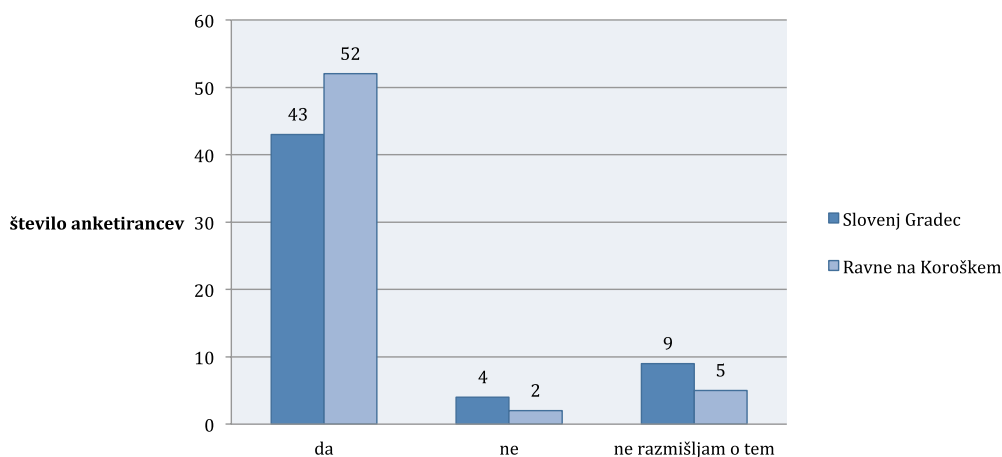
Vir: Anketni vprašalnik, 2014

Tabela 2: Mnenja dijakov Gimnazije Ravne na Koroškem o kajenju.

TRDITVE	MIN	MAX	PV	SO	MODUS (%)
Kajenje mi povzroča splošno poslabšanje zdravstvenega stanja.	1	5	3,5	1,3	4 (33,3)
Kajenje v meni povečuje občutek stresa.	1	5	2,5	1,2	2 (27,7) 3 (27,7)
Kajenje me pomirja.	1	5	2,6	1,4	1 (33,3)
Skajenjem ne škodim samo sebi, ampak tudi ljudem okoli sebe.	1	5	4,1	1,2	5 (55,5)
Kadim zaradi sprostitve in zmanjšanja napetosti.	1	5	2,7	1,4	1 (33,3)
Kadim zato, ker se mi zdi prijetno.	1	5	2,5	1,3	1 (33,3) 3 (33,3)
Kadim zaradi zasvojenosti z nikotinom.	1	5	2,1	1,4	1 (50)

Legenda: MIN-minimalna vrednost, MAX-maksimalna vrednost, PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, MODUS-najpogostejša vrednost.

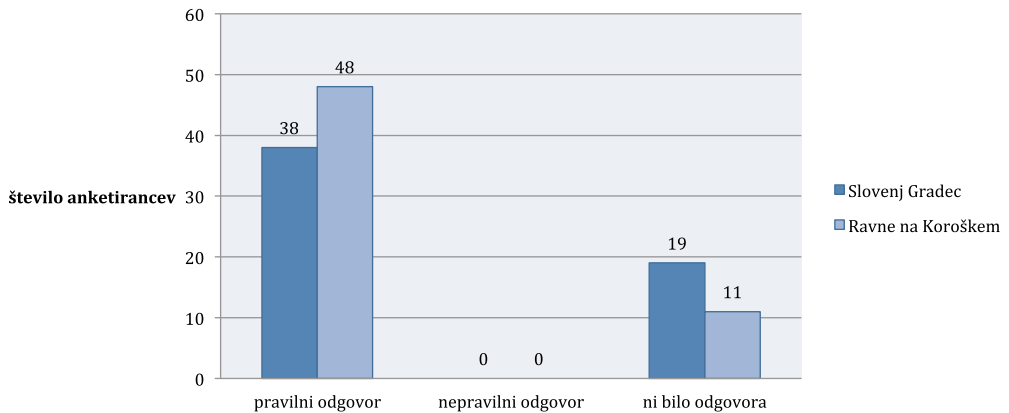
Vir: Anketni vprašalnik, 2014.



Slika 5: Zavedanje zdravstvenih težav zaradi kajenja.

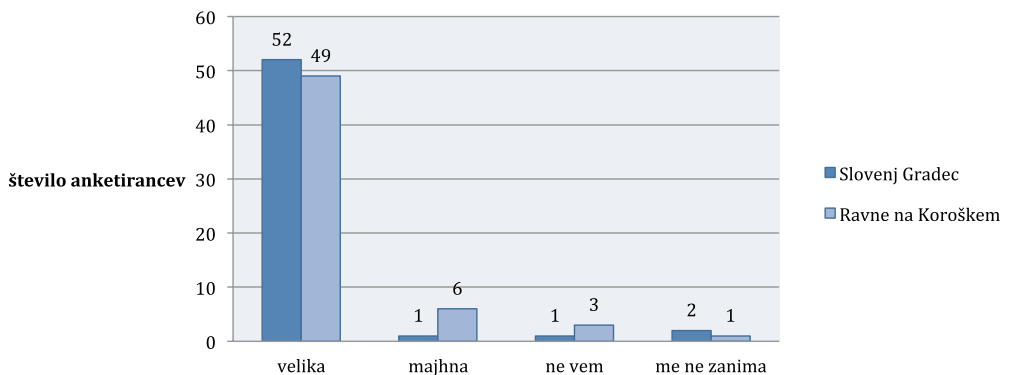
Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

Iz slike 5 je razvidno, da se 43 (37,3 %) dijakov Srednje zdravstvene šole Slovenj Gradec zaveda zdravstvenih težav, ki jih povzroča kajenje, le 4 (3,4 %) se le teh težav ne zavedajo in 9 (7,8 %) dijakov o tem sploh ne razmišlja. Kar 52 (45,2 %) gimnazijcev se zaveda zdravstvenih težav zaradi kajenja, le 2 (1,7 %) se teh ne zavedata in 5 (4,3 %) dijakov o njih ne razmišlja.



Slika 6: Poznavanje zdravstvenih težav, povezanih s kajenjem. Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

Iz slike 6 je razvidno, da je 38 (32,7 %) dijakov zdravstvene šole pravilno odgovorilo na vprašanje, katere zdravstvene težave, povezane s kajenjem poznate, 19 (16,3 %) dijakov pa na vprašanje ni odgovorilo. Kar 48 (41,3 %) gimnazijcev je na vprašanje odgovorilo pravilno, 11 (9,4 %) dijakov odgovora ni podalo.



Slika 7: Razširjenost kajenja med srednješolci. Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

Iz slike 7 je razvidno, da je kar 52 (45,2 %) dijakov zdravstvene šole mnenja, da je razširjenost kajenja med srednješolci velika, le 1 (0,8 %) je mnenja, da je razširjenost majhna, prav tako 1 (0,8 %) dijak ne ve, kakšna je razširjenost kajenja in 2 (1,7 %) dijaka ne zanima, kakšna je razširjenost kajenja med srednješolci. Kar 49 (42,6 %) gimnazijcev meni, da je razširjenost kajenje med srednješolci velika, 6 (5,2 %) jih meni, da je majhna, 3 (2,6 %) gimnazijci ne vedo, kakšna je razširjenost in 1 (0,8 %) gimnazijca razširjenost kajenja med srednješolci ne zanima.

Razprava

Izvedena raziskava nam je omogočila pridobitev podatkov, s katerimi smo lahko odgovorili na zastavljena raziskovalna vprašanja. Raziskavo smo izdelali med dijaki Srednje zdravstvene šole Slovenj Gradec in dijaki Gimnazije Ravne na Koroškem. Rezultati so

pokazali, da imajo dijaki veliko izkušenj s kajenjem in da se tudi zavedajo resnosti zdravstvenih težav, ki jih kajenje povzroča. Na raziskovalno vprašanje »Kakšna je razširjenost kajenja med srednješolci?« je večina dijakov Srednje Zdravstvene šole in Gimnazije Ravne na Koroške odgovorila, da je po njihovem mnenju razširjenost kajenja med srednješolci velika. Zanimivo je, da so dijaki obeh šol podobnega mnenja, vendar smo na podlagi naše raziskave ugotovili, da temu ni tako, ampak da prevladuje delež mladostnikov, ki so samo poizkusili kaditi. Koprivnikar (9) navaja, da delež mladostnikov, ki so poskusili kaditi, in delež mladostnikov, ki kadijo, s starostjo narašča, kar velja za oba spola, različne države Evrope in Slovenijo. Na raziskovalno vprašanje »Kje dobijo srednješolci največ informacij o škodljivosti kajenja?« so se mnenja dijakov zdravstvene šole in gimnazije nekoliko razlikovala. Največ dijakov zdravstvene šole je odgovorilo, da največ informacij o škodljivosti kajenja dobijo pri učiteljih, medtem ko je največ gimnazijcev odgovorilo, da srednješolci največ informacij o škodljivosti kajenja dobijo preko medijev. Kot naslednje so dijaki zdravstvene šole imenovali zdravstvene delavce, gimnazijci pa so na drugo mesto postavili starše. Koprivnikar (9) v svoji raziskavi ugotavlja, da so največ informacij o tobaku in kajenju srednješolci pridobili od staršev, sledijo medicinske sestre, učitelji in sošolci. Pri raziskovalnem vprašanju »Kateri dejavniki vplivajo na začetek kajenja pri srednješolcih?« so bili dijaki obeh šol zelo podobnega mnenja. Obe šoli sta na prvo mesto oz. za ključni dejavnik za začetek kajenja pri srednješolcih postavili radovednost, na drugo mesto družbo in kot tretji najpogostejši dejavnik sta izbrali stres. Kastelic, Mikulan (14) navajata, da je razlogov za začetek kajenja precej, po navadi gre za splet različnih dejavnikov: radovednost, uporništva, težav pri vključevanju med vrstnike, želje po udobju, dokazovanju, stresnih okoliščin in različnih družinskih situacij. Kot odgovor na raziskovalno vprašanje »Ali so srednješolci dovolj ozaveščeni o škodljivosti kajenja?« lahko odgovorimo pritrdilno, saj se kar 43 (37,3 %) dijakov zdravstvene šole in 52 (45,2 %) gimnazijcev zaveda zdravstvenih težav, ki jih povzroča kajenje. Kljub temu, da se zavedajo zdravstvenih težav, je 46 (40,0 %) dijakov Srednje zdravstvene šole in 40 (34,7 %) gimnazijcev mnenja, da bi se bilo potrebno pogosteje pogovarjati o škodljivosti kajenja. V primeru, da bi se izvajale delavnice na temo škodljivosti kajenja, bi se le-teh udeležilo komaj 15 (12,9 %) dijakov zdravstvene šole in 11 (9,4 %) gimnazijcev. Na raziskovalno vprašanje »Katere so najpogostejše zdravstvene težave, ki so povezane s kajenjem?« so anketirani odgovorili, da kajenje povzroča predvsem raka na pljučih, bronhitis, astmo, kašelj, draženje oči ter glavobol. Le nekaj dijakov je dokazalo, da se zares zaveda zdravstvenih težav, ki jih povzroča kajenje, saj so navedli tudi rak grla in požiralnika, emfizem, možgansko kap, KOPB, pljučnico in rumene zobe. Novak Mlakar in Čuš (12), kot najpomembnejše zdravstvene težave, povezane s kajenjem, navajata rak ustne votline, žrela, grla, požiralnika, pljuč, želodca, trebušne slinavke, debelega črevesja, jeter, ledvic, mehurja, materničnega vratu, nosne votline, sinusov in levkemijo, bolezni dihal, pod katere spadajo kašelj, povečano nastajanje sluzi, izpljunek, upad pljučne zmogljivosti, akutna okužba zgornjih dihal, pljučnica, kratka sapa, astma, kronična obstruktivna bolezen pljuč in emfizem, tuberkuloza. Srčno - žilne bolezni: možganska kap, srčni infarkt, poškodba in zamašitev srčnih arterij, anevrizma aorte, bolezen perifernih arterij, poslabšanje arterijske hipertenzije. Kot najpomembnejše zdravstvene težave kajenja navajata tudi odvisnost, spremenjeno delo-

vanje nevrotovtransmitterjev v možganih, strah pred škodo, ki jo kajenje povzroča. Navajata tudi motnje v reproduktivnem sistemu: deformacije, zmanjšana gibljivost in število semenčic, impotenca in neplodnost pri moških, obmenstrualne bolečine, zgodnejša menopavza, motnje zanositve in neplodnost pri ženskah, zapleti v nosečnosti, zgodnejši porod. Navajata tudi, da med najpomembnejše zdravstvene težave spada tudi razjeda na želodcu in dvanajstniku, siva mrena, slabše zdravljenje operativnih ran, patološki zlomi kolka, osteoporoza, poslabšanje sladkorne bolezni in oslavljen imunski sistem. Zanimivo je, da dijaki veliko posegajo po kajenju, resnosti zdravstvenih težav pa se ne zavedajo oz. jih ne poznajo dovolj. Rezultati med šolama se ne razlikujejo veliko, glede na to, da bi lahko bili dijaki Srednje zdravstvene šole Slovenj Gradec veliko bolj informirani in ozaveščeni o najpogostejših zdravstvenih težavah, ki jih kajenje povzroča. Zanimiva je ugotovitev, da je samo 12 (10,3 %) dijakov zdravstvene šole in 8 (6,8 %) gimnazijcev odgovorilo, da kadi redno. Medtem ko je kar 26 (22,4 %) dijakov zdravstvene šole in kar 28 (24,1 %) gimnazijcev odgovorilo, da so samo poskusili kaditi. V raziskavi, ki jo je opravila ESPAD (2009), so mladi začeli kaditi pri 13. letih, naša raziskava pa kaže, da je največ dijakov prižgalo prvo cigareto med 14. in 16. letom starosti.

Sklep

Mladostništvo je obdobje uporništv, čustvene nestabilnosti, telesnih in psiholoških sprememb. V najstniškem obdobju mladostniki želijo, da bi spoznali in doživeli čim več. V današnjem času se mladostniki razvijajo precej hitreje, kot so se včasih, zato se tudi s prvo cigareto srečajo že zelo zgodaj. V večini primerov dijaki poizkusijo cigareto zaradi radovednosti, ampak le nekaj od teh dijakov potem ostane tudi rednih kadilcev. Naša raziskava je pokazala, da so mladostniki dobro informirani o škodljivosti kajenja in o zdravstvenih težavah, ki jih kajenje povzroča, vendar so dijaki kljub temu mnenja, da bi se morali o škodljivosti kajenja pogovarjati pogosteje. Dobro se zavedajo tudi pomena pasivnega kajenja, ampak se posledic le-tega mnogi ne zavedajo dovolj. Prikazali smo najpogostejše zdravstvene težave, ki so povezane s kajenjem, in ugotovili, da dobijo srednješolci največ informacij o škodljivosti kajenja od medijev, učiteljev in staršev. Zato menimo, da bi bilo potrebno v ozaveščanje dijakov o škodljivosti kajenja bolj vključevati medicinske sestre, saj imajo pomembno vlogo pri vzgoji mladostnikov.

Literatura

1. Čakš T. Opustite kajenje in zmagajte: oris pomoči pri odvijanju od kajenja. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2004: 9–13.
2. Časar I, Topolovec E. Mladi in tobak. Maribor: Slovenska zveza za tobačno kontrolo Republike Slovenije; 2009: 9.
3. Drobne M, Mohar P. Vzgoja za zdravje. Celje: Mohorjeva družba; 2004.
4. Fortič B. Pljučni rak na koncu cigarete. Ljubljana: Republiški odbor Rdečega križa Slovenije; 1982: 67.
5. Guid N. Spodbujamo nekajenje: Priročnik za učitelje in učence v osnovnih šolah. Ljubljana: Društvo pljučnih bolnikov Slovenije: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2000: 15–22.

6. Koprivnikar H. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja v Sloveniji; 2011.
7. Koprivnikar H. Izzivi opuščanja kajenja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, Center za promocijo zdravja; 2012.
8. Koprivnikar H. Dejstva o škodljivosti kajenja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, Center za promocijo zdravja; 2012.
9. Koprivnikar H. Preprečevanje začetka kajenja in zmanjšanje njegovega uspeha med mladostniki. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009.
10. Koprivnikar H. Dejavniki, ki vplivajo na kajenje mladostnikov. *Zdrav Vestn.* 2011; (80): 499–502. Dostopno na : http://www.szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/2011/junij/499-505.pdf <29. 4. 2014>.
11. Koprivnikar H. Preprečevanje začetka kajenja in zmanjševanje njegovega obstoja med mladostniki. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009. Dostopno na: http://www.zzv-go.si/fileadmin/pdfdoc2010/45_2.pdf <29. 4. 2014>.
12. Novak Mlakar D, Čuš B. Recite cigareti ne. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije: Center za krepitev zdravja in obvladovanje kroničnih bolezni. Ljubljana; 2012.
13. Šimek D. Zasvojenosti. Maribor: Srednja ekonomska šola; 2000.
14. Kastelic A, Mikulan M. Mladostnik in droga : priročnik za starše in učitelje. Ljubljana: Prohealth, 2004.

Zdravstveno vzgojno delo z odraslo populacijo – predstavitev spletne aplikacije napotitev v programe svetovanja za zdravje

Health education work with the adult population – the presentation of computer program for referral programs in counselling for health

Zvezdana Vražič

Povzetek

Pri preprečevanju dejavnikov tveganja za razvoj srčno-žilnih obolenj se zavedamo pomena zdravstveno vzgojnega svetovanja, tako v ambulantah, kakor tudi v učnih delavnicah. Za boljšo komunikacijo med zdravnikom, medicinsko sestro, pacientom in ZVC (Zdravstveno vzgojnim centrom) smo poskrbeli z uvedbo spletne aplikacije »Napotitev v programe svetovanja za zdravje«.

Ključne besede: program svetovanja za zdravje, računalniški program, napotitve.

Abstract

The prevention of risk factors for the development of cardiovascular diseases and is aware of the importance of the medical purpose of advice, both in outpatient clinics, as well as in learning workshops. For better communication between doctor, nurse and patients with ZVC (health detention centers) we take care with the introduction of a computer program of referral programs for health counselling.

Key words: health education work, computer program, referral programs in counselling for health.

Uvod

Accetto (1) navaja, da je tveganja za nastanek in razvoj srčno-žilnih obolenj lahko uspešno zmanjšamo s slogom življenja, ki mu pravimo zdrav način življenja. To ni zdravljenje, govorimo o normalnem zdravem načinu življenja, kar je cilj slehernega človeka. Vsi »ogroženi«, torej vsi, pri katerih so prisotni dejavniki nevarnosti za razvoj bolezni srca in žilja, pa morajo storiti še več. Nevarnosti morajo najprej poskušati odpraviti sprva s strožjim dietetskimi in drugimi ukrepi brez zdravil, večkrat pa je potrebno tudi jemanje različnih zdravil pod nadzorom zdravnika. Zato se takšnim bolnikom priporoča, da se udeležijo organiziranih učnih delavnic v zdravstvenih domovih in pod zdravstvenim nadzorom poskrbijo za povrnitev ali izboljšanje zdravstvenega stanja v ZVC-ju. Zaradi dolgoletnih težav z napotitvami in udeležbo pacientov v učnih delavnicah Promocije zdravja, smo se odločili, da na Oddelku za promocijo zdravja, Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca, razvijemo spletno aplikacijo, katera bo olajšana komunikacijo med

zdravnikom, medicinsko sestro, pacientom in ZVC (Zdravstveno vzgojnim centrom). Portal, katerega nismo posebej poimenovali, smo pripravili ne samo zaradi lažje napotitve, ampak tudi, da smo olajšali delo svetovalcev v ZVC in tudi večjo preglednost napotnih in obravnavanih pacientov.

Zdravstvena vzgoja za odraslo populacijo

Občasnik (2): Program svetovanja za zdravje je opredeljen v dveh temeljnih dokumentih:

- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na pravni ravni (Ur.l. RS, št. 19/1998, 47/1998, 26/2000, 67/2001, 33/2002, 37/2003, 177/2004, 31/2005, 83/2007, 22/2009).
- Splošni dogovor za posamezno pogodbeno leto ZZZS - Občasnik.

Ciljna populacija preventivnih pregledov so moški v starosti 35 do 65 let in ženske v starosti 45 do 70 let. V Programe svetovanja za zdravje so napotene osebe, ki imajo desetletno srčno-žilno tveganje več kot 20%, ter vse kadilce, osebe s prekomerno telesno težo (ITM > 30), hipertonike, sladkorne bolnike, bolnike z diagnozo depresija in tvegane pivce.

Predstavitev učnih delavnic Programa svetovanja za zdravje

Učne delavnice programa svetovanja za zdravje so nemedikamentozna intervencija in pomoč pri spreminjanju tveganih vedenj. Uvodni del Programa svetovanje za zdravje (PSZ) (zdravstveno vzgojne delavnice Življenjski slog, Preizkus hoje na 2 km, Dejavniki tveganja) je namenjen začetnemu informiranju udeležencev o zdravem življenjskem slogu in dejavniki tveganja ter motiviranju ljudi za vključitev v strukturirane, daljše tematske delavnice, namenjene osebam s prisotnimi dejavniki tveganja in visoko ogroženim za razvoj srčno-žilnih in ostalih kroničnih nenalezljivih bolezni ter že zbolelim. Zato se v uvodni del PSZ lahko vključijo vse zainteresirane osebe iz ciljne populacije programa, v nadaljevalni del PSZ (daljše tematske delavnice Zdrava prehrana, Telesna dejavnost – gibanje, Zdravo hujšanje) pa le osebe, napotene s strani izbranega osebnega zdravnika. Za udeležbo v delavnici Da, opuščam kajenje in individualnem svetovanju za opuščanje kajenja ni potrebna napotitev s strani izbranega osebnega zdravnika. (Občasnik, ZZZS št.2/1. del//03.05.2010, Aneks 1 k SD 2011, 26. člen). Skupinska obravnava se izvaja v devetih učnih delavnicah:

- 1) krajša učna delavnica »Življenjski slog«,
- 2) krajša učna delavnica »Test hoje«,
- 3) krajša učna delavnica »Dejavniki tveganja«,
- 4) tematska učna delavnica: »Zdrava prehrana«,
- 5) tematska učna delavnica: »Telesna dejavnost – gibanje«,
- 6) tematska učna delavnica: »Zdravo hujšanje«,
- 7) tematska učna delavnica: »Da, opuščam kajenje«,
- 8) tematska učna delavnica »Spoprijemanje z depresijo«,
- 9) »Individualno odvajanje od kajenja«.

On line napotitev v Programe svetovanja za zdravje

S prijavo na portal (uporabniško in geslo) je omogočen pristop iz vseh ambulant splošne oz. družinske medicine, referenčnih ambulant in ambulant medicine dela prometa in športa v zdravstvenem domu Maribor in iz Oddelka za promocijo zdravja s strani svetovalk. Preko zunanje spletne povezave je omogočen tudi pristop zunanjih ambulant, katere delujejo v okviru zdravstvenega doma Maribor.

S tem je prijava posameznega pacienta v Program svetovanja za zdravje neposredna in pacient dobi takojšnjo informacijo ter možnost izbire datuma in ure vključitve v učne delavnice.

Medicinska sestra lahko napoti pacienta na osnovi različnih podatkov. Ali na osnovi številke kartice zdravstvenega zavarovanja, ali IŠU ali imena oz. priimka pacienta. Podatki pacienta, ki se izpišejo na vnosni formi napotitve, se lahko dopolnijo – sprememba naslova in opombe.

Vnosna forma napotitve vsebuje podatke o izbranem in nadomestnem zdravniku. Na osnovi podatka o izbranem zdravniku se po zaključku programa izpiše obvestilo zdravniku. Tretji del vnosne forme so podatki, kateri pacienta glede na dejavnike tveganja klasificirajo za nadaljnjo obravnavo v učnih delavnicah. Pogoji napotitve oz. dejavniki tveganja so:

- 1) dejavniki tveganja za srčno žilna obolenja > 20%;
- 2) dejavniki tveganja za srčno žilna obolenja > 20% in ITM > 27,5;
- 3) ITM > 30;
- 4) kadilec,
- 5) diagnoza Depresija.

Po potrjeni napotitvi se medicinski sestri v ambulanti izpišejo razpoložljivi termini za začetne učne delavnice. V posvetu s pacientom izbereta termin, potrđita in pacient dobi v roke izpisano vabilo na učno delavnico, z datumom, uro, krajem in kontaktno osebo.

Napoteni pacienti so vodeni v programu napotitev. Prehodi med delavnicami so glede na dejavnike tveganja oz. pogoje napotitve.

Ad 1 so napoteni preko Promocije zdravja naprej v učno delavnico Zdrava prehrana in potem zaključijo z učno delavnico Telesna dejavnost – gibanje.

Ad 2 so napoteni preko Promocije zdravja naprej v učno delavnico Zdrava prehrana, nadaljujejo z učno delavnico Zdravo hujšanje in zaključijo z učno delavnico Telesna dejavnost – gibanje.

Ad 3 so napoteni preko Promocije zdravja naprej v učno delavnico Da, opuščam kajenje ali celo direktno v učno delavnico Da, opuščam kajenje.

Ad 4 so napoteni direktno v čakalnico za učno delavnico »Spoprijemanje z depresijo«.

Delavnice se računalniško razpisujejo glede na datum, zasedenost predavalnic in predavateljev. Pacienti so vodeni po programih, delavnicah, arhivu in glede na obvestila zdravniku po zaključku programa oz. kadar pacient javi, da ne želi sodelovati v programu promocije zdravja. Posamezne stopnje programa se prekrivajo in dopolnjujejo glede na potrebe, ki jih izrazijo uporabniki.

Zaključki

Z učnimi delavnicami želimo spodbuditi zdrav način življenja pri pacientih. Spremeniti prehranske navade ne pomeni samo to, da se določenim stvarjem oziroma jedem odrečemo, ampak, da s pravilno pripravo in načinom uživanja tudi male pregrehe vključimo v vsakodnevno življenje. Predvsem pa vedno ob spremembi prehranskih navad želimo pri ljudeh vzbuditi potrebo tudi po čim večjem gibanju in povečanju telesne aktivnosti. Velik poudarek našega zdravstveno vzgojnega dela temelji na temu, da pokažemo in tudi praktično izvedemo povezavo med zdravim načinom prehranjevanja in zadostnim gibanjem. Učne delavnice zdrave prehrane in telesne dejavnosti – gibanja potekajo zaporedoma. V delavnicah zdravega hujšanja pa je v istem tednu, včasih tudi dnevu, ura teorije o zdravem in uravnoteženem prehranjevanju in ura gibanja.

Naše delo ne more biti popolno in tudi ne uspešno, če ni sodelovanja vseh členov verige, tako zdravnikov, ki napotijo paciente, ter njihovih medicinskih sester in medicinskih sester v referenčnih ambulantah, katere ob napotitvi opravijo tudi zdravstveno vzgojno delo in motivacijo, ter nas, kateri pacienta dobimo v različni fazi procesa spreminjanja. In ta sposobnost prepoznavanja, v kateri fazi je pacient je tudi ključ boljše komunikacije in motivacije pacienta. Zato je pomembno, da naše delo tudi informacijsko nadgrajujemo in tudi na ta način bolje komuniciramo, vse v korist pacienta. Zato imamo v načrtu tudi, da program nadgradimo in omogočimo pristop tudi s strani ambulanc, katere ne delujejo v okviru ZD Maribor.

Literatura

1. Accetto R. Nevarnosti za srce in žilje, eZdravje, <http://www.ezdravje.si>, 2008.
2. ZZZS. Občasnik. 2010; 2(1).

Pomen komunikacije med diplomirano medicinsko sestro in pacientom v začetni fazi procesa genetskega svetovanja

The importance of communication between medical nurse and patient in the initial phase of the process of cancer genetic counseling

Alenka Vrečar in Mateja Krajc

Povzetek

Komuniciranje je eden izmed temeljnih elementov sodobne zdravstvene nege. Komunikacija je dvosmeren proces, v katerem se podaja in prejema informacije. Onkološko genetsko svetovanje je proces, kjer v obliki pogovora predajamo informacije glede možnosti genskega testiranja in svetujemo pacientom glede preventivnih zdravstvenih ukrepov v primeru večje ogroženosti za raka. Prvi stik posameznika z Ambulanto za onkološko genetsko svetovanje na Onkološkem inštitutu v Ljubljani je stik z diplomirano medicinsko sestro osebno, po telefonu ali prek elektronske pošte. Diplomirana medicinska sestra že v začetni fazi procesa podajanja osnovnih informacij, izobraževanja in zdravstvene vzgoje zagotavlja izčrpne, razumljive, specifične in individualizirane informacije posameznikom o onkološki genetiki, ki se ujemajo z individualnimi okoliščinami glede na družinsko anamnezo in splošno informiranostjo. Pri tem mora imeti široko znanje onkološke genetske epidemiologije in znanje javnozdravstvenih vidikov varovanja zdravja. Ker največ uvodne komunikacije poteka prek telefona, je poleg specialnega znanja o genetskem svetovanju in testiranju pomembno tudi znanje komunikacijskih veščin. Onkološko genetsko ambulanto po uvodnem telefonskem pogovoru z diplomirano medicinsko sestro, kjer se preverja ustreznost posameznika za posvet in se ustrezno razloži potek obravnave, z napotnico obiše le dobra polovica pacientov, ki išče informacije. Uspešna medosebna komunikacija lahko posledično torej vodi do tega, da ambulanto obiše več ustrezno napotenih pacientov. Na tak način razbremenimo zdravstveni sistem in preprečimo nepotrebne obiske ambulate.

Ključne besede: genetsko svetovanje, komunikacija, klicni center, diplomirana medicinska sestra

Abstract

Communication is one of the fundamental elements of modern health care. Communication is a two way process in which one passes and the other receives the information. Cancer genetic counselling is a process, where cancer genetic testing and preventive options are discussed with patients according to their cancer risk. The first contact of the

individual with the clinic for cancer genetic counselling at the Institute of Oncology is the contact with medical nurses either in person, by phone or via email. At an early stage of the process of cancer genetic counselling nurse provides basic information and education that must be easy to understand, specific and individualized for patient. It must correspond to the individual circumstances depending on family history and general knowledge background of the patient. Nurse must have a broad knowledge of cancer genetic epidemiology and knowledge of public health aspects of preventive medicine. Since most of the introductory communication takes place over the phone, it is important that medical nurse has a specialized knowledge in cancer genetic counselling and testing, and as well she must be skilled in communication techniques.

After a telephone consultation, where nurse provides individualised information about genetic counselling and where she reviews the adequacy of consultation referral according to family and personal cancer history, there are more adequate referrals done by general practitioners and other specialists (only half of them are later referred to the clinic). As a result, therefore there are less unnecessary visits to clinic.

Key words: cancer genetic counselling, communication, call centre, medical nurse

Uvod

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana v okviru Ambulante za onkološko genetsko svetovanje posameznika in njegovo družino obravnava multidisciplinarni tim za onkološko genetsko svetovanje, ki je sestavljen iz strokovnjakov različnih specialnosti, tudi diplomirane medicinske sestre.

V okviru onkološkega genetskega svetovanja preko pogovora predajamo informacije glede možnosti genskega testiranja (prednosti in slabosti) in pacientom svetujemo glede preventivnih zdravstvenih ukrepov v primeru večje ogroženosti za raka. Diplomirana medicinska sestra je s svojimi znanji pomemben del multidisciplinarnega tima, ki obravnava pacienta, saj je aktivno prisotna v vseh fazah procesa genetskega svetovanja. Prvi stik posameznika z Ambulanto za onkološko genetsko svetovanje je stik z diplomirano medicinsko sestro po telefonu ali preko elektronske pošte nemalokrat pa se posamezniki zglasijo tudi osebno.

Za onkološko genetsko svetovanje veljajo enaka pravila kot za genetsko svetovanje nasploh. Namen onkološkega genetskega svetovanja je poiskati posameznike in družine, kjer bi bil vzrok za pogosto zbolevanje za nekaterimi raki lahko deden in jim na podlagi izvida genetskega testa svetovati najprimernejše preventivne ukrepe (1-4). Posameznike v ambulanto napotijo bodisi njihovi ležeči zdravniki ali pa informacije bolniki iščejo sami (samonapotitve) in prav v teh primerih mnogokrat ne ustrezajo indikacijam za napotitev v ambulanto.

Povečano povpraševanje po genskem svetovanju in testiranju posledično privede tudi do daljših čakalnih dob za posameznike, ki želijo opraviti posvet v Ambulanti za onkološko genetsko svetovanje na Onkološkem inštitutu v Ljubljani (5). Ambulanta se sooča z dolgo čakalno dobo, ki trenutno znaša dve leti (5). Prav tako ugotavljamo, da nas zaradi vse večje medijske pozornosti kliče čedalje več posameznikov, ki jih verjetnost, da je v družini dedni rak, močno skrbi. Večinoma gre za samonapotitve posameznikov, ki želijo od nas več informacij. Ne glede na ustreznost za posvet želijo opraviti

genetsko testiranje. Prav zato je prva informacija, ki jo posameznik dobi prek telefona, tako pomembna. Z ustreznim prvim pogovorom lahko že v začetni fazi procesa genetskega svetovanja ugotovimo ustreznost posameznika za genetsko svetovanje in testiranje. Pri tem se držimo klinične poti (3), ki predstavlja dobro načrtovano, celostno in kakovostno obravnavo vsakega posameznika, ki stopi v proces genetskega svetovanja (4). Vse faze v klinični poti (3) so dokumentirane, saj se vse aktivnosti evidentirajo, merijo in sproti izpopolnjujejo. V procesu onkološkega genetskega svetovanja diplomirana medicinska sestra že ob prvem stiku s posameznikom v okviru informiranja, izobraževanja in zdravstvene vzgoje zagotavlja izčrpne, razumljive in specifične informacije posameznikom o genetskem svetovanju. Posamezniki se kasneje tudi na podlagi informacij, ki jih prejmejo po pošti, lažje pogovorijo z napotnim zdravnikom glede ustreznosti napotitve. Ambulanto na tak način razbremenimo nepotrebnih obiskov, posameznike pa se usmeri k njihovim ležečim zdravnikom, ki jim svetujejo populacijske preventivne/presejalne programe za raka. Tako se tudi zmanjša njihova stiska in skrb glede ogroženosti. V prispevku predstavljamo vlogo, ki jo ima medicinska sestra pri predajanju osnovne informacije o onkološkem genetskem svetovanju in testiranju, tako pred prvim posvetom kot med samim procesom genetskega svetovanja.

Prvi pogovor pacienta z diplomirano medicinsko sestro v začetni fazi procesa genetskega svetovanja

Ob prvem razgovoru diplomirana medicinska sestra posameznika vpraša o vzroku napotitve, kdo ga je napotil na genetsko svetovanje, preveri družinsko anamnezo v smislu raka ter zapiše ostale posebnosti, ki jih zazna v času pogovora. Pri pogovoru ji je v pomoč dokument Sprejemni list (Slika 1), ki predstavlja prvi dokument v klinični poti (3) in zajema osnovne podatke o posamezniku.

Že ob prvem razgovoru in prejemu osnovnih podatkov o posamezniku in njegovi družini lahko sklepamo, ali pacient ustreza indikacijam za posvet v genetski ambulanti (3). V primeru, da posameznik ne izpolnjuje kriterijev za posvet in je na voljo dovolj podatkov, lahko že po telefonu diplomirana medicinska sestra ustrezno usmeri posameznike k ležečim zdravnikom po dodatno razlago zakaj napotitev v genetsko ambulanto ni smiselna. Ker za natančno oceno verjetnosti mutacije v družini in posledično stopnjo ogroženosti za raka potrebujemo natančne podatke o posameznikovi družini (velikosti družine, števila posameznikov v družini, števila moških, števila žensk, števila obolelih v družini, vrste diagnoz, starost ob diagnozi, števila posvojenih...), po prvem razgovoru diplomirana medicinska sestra posamezniku posreduje ustrezno informativno zgibanke o genetskem svetovanju in testiranju ter vprašalnik za rodovnik (3). Oba dokumenta sta prikazana v klinični poti (3). Sprejemni list (Slika 1) nato arhivira in ga priloži ostali dokumentaciji, ko posameznik vrne izpolnjen vprašalnika za rodovnik. Če posameznik vprašalnika ne vrne, se njegova obravnava zaključi (2-4).

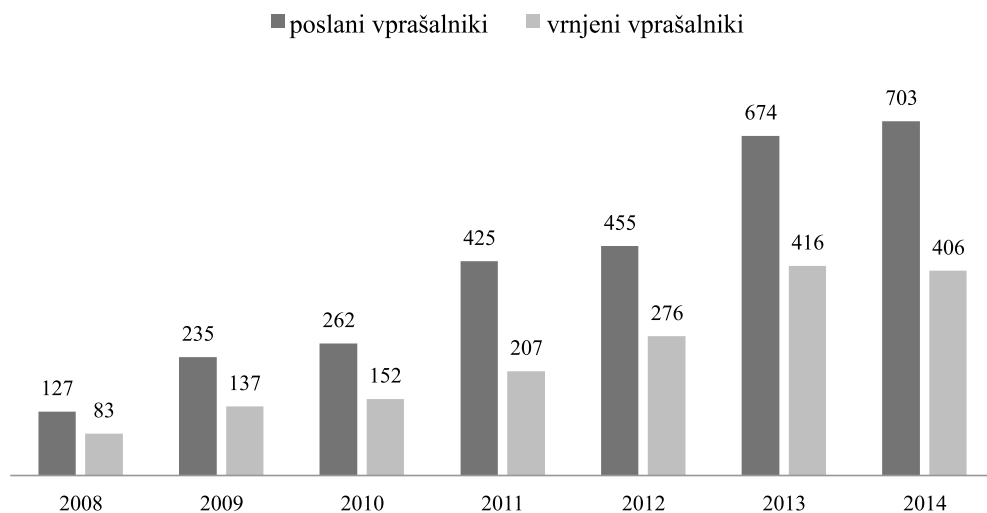
DATUM: _____		PRVI KONTAKT: 1 - telefon _____ 2 - el.pošta _____ 3 - osebno _____		PRIIMEK: _____ IME: _____	
NAPOTITEV: 1 - osebni zdravnik _____ 2 - osebni ginekolog _____ 3 - onkolog _____ 4 - specialist (ostali) _____ 5 - sorodnik _____ 6 - samonapotitev _____		VZROK NAPOTITVE - DRUŽINSKA ANAMNEZA: Rak DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> diagnoza _____ Starost ob dg _____ trenutna starost _____ Mutacija znana DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NE VEM <input type="checkbox"/> Družina že v obravnavi DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NE VEM <input type="checkbox"/> Kdo _____ Drugo: _____			
INDIKACIJE ZA DEDNI RAK DOJK / JAJČNIKOV:		KRITERIJI IZPOLNJNI: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. znana mutacija v družini; 2. rak dojke pred 40. letom starosti; 3. obojestranski rak dojke; 4. rak dojke in jajčnikov; 5. moški z rakom dojke; 6. trojno negativni rak dojke; 7. <u>pozitivna družinska anamneza</u>: <ol style="list-style-type: none"> a) sorodnica v prvem kolenu z rakom dojke pred 40. letom starosti, b) sorodnik moškega spola v prvem kolenu z rakom dojke, c) sorodnica v prvem kolenu z obojestranskim rakom dojke, d) dve sorodnici v prvem in drugem kolenu z rakom dojke pred 60. letom starosti ali z rakom jajčnikov, ne glede na starost e) tri sorodnice v prvem ali drugem kolenu z rakom dojke in/ali jajčnikov. 		OPOMBE: _____ _____			
INDIKACIJE ZA DEDNI RAK DEBELEGA ČREVEVA :		KRITERIJI IZPOLNJNI: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>			
<ul style="list-style-type: none"> • znana mutacija v družini, • vsaj trije sorodniki z rakom debelega črevesa (RDC), od teh je eden zbolel pred 50. letom, eden je sorodnik v prvem kolenu od drugih dveh, • osebe, ki so zbolele za dvema rakoma, povezanima s HNPCC (to pa so kolorektalni rak, rak endometrija, rak jajčnikov, rak želodca, rak trebušne slinavke, rak tankega črevesa in rak urinarnega trakta), • osebe z RDC in sorodnikom v prvem kolenu z RDC in/ali s povezanim rakom in/ali kolorektalnim adenomom, vsaj eden od rakov je bil odkrit pred 45. letom in adenom odkrit pred 40. letom, • osebe z RDC ali karcinomom endometrija, zbolele pred 45. letom, • osebe z adenomi, mlajše od 45 let. 		OPOMBE: _____ _____			
SPL.DRUŽINSKA ANAMNEZA - DRUGI DRUŽINSKI RAKI :					
OSN.INF: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		D/O <input type="checkbox"/>		1 - pošta _____	
VPRAŠALNIK: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		DČ <input type="checkbox"/>		2 - el.pošta _____	
SOGLASJE: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		SPL <input type="checkbox"/>		3 - osebno _____	
POSREDOVANO DNE: _____					

Slika 1. Sprejemni list (3).

Pomen ustrezne komunikacije v začetni fazi genetskega svetovanja

Ustrezna komunikacija med diplomirano medicinsko sestro in pacientom je zelo pomembna za nadaljnjo obravnavo posameznika in njegove celotne družine. Podajanje informacij predstavlja velik del dejavnosti diplomirane medicinske sestre v celotnem procesu genetskega svetovanja, ne samo v začetni fazi, zato je še toliko bolj pomembno, da so informacije pravilne, dosledne, vezane na posameznika in njegovo družino. Diplomirana medicinska sestra mora znati oceniti komunikacijski pristop, da bodo preiskovanci čim bolj zaupljivi, sproščeni, aktivni pri sodelovanju. Pristop mora biti razumeva-

joč, spoštljiv, prijazen (6). Uspešno terapevtsko komuniciranje diplomirane medicinske sestre s pacientom in njegovimi svojci je pogoj za vzpostavitev pozitivnega in konstruktivnega medosebnega odnosa. V takem odnosu se pacient počuti, da je sprejet kot človek, kot osebnost, zaupa diplomirani medicinski sestri in se počuti spoštovanega in varnega (7,8). Kako uspešna je diplomirana medicinska sestra pri prvem stiku posameznika z genetskim svetovanjem, se izkaže v tem, da je vrnjenih vprašalnikov za družinsko drevo manj, kot pa je bilo povpraševanja po genetskem svetovanju in testiranju (Tabela 1) (5, 9-14). Kar pomeni, da je v tem primeru že narejena osnovna selekcija glede ustreznosti posameznika/družine za genetsko svetovanje in testiranje.



Slika 2. Število poslanih in vrnjenih vprašalnikov po letih (povzeto po virih 8-14).

V primeru prejetih vprašalnikov gre po tej klinični poti (3) največkrat za družine, ki ustrezajo kriterijem za genetski posvet in kjer obstaja velika verjetnost, da se rak v družini pojavlja zaradi podedovane genetske okvare. Zato je podajanje natančnih informacij o genetskem svetovanju in testiranju v začetni fazi zelo pomembno. Po klinični poti (3) se vse faze procesa genetskega svetovanja dokumentirajo, tako se tudi dokumentirajo vsi poslani in prejeti vprašalniki o družinski anamnezi in je zato omogočena statistična obdelava podatkov in nadzor kakovosti dela, ki ga evidentiramo v obliki letnih poročil (Tabela 1) (5, 9-14). Po prejetju ustrezno izpolnjenih vprašalnikov o družinski anamnezi se posameznike umesti v čakalno vrsto za prvi posvet.

Zaključek

Pomen komunikacije med diplomirano medicinsko sestro in pacientom v začetni fazi procesa genetskega svetovanja se lahko prikaže v številu ustrezno napotjenih posameznikov/družin na onkološko genetsko svetovanje. Za ustrezno obravnavo mora medicinska sestra poznati osnove onkološkega svetovanja. Ustrezna komunikacija, prepoznavanje potreb posameznika, njihovih pričakovanj in strahov so del nalog diplomirane medicinske sestre v prvem kontaktu posameznika z genetskim svetovanjem.

Literatura

1. Žgajnar J. Onkološko genetsko svetovanje. V: Žgajnar J, Novaković S, Bešić N, Frković-Grazio S, Šeruga B, Zakotnik B. Geni in rak : zbornik. 19. onkološki vikend, Laško, 26. in 27. maj 2006. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva: Onkološki inštitut: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2006: str. 39–41.
2. Vrečar A. Klinična pot genetskega svetovanja pri bolnicah z rakom dojk in vloga medicinske sestre. V: Matković M. Pacientke z rakom dojk - trendi in novosti: zbornik. 40. strokovni seminar, Ljubljana, 7. junij 2013. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2013: str. 32–37.
3. Krajc M, Vrečar A, Hotujec S, Novaković S. Klinične poti. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2011. http://www.onko-i.si/dejavnosti/zdravstvena_dejavnost/smernice_in_klinicne_poti/klinicne_poti/<12.12.2013>
4. Krajc M, Vrečar A, Hotujec S, Novaković S. Klinične poti onkološkega genetskega svetovanja in testiranja na Onkološkem inštitutu Ljubljana. *Onkologija*. 2012; 16(1): str. 18–20, 58.
5. Krajc M, Vrečar A. Poročilo o delu enote genetsko svetovanje za leto 2014, Onkološki inštitut Ljubljana, 2008, interni dokument
6. Pulko T. Vloga medicinske sestre pri genetskem svetovanju dednega raka dojke. [diplomsko delo], Izola: Univerza na Primorskem; 2008: str. 34–36.
7. Hajdinjak A, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2006: 38.
8. Vrečar A, Kastelic N, Krajc M. Vloga diplomirane medicinske sestre v procesu genetskega svetovanja v Ambulanti za onkološko genetsko svetovanje na Onkološkem inštitutu. V: ŠTEMBERGER KOLNIK, Tamara (ur.), et al. Zdravstvena nega v javnem zdravju. Koper: Založba Univerze na Primorskem, 2014, str. 53–57.
9. Krajc M, Vrečar A. Poročilo o delu enote genetsko svetovanje za leto 2008, Onkološki inštitut Ljubljana, 2008, interni dokument
10. Krajc M, Vrečar A. Poročilo o delu enote genetsko svetovanje za leto 2009, Onkološki inštitut Ljubljana, 2009, interni dokument
11. Krajc M, Vrečar A. Poročilo o delu enote genetsko svetovanje za leto 2010, Onkološki inštitut Ljubljana, 2010, interni dokument
12. Krajc M, Vrečar A. Poročilo o delu enote genetsko svetovanje za leto 2011, Onkološki inštitut Ljubljana, 2011, interni dokument
13. Krajc M, Vrečar A. Poročilo o delu enote genetsko svetovanje za leto 2012, Onkološki inštitut Ljubljana, 2012, interni dokument
14. Krajc M, Vrečar A. Poročilo o delu enote genetsko svetovanje za leto 2013, Onkološki inštitut Ljubljana, 2013, interni dokument

Cepljenost deklic proti humanim papiloma virusom v Zgornjegorenjski regiji med leti 2009 in 2011

The vaccination of girls against human papilloma virus in the Upper Gorenjska region between 2009 and 2011

Anamarija Zore in Anemari Smolej

Povzetek

Izbodišča: Pojavnost raka materničnega vratu je v tesni povezavi s kroničnimi okužbami žensk s humanim papiloma virusom (HPV). Incidenca raka materničnega vratu je v Sloveniji na desetem mestu vseh rakov, zato je cepljenje proti HPV vključeno v redni program cepljenja za deklice, stare 11 let. Starši deklic se lahko prostovoljno odločijo, ali bodo deklice cepili ali ne. Vprašanje je, ali so starši dovolj poučeni o tem, da cepljenje pomembno zniža incidenco raka materničnega vratu, zaradi zmanjšanja okužb s HPV.

Metode: Starše deklic, ki so prihajale na sistematski pregled, smo anketirali o poznavanju okužbe s HPV. Anketo smo izvajali v štirih gorenjskih osnovnih šolah. Zanimalo nas je, ali starši poznajo načine prenosa HPV in kaj menijo o cepljenju. *Rezultati:* Podatke o cepljenosti deklic proti HPV kažejo, da je bila v vseh treh letih najvišja precepljenost v ZD Bohinj, vendar je padala: iz 90 % leta 2009, na 60 % v leto 2011/12. Starši so v večini (82 %) navajali, da so informacije o HPV dobili v šoli in so bili z njimi zadovoljni. 90 % staršev je privolilo v cepljenje otrok proti HPV, le 10 % se jih za cepljenje ni odločilo; med njimi je polovica menila, da cepljenje ni zanesljivo in polovica, da cepljenje ni potrebno. Staršev, ki so prepričani v koristnost cepljenja, jih od cepljenja deklic ne bi odvrnila niti cena cepiva. *Diskusija in zaključki:* V Zgornjegorenjski regiji se proti HPV cepi vse manj deklic, zato menimo, da bi bilo potrebno okrepiti zdravstveno vzgojo staršev.

Ključne besede: cepljenje, zdravstvena vzgoja, rak materničnega vratu

Abstract

Introduction: The occurrence of cervical cancer is closely related to chronic infection of women with human papilloma virus (HPV). As cervical cancer is the tenth most common type of all cancers among Slovenian women, the vaccination against HPV has been included in the regular vaccination program for girls aged 11 years on a voluntary basis. The question remains whether the parents are sufficiently informed about the fact that vaccination can significantly reduce the incidence of cervical cancer primarily due to the prevention of HPV infection. *Methods:* Participating in the study were the parents of 11-year-old girls who attended a school medical examination. The aim of the stu-

dy was to determine whether the parents have access to relevant information and if they are cognisant of the modes of HPV infection transmission. The survey was conducted in four elementary schools in the Upper Carniola region. *Results:* The data acquired show the highest HPV vaccination rates the Bohinj region with a notable decrease in vaccination coverage in the period from 2009 to 2012 (90 % to 60 % fall in vaccination coverage). Most of the parents (82 %) received adequate information on HPV infection in schools. The majority of parents (90 %) agreed to vaccination of their daughters. Half of the parents who resisted having their children vaccinated believe that vaccination does not provide reliable protection, and half of them are convinced that vaccination is not necessary. The parents who are in favour of vaccinating their daughters against HPV infection would agree to vaccination even if they had to cover the costs. *Discussion and conclusions:* Vaccination rate of 13-year-old girls in the Upper Carniola has been decreasing. Health education of parents is therefore necessary to encourage voluntary, informed vaccination against human papillomavirus and thus reduce the threat of the disease.
Key words: vaccination, health education, cervical cancer

Uvod

Rak materničnega vratu (RMV), ki ga povzroči dolgotrajna okužba materničnega vratu s humanim papiloma virusom (HPV), je drugi najpogostejši rak pri ženskah na svetu (1). V Sloveniji se je pri ženskah leta 2010 uvrščal na 10. mesto. Tega leta je pri nas 2,4 % od vseh zbolelih žensk za rakom, zbolelo za RMV(2). Okužba s HPV je najpogostejša spolno prenosljiva okužba (SPO) v človeški populaciji. V Evropi je ocenjena stopnja okužbe med 15-20 %, v ZDA ponekod tudi do 70 % in v skupini s povečanim tveganjem za SPO v Afriki celo do 95 %. (3). V Sloveniji je RMV redka bolezen, saj letno zboli med 130-140 žensk, kar predstavlja incidenco 13/ 100 000 prebivalk. V letu 2009 je bila v Sloveniji umrljivost za RMV 2,7/100 000 prebivalcev (4). Dejavniki tveganja za okužbo so: zgodnji spolni odnosi, pogosta menjava partnerjev, vnetja spolovil, kajenje, uživanje alkohola. Infekcija se prenaša s stikom kože na kožo, zato tudi pregradna kontracepcija ni 100% učinkovita. Ocenjujejo, da minimalno 85–100 % deklet med 18. in 25. letom starosti med spolnim odnosom pride v stik s tem virusom. Pogosto prisotnost HPV v celicah spontano izgine, za razvoj bolezni je zlasti pomembna dolgotrajna, kronična prisotnost virusa. Zato se samo pri 30 % deklet razvijejo znaki okužbe. Najvišja prevalenca okužbe HPV je okoli 25. leta starosti, najvišja incidenca RMV pa po 40. letu starosti (4). Do sedaj je poznanih nad 120 različnih tipov HPV in tretjina lahko inficira sluznični epitel genitalnega trakta (1,4,5), in se prenaša zlasti ali pa samo s spolnimi odnosi. 15 spolno prenosljivih tipov virusa je bilo prepoznanih kot visoko rizičnih tipov, saj so jih z molekularno-biološkimi metodami dokazali v 99 % vseh cervikalnih lezij. V 70 % lezij dokažejo tip 16 in 18, ki sta visokorizična onkogeno virusa, ki povzročata spremembe v celicah epitelija materničnega vratu. Prisotnost nekaterih tipov, predvsem tip 6 in 11 pa povzročata anogenitalne bradavice in kondilome, ki se redko maligno spremenijo in jih uvrščamo med nizkorizične genotipe HPV. Okužba spolovil z drugimi tipi redkeje ali sploh ne vpliva na razvoj bolezni (4,6,7). V veliki večini primerov odkrivajo okužbo s HPV z brisom iz materničnega vratu posredno, na podlagi spremenjenih citoloških parametrov pri patološkem testu brisa po Papanicolaou (PAP test).

Prisotnost in genotip virusov pa nadalje določamo z različnimi direktnimi testi, ki temeljijo na hibridizaciji ali dokazu virusne nukleinske kisline z verižno reakcijo s polimerazo (PCR), ki je najpogostejša in najobčutljivejša metoda za dokazovanje okužbe s HPV in genotipizacijo HPV (7). Od leta 2003 smo v Sloveniji zaradi zahrbtnosti bolezni in posledično nezanemarljive incidence RMV vpeljali organizirani presejalni program ZORA, s katerim omogočimo zgodnje odkrivanje predrakavih lezij. Največji napredek pri obvladovanju okužb s HPV in posledično zmanjševanju incidence RMV pa predstavlja poleg rednih ginekoloških pregledov in jemanja brisov, uporaba cepiv. Uporaba cepiva proti HPV ima pomembno vlogo na področju javnega zdravja, saj pomembno zmanjša incidenco RMV. Cepljenje proti okužbi s HPV je v Sloveniji na voljo od leta 2007. Prostovoljno in brezplačno cepljenje deklic proti HPV pa je vključeno v rutinski program cepljenja od jeseni 2009. Na voljo sta dva tipa cepiv: dvovalentno z visokorizičnima onkogenima tipoma virusa 16 in 18 in štirivalentno cepivo, ki poleg tipa 16 in 18 vsebuje še tipa 6 in 11, ki lahko povzročata genitalne bradavice (8). V Sloveniji od leta 2009 cepimo 11 letne deklice v šestem razredu osnovne šole v okviru rednega sistematskega pregleda in obveznega programa cepljenja. Za cepljenje se starši odločajo prostovoljno, cepljenje pa plača država.

Namen raziskave je bil ugotoviti kako pogosto so se starši odločali za celjenje proti virusu v triletnem obdobju od leta 2009/10 do 2011/12 v Zgornjegorenjski regiji. V isti regiji smo z anketo skušali ugotoviti splošno naravnost staršev do celjenja proti HPV in njihovi informiranosti o HPV in RMV.

Metoda

V raziskavi smo podatke o precepljenosti pridobili v zdravstvenih domovih (ZD) Jesenice, Bled, Radovljica in Bohinj med leti 2009 in 2011. Vzroke za nihanja cepljenosti deklic smo poskušali analizirati z anketnim vprašalnikom s sedemnajstimi zaprtimi vprašanji, od katerih so štiri imela možnost dopolnitve. Vprašanja so se nanašala na cepljenje in poznavanje HPV. Zadnji dve vprašanji sta bili namenjeni ugotavljanju demografskih podatkov anketirancev (starost in izobrazba starša). Vzorec je predstavljal 100 staršev 13 letnih deklic, ki so se pred sistematskim pregledom in cepljenjem proti HPV udeležili izobraževanja v šoli. Ankete smo izvajali v štirih šolah v šolskem letu 2009/10 od septembra do junija, glede na termine sistematskih pregledov. Rezultate smo predstavili s pomočjo. Staršem deklic smo poslali vprašalnik, s katerim smo želeli ugotoviti mnenje staršev o cepljenju proti HPV, zavedanje staršev o problemu okužbe z virusov HPV, zanimalo nas je, ali poznajo morebitne posledice okužbe, ali je možno okužbo preprečiti, ali na njihovo odločitev vpliva cena cepiva in če so informacije dovolj dostopne, kakšno je mnenje staršev o izobraževanju o HPV in cepljenju. Rezultate ankete smo predstavili v obliki deleža staršev, ki so odgovorili na določen odgovor posameznega vprašanja. Pri statistični obdelavi podatkov smo uporabljali Windows Excel 2010.

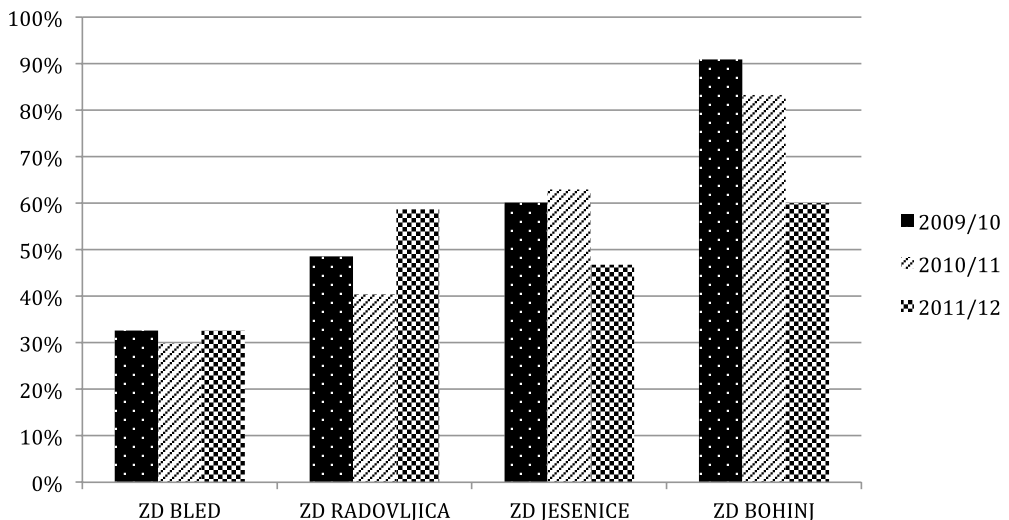
Rezultati

V prvem delu predstavljamo statistične podatke cepljenosti na zgornjem Gorenjskem na štirih osnovnih šolah (Bohinjska Bistrica, Bled, Mojstrana in Kranjska Gora) oziroma ZD, kamor so deklice prišle na sistematski pregled. V drugem delu pa predstavlja-

mo rezultate prostovoljne ankete, ki so jo izpolnjevali starši deklic, ki so imele možnost biti cepljene proti HPV.

Precepljenost deklic v Zgornjegorenjski regiji

Podatke o cepljenosti deklic smo pridobili iz evidenc šolskih dispanzerjev v ZD Bled, ZD Bohinj, ZD Jesenice in ZD Radovljica za leta 2009-2011 (Slika 1). Vsako šolsko leto smo zajeli generacijo 11-letnic v šolski generaciji, saj cepljenje v Sloveniji izvajamo vzporedno z rednim sistematskim pregledom v šestem razredu osnovne šole. Staršem dispanzerji posredujejo obvestilo o cepljenju z nekaj splošnimi podatki, ki jih je pripravil NIJAZ in soglasjem za cepljenje. Šole po lastni presoji organizirajo izobraževanje za starše šestošolcev ali pa tudi ne. V zgornjegorenjskem območju se je leta 2009/10 povprečno cepilo 57 % deklic, leta 2010/11 se je cepilo 58,5 % deklic in leta 2011/12 je procent cepljenosti padel na 49,75 deklic.



Slika 1: Deleži cepljenih deklic na zgornjem Gorenjskem po zdravstvenih domovih od letnika rojstva 1998-2000, v letih 2009/10 - 2011/12.

Rezultati anketiranja

Od 120 razdeljenih anket, smo prejeli vrnjenih 100 anket, ki so bile ustrezno izpolnjene in smo jih vključili v raziskavo in jih obdelali. Ankete so starši izpolnjevali prostovoljno in anonimno. Polovica staršev je pripadala starosti skupini med 20-30 let, četrtnina starostni skupini od 30-40 let in četrtnina starostni skupini od 40-50 let. Večina staršev (60 %) je imela končano osnovno šolo, 30 % srednjo šolo, 10 % pa višjo ali visokošolsko izobrazbo.

Večina staršev (75 %) je za cepljenje izvedela v šoli, le 5 % pa pri osebnem zdravniku. 20 % staršev je izvedelo za možnost cepljenja iz drugih virov. Večina staršev meni, da je o okužbi s HPV dovolj seznanjeni, 12 % pa jih je mnenja, da so bile informacije bolj skope. 6 % staršev pa z informacijami ni bilo zadovoljnih. Z dostopnostjo ginekološke službe je večina staršev (88%) zadovoljna, le 12 % staršev meni, da je težje dostopna. Ni pa nihče od staršev informacije o cepljenju proti HPV dobil tam. Večina staršev (90 %)

se je odločila, da bo dala deklice cepiti, ker se jim zdi to pametna odločitev. 10 % staršev pa se za cepljenje svojih deklic ni odločila. Polovica od zadnjih 10 % meni, da cepivo ni zanesljivo (5 %), druga polovica pa, da je nepotrebno (5 %). Ko smo ugotavljali, ali na precepljenost vpliva cena cepiva oz. to, da je cepivo potrebno plačati, smo ugotovili, da bi se za cepljenje v vsakem primeru odločila polovica staršev, druga polovica pa je navedla, da bi dala otroke cepiti le ob brezplačnosti cepiva. Polovica staršev je navedla, da bodo dali cepiti tudi mlajše sorojence, 40 % staršev pa še ne ve, ali se bo za to odločilo. 10 % staršev pa ne bo cepilo svojih mlajših otrok. Tretjina staršev se strinja, da bi cepili tudi fante, tretjina jih je proti, zadnja tretjina pa o tem nima mnenja. V predzadnjem sklopu smo preverjali poznavanje nekaterih osnovnih dejstev o HPV. 80 % anketirancev meni, da je rak materničnega vratu drugi najpogostejši rak v Sloveniji. Več kot polovica staršev meni, da se s HPV lahko okužimo pri intimnih telesnih kontaktih, da večje tveganje za okužbo predstavljajo številni partnerji in zgodnji spolni odnosi. 40 % anketiranih meni, da se z uporabo kondoma ne da preprečiti prenosa virusa, 45 % pa, da se lahko prepreči prenos in 15 % o tem nima mnenja. Večina staršev (85 %) si želi izobraževanja o tej temi, 15 % pa meni, da o tem že dovolj ve, ali pa, da za izobraževanje nima časa.

Diskusija

V Sloveniji z nacionalnim presejalnim programom ZORA omogočamo ženskam po 50. letu starosti zgodnje odkrivanje citoloških sprememb na materničnem vratu, ki lahko vodijo v razvoj RMV. V svetu so podobni programi znižali incidenco za RMV tudi za 80 % in tudi pri nas se že kažejo rezultati. Pri mlajših ženskah, ki so bile cepljene proti okužbi s HPV, pa si obetamo še večje znižanje incidence RMV (2). Koristnost cepiva pa ni le pri ženah, ampak zlasti štirivalentno cepivo tudi pri moških, zato bi bilo smiselno cepiti oba spola. HPV pa ne najdemo le v genitourinarnem traktu, ampak tudi drugod na telesu in njegova prisotnost lahko povzroči razvoj raka tudi na drugih tkivih kot npr. orofaringealni rak ali rak kože, ustne votline itd HPV pa so našli tudi v tumorjih dojke (9). V Sloveniji smo prvič dobili cepivo in začeli cepiti leta 2007. V začetku je bilo cepljenje večinoma samoplačniško, le nekatere občine so se odločile in v celoti pokrile stroške cepljenja. V nacionalni program cepljenja pa je bilo cepljenje proti HPV vključeno v letu 2009/10. V našo raziskavo smo vključili prve generacije deklic in njihovih staršev, ki so se sami odločili, ali bodo svoje otroke cepili ali ne, strošek cepljenja pa je pokrila država. Po podatkih ECDC (10) ima v Evropski uniji poleg Slovenije samo še 9 držav cepljenje proti HPV vključeno v nacionalni program cepljenja. V Sloveniji se giblje precepljenost deklic okoli 50 %, za primerjavo je npr. v sosednji Italiji je le ta 65 % (10). V zdravstveni regiji Kranj, kamor sodi tudi zgornja Gorenjska, se je v letu 2009/10 povprečno cepilo 48,3 % 11-letnih deklic, leta 2010/11 in 2011/12 nekaj manj, okoli 44,3 % in leta 2012/13 še manj, 42% deklic (2). V naši raziskavi je v preiskovanih ZD povprečje precepljenosti v treh letih zelo različno. Najnižji povprečni odstotek cepljenih deklic smo zaznali v ZD Bled (31,66 %), najvišji pa v ZD Bohinj (78,06 %). Zanimivo je, da se je v ZD Bled vsako leto cepil približno enak delež deklic in je znotraj celotne zdravstvene regije Kranj zelo nizek, v nasprotju z ZD Bohinj kjer pa je odstotek nadpovprečno visok in prekaša tudi povprečne vrednosti v zdravstveni regiji Kranj. Žal se pa delež cepljenih tudi v Bohinju

iz leta v leto zmanjšuje, prvo leto je bilo cepljenih 90 % deklic, čez dve leti pa le še 60 % deklic starih 11 let. Upadanje zanimanja za cepljenje pripisujemo zlasti slabi medijski podpori cepljenju. O velikem pomenu vključitve medijev v promocijo so v svoji študiji dokazali v Italiji La Torre s sodelavci leta 2013 (11). V Sloveniji sploh ne moremo govoriti o promociji v medijih, saj so le ti pogosteje na strani nasprotnikov cepljenja. Verjetno pa je škodo naredila tudi možna izbira cepiva med dvema ponujenima, kar je starše zmedlo in niso želeli prevzeti odgovornosti za izbiro na svoja ramena. Na podlagi ankete pa lahko sklepamo, da so starši deklic razmeroma dobro obveščeni o okužbi s HPV, ne poznajo pa dovolj dobro vseh dejavnikov tveganja za nastanek okužbe. Kar dobro vedo (60 %), da na okužbo s HPV vpliva zgodnji pričetek spolnega življenja in večje število spolnih partnerjev, manj (3 %) jih meni, da ima na pojav okužbe posredno vpliv tudi kajenje, zaradi vpliva le tega na imunski sistem. Od ukrepov za preprečevanje okužbe, pa starši dajejo glavni poudarek cepljenju, ostali ukrepi kot zvestoba enemu partnerju spolno vzdržnost se jim ne zdijo tako pomembni. Izobraževanje staršev in deklic je zelo pomembno, kar navajajo tudi drugi avtorji (11). Medicinske sestre v šolskih dispanzerjih izvajajo zdravstvenovzgojno delo, ki je zelo dragoceno, zato jih moramo opremiti z znanjem, statističnimi podatki in drugimi trdnimi argumenti, s katerimi bodo prepričljive in zaupanja vredne.

Zaključki

Dolgotrajna prisotnost HPV na epitelu materničnega vratu pogosto pripelje do razvoja RMV, še posebej, če prisotni virusi pripadajo visokorizičnemu genotipu. Redni ginekološki pregledi z jemanjem brisov iz vratu maternice lahko znatno znižajo incidenco RMV, problem pa je v delu populacije žensk, ki se na vabila na redni ginekološki pregled ne odzovejo. Dodatno pomembno zniža incidenco cepljenje proti HVP, ki je na voljo v Sloveniji od leta 2007. V Sloveniji je cepljenje 11 letnih deklic od leta 2009 brezplačno in prostovoljno. Cepljenih je okoli polovica 11 letnih deklic, na zgornjem Gorenjskem pa malenkost manj. Ob natančnejši primerjavi posameznih ZD pa ugotovljamo pomembna nihanja, ki jih težko razložimo. Najboljša je precepljenost tistih deklic, ki prihajajo v ZD Bohinj, najmanjša pa v ZD Bled. Menimo da bi odstotek precepljenih lahko zvišali z boljšim informiranjem o cepivu in njegovih učinkih na RVM predvsem z aktivnejšo vključitvijo javnih medijev pri promociji cepljenja.

Literatura

1. Moody CA, Laimins LA. Human papillomavirus oncoproteins: pathways to transformation. *Nat Rev Cancer* 2010; 10(8): 550–60.
2. Ministrstvo za zdravje, Republika Slovenija. Državni program za obvladovanje raka, letno poročilo 2014, <http://www.dpor.si/wp-content/uploads/2012/11/Letno-poro%C4%8Dilo-DPOR-za-letno-2014.pdf> <30.3.2015>.
3. Bosch FX, de Sanjose S. Human papillomavirus and cervical cancer-burden and assessment of causality. *J Nat Cancer Inst Monogr* 2003 (30): 3–13.
4. Register raka RS – SLORA. Interaktivni spletni portal: <http://www.slora.si/> <30.3.2015>.

5. de Villiers EM, Fauquet C, Brocker TR, Bernard HU, zur Hausen H. Classification of papillomaviruses. *Virology* 2004; 324: 17–27.
6. Stanley M, HPV vaccines. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2006; 20: 279–93.
7. Poljak M, Avšič-Županc T, Seme K. Verižna reakcija s polimerazo-nova raziskovalna in diagnostična metoda v virologiji. *Med Razgl* 1994; 33: 379–400.
8. Munoz N, Bosch FX, de Senjose S, Herrero R, Castellsague X, Shah KV, Snijders PJ, Meijer CJ. International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Center Study Group. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003; 348: 518–27.
9. Amarante MK, Watanabe MA. The possible involvement of virus in breast cancer. *J Cancer Res Clin Oncol* 2009; 135: 329.
10. European Center for Disease prevention and Control (2012). ECDC Guidance: introduction of HPV vaccines in European Union countries - an update. Stockholm.
11. La Torre G, De Vito E, Ficarra MG, Firenze A, Gregorio P, Boccia A. Is there lack of information on HPV vaccination given by health professionals to young women? *Vaccine* 2013; (31): 4710–13.

Brezglutenska prehrana v preventivi

Gluten-free diet in preventive treatment

Eva Žaberl in Mojca Bizjak

Povzetek

Brezglutenska prehrana je dieta, iz katere je izločen gluten in glutenu podobne beljakovine, ki se nahajajo v pšenici, rži in ječmenu pa tudi ovsu. Pri posameznikih, ki so preobčutljivi na gluten, lahko le-ta povzroči vrsto zdravstvenih težav. Za celiakijo je na primer značilno blago do hudo uničenje črevesnih resic. Nezdravljena celiakija lahko vpliva na črevo, kožo, sklepe, maternico, možgane, srce in tudi druge organe. Posledice celiakije so lahko omejene na dvanajstnik ali pa so razširjene po celotni dolžini tankega črevesja. Te poškodbe se kažejo kot zmanjšana zmožnost absorpcije določenih hranil, predvsem makrohranil, v maščobi topnih vitaminov, elektrolitov, kalcija, magnezija, cinka, železa, folatov in vitamina B12. Zaradi pomanjkanja hranil, bolniki pogosto razvijejo anemije, posledica malabsorpcije pa je pogosto tudi nizka mineralna gostota kosti. Vsem zdravstvenim težavam in poznejšim zapletom pri zdravljenju, pa bi se lahko izognili s pravočasno uvedbo brezglutenske prehrane, na kar kažejo tudi mnoge študije. Ključne besede: gluten, celiakija, malabsorpcija

Abstract

In gluten-free diet, gluten and gluten-like proteins, found in wheat, rye and barley, as well as oats, are excluded from the diet. For individuals who are hypersensitive to gluten, even a small amount can cause a range of health problems. For example, celiac disease is characterized by mild to severe destruction of the intestinal villi. Untreated celiac disease can affect the colon, skin, joints, uterus, brain, heart and other organs. Consequences of celiac disease may be limited to the duodenum or are spread over the entire length of the small intestine. These disorders are manifested as a reduced ability to absorb specific nutrients, in particular nutrient, fat soluble vitamins, electrolytes, calcium, magnesium, zinc, iron, folate and vitamin B12. Due to the lack of nutrients, patients often develop anemia or low bone mineral density. Many studies have shown, that most health problems and complications in the treatment could have been avoided by introduction of gluten-free diet.

Key words: gluten, celiac disease, malabsorption

Uvod

V današnjih časih se vedno pogosteje pojavlja preobčutljivost na gluten, neredko pa tudi celiakija. Celiakija je dedna bolezen, ki jo povzroča neustrezen imunski odziv na beljakovino gluten oziroma občutljivost na pšenico, rž in ječmen, v nekaterih primerih pa tudi na oves in tritikalo. Toksični prolamin v pšenici se imenuje gliadin, v rži sekalin, v ječmenu hordein, v ovsu avenin, prav tako pa vsebuje toksičen prolamin tudi tritikala (1). Za celiakijo je značilno blago do hudo uničenje črevesnih resic, kar povzroči gliadin, torej zaradi uživanja hrane, ki vsebuje gluten. Med najpogostejše simptome celiakije spada diareja, steatoreja, bolečine v trebuhu, napihnjenost in izguba telesne mase zaradi malabsorpcije (2). Klinična slika pri celiakiji je zelo raznolika. Zelo redko srečamo simptomatsko celiakijo z gastrointestinalnimi simptomi in malnutricijo, pogostejši pa so primeri atipične celiakije, pri kateri ni gastrointestinalnih zapletov ampak predvsem zunaj črevesne manifestacije (3). Občasno na celiakijo lahko opozorijo tudi kožne spremembe. Opazanje simptomov je ključno, saj zgodnje zdravljenje celiakije z ustreznim izvajanjem brezglutenske prehrane lahko zmanjša pojavnost benignih in malignih zapletov, ki so povezani s tem stanjem (4). Celiakija je pogosto povezana tudi z drugimi bolezenskimi stanji: hepertiformnim dermatitisom, aftami v ustih, sladkorno boleznijo tipa 1, shizofrenijo, IgA nefropatijo, astmo, raznimi alergijami, artritisom, limfomom in drugimi, zato tudi pri teh bolezenskih stanjih pogosto pomaga brezglutenska prehrana (5). Doslej je znana samo ena oblika zdravljenja, in sicer brezglutenska prehrana, ki traja celo življenje (6). Pri brezglutenski prehrani so iz jedilnika izključeni vsi izdelki iz pšenice, ječmena, rži in ovs, kar zahteva natančno branje oznak na živilih, saj se gluten pogosto uporablja kot dodatek tudi v živilih, ki ga naravno sicer ne vsebujejo (7). Na tržišču je mnogo živil z oznako »brez glutena«. S temi živili je možno nadomestiti pogosto uporabljena živila, kot npr. kruh, testenine in žita (1).

Metode dela

Metode dela zajemajo pregled literature s pomočjo spleta, in sicer uporabo Googla ter specializirane baze podatkov PubMed in pregleda literature po knjigah, s ključnimi besedami celiakija, gluten, brezglutenska prehrana in drugimi.

Bolezni povezane s celiakijo in učinek brezglutenske prehrane

Dermatitis herpetiformis

Celiakijo povezujejo z mnogimi zunajčrevesnimi manifestacijami, med katerimi je najbolj pogost dermatitis herpetiformis. Dermatitis herpetiformis je bil pogosto obravnavan kot kožna bolezen, ki pogosteje nastopi pri bolnikih s celiakijo. Danes pa je znano, da je dermatitis herpetiformis kožna manifestacija celiakije in se pojavi pri približno 25% bolnikov s celiakijo. Obe bolezni se lahko pojavita v isti družini in sta tesno povezani z HLA zapisom na šestem kromosomu. Pri vseh bolnikih z dermatitisom herpetiformisom je možno opaziti tudi vnetje sluznice ali vsaj lezije, ki so v skladu s celiakijo (8). Prehrana brez glutena ima pri zdravljenju dermatitisa hepertiformisa velik pomen, ob njej se lahko močno zniža odmerek sistemskih imunosuprimirajočih zdravil, ki se uporabljajo za zdravljenje te bolezni. Nekateri bolniki lahko zdravila po večmesečni di-

eti celo povsem opustijo. Ob dietni prehrani se prav tako zmanjša možnost pojava anemije zaradi pomanjkanja železa in folatov, neredko pa bolniki navajajo tudi izboljšanje splošnega počutja (5).

Luskavica

Dovzetnost za luskavico je dedna, bolezen pa je pogojena z okoljskimi vplivi, kot npr. infekcijami in stresom. Pri etiologiji in patogenezi luskavice igra veliko vlogo prehrana. Iz nekaterih študij je razvidno, da simptome luskavice lahko omilimo z nizkoenergetsko prehrano in pa tudi z vegetarijansko prehrano. Prav tako pa dosežemo blagodejne učinke tudi s prehrano bogato z omega 3 večkrat nenasičenimi maščobnimi kislinami, ki jih najdemo v ribjem olju. Večkrat nenasičene maščobne kisline delujejo protivnetno. Pri nekaterih pacientih z luskavico so odkrili zvišano občutljivost tudi na gluten. Pri pacientih z IgA in/ali IgG protitelesi so se simptomi bolezní izboljšali z uvedbo brezglutenske prehrane (9). Pri diagnosticiranju celiakije so zelo uporabni IgG in IgA protitelesa in serum protiteles proti tkivni transglutaminazi. Izgleda, da so tkivne transglutaminaze prevladujoč antigen tako v črevesju kot v koži pacientov s celiakijo. Nekatera odkritja nakazujejo na visoko razširjenost luskavice pri pacientih s celiakijo, vendar so podatki za enkrat še nedosledni (9). Brezglutenska prehrana lahko izboljša luskavico celo pri pacientih brez celiakije, vendar z IgA in/ali IgG antigliadin protitelesi. Antigliadin protitelesa so bolj pogosta pri pacientih z luskavico, kot pri zdravih osebah. Lahko zaključimo, da bolniki z luskavico in povišanimi antigliadin protitelesi kljub temu lahko dosežejo izboljšanje z brezglutensko prehrano (9).

Zmanjšana kostna gostota

Zmanjšana mineralna gostota kosti se pogosto pojavlja pri osebah z nezdravljeno celiakijo, verjetno zaradi malabsorpcije kalcija in vitamina D in sproščanja vnetnih citokinov. Brezglutenska prehrana spodbuja hitro rast mineralne kostne gostote, ki vodi v popolno okrevanje mineralizacije kosti pri otrocih. Pri otrocih se lahko doseže normalno kostno gostoto in s tem prepreči osteoporozo kasneje v življenju, če je diagnoza postavljena pred puberteto in se upošteva brezglutenska prehrana. Brezglutenska prehrana izboljša, vendar le redko normalizira mineralno kostno gostoto pri odraslih bolnikih s celiakijo. V nekaterih primerih so lahko potrebna tudi prehranska dopolnila (3).

Pomanjkanje kalcija

Kalcij v obliki kalcijevega fosfata predstavlja glavni gradnik našega telesa; 99% kalcija najdemo v kosteh in zobeh, preostanek pa v krvi, drugih telesnih tekočinah in mehkih tkivih. V povezavi z drugimi minerali kalcij omogoča prehajanje snovi v in iz celice. Neustrezne ravni kalcija povzročijo slabšo rast kosti in slabši razvoj zob, počasnejšo telesno rast, rahitis pri otrocih, tanke in krhke kosti in slabo strjevanje krvi. Nizka raven kalcija v krvi lahko povzroči mišične krče in trzanje (2). Malabsorpcija lahko privede do nizkih ravni kalcija. Pri celiakiji, je možna malabsorpcija kalcija, brez pomanjkanja vitamina D, saj je prisotna poškodba črevesne sluznice, ki zmanjša absorpcijske zmožnosti. Prehrana brez glutena pri celiakiji lahko popravi raven kalcija, s tem pa se poveča tudi mineralna gostota kosti (2).

Sindrom razdražljivega črevesja

Celiakija lahko včasih posnema simptome, ki predstavljajo merilo za diagnosticiranje sindroma razdražljivega črevesja. Sindrom razdražljivega črevesja je eden od najbolj pogostih stanj, ki jih gastroenterologi vidijo v svoji praksi vsak dan, in prizadene do 15% prebivalstva v zahodnih družbah. Kljub svoji benigni naravi, predstavlja veliko breme in močno vpliva na kakovost življenja prizadetih oseb (10). V klinični praksi se pozitivno diagnozo za sindrom razdražljivega črevesja postavi na podlagi simptomov in ob izključitvi ostalih gastrointestinalnih bolezni. Na splošno velja, da se sindrom razdražljivega črevesja predstavlja na mnogo različnih načinov, tako da so bolniki s to diagnozo precej heterogena skupina. Tudi druge gastrointestinalne bolezni se pogosto kažejo podobno kot sindrom razdražljivega črevesja. Trenutno značilni simptomi za simptom razdražljivega črevesja so driska, krči v trebuhu, ki minejo po iztrebljanju, napihnjenost in mnogi drugi. Prav te simptome pa so opazili tudi pri bolnikih s celiakijo. Poleg tega se biopsija črevesja in ostali testi, ki se uporabljajo za diagnosticiranje celiakije, ne uporabljajo rutinsko pri bolnikih, za katere verjamejo, da imajo sindrom razdražljivega črevesja. Ravno zato se za veliko bolnikov z atipično celiakijo misli, da trpijo za sindromom razdražljivega črevesja (10).

Sladkorna bolezen tipa 1

Pri osebah s sladkorno boleznijo tipa 1 je družinska nagnjenost k tej bolezni sicer majhna, bolj pogosta pa je genetska nagnjenost za njen razvoj. Oboleni za sladkorno boleznijo tipa 1 imajo pogosto tudi druge oblike avtoimunskih bolezni, kot npr. tiroidizem in celiakijo. Neka študija je pokazala, da ima 8% oseb s sladkorno boleznijo tipa 1 tudi celiakijo. Čeprav brezglutenska prehrana ne vpliva na vrednosti glukoze ali rast otrok, je povečano tveganje za limfom in osteoporozo pri nezdravljeni celiakiji dovolj dober razlog za povečano pozornost pri osebah s sladkorno boleznijo tipa 1. Vendar pa to ni edina povezava med sladkorno boleznijo tipa 1 in celiakijo. Prav tako kot se celiakija pogosteje pojavlja pri obolelih za sladkorno boleznijo tipa 1, je možen tudi nastanek sladkorne bolezni tipa 1 pri nezdravljeni celiakiji (2).

Anemije, kot posledica malabsorbcije

Anemija lahko nastane zaradi obsežne krvavitve, malabsorbcije, zmanjšanega nastajanja eritrocitov ali pa njihovega povečanega razpada (11). Celiakija je eden najpogostejših vzrokov za malabsorbcijo, ki vodi v poslabšano absorpcijo železa in nezadostno rast. Poleg zagotavljanja brezglutenske prehrane je zgodnje odkrivanje in zdravljenje anemije zaradi pomanjkanja železa z multivitaminskimi in mineralnimi dopolnili ter seveda povečanim vnosom železa, bistveno pri ohranjanju duševnih in psiholoških funkcij. Zaradi pomanjkanja železa ali nizke ravni vitamina B12 lahko pri dojenčkih in otrocih pride tudi do zaostankov v rasti (2).

Laktozna intoleranca

Laktozna intoleranca pogosto spremlja predvsem nezdravljeno celiakijo zaradi vnetja v prebavilih. V takšnih primerih se po zdravljenju z brezglutensko prehrano, stanje občutno izboljša. Ko se črevesne resice obnovijo, izzveni tudi laktozna intoleranca. Vse-

eno pa je pri uvajanju laktoze nazaj v prehrano potrebna pazljivost, potrebno jo je namreč uvajati počasi(2).

Težave v nosečnosti

Študije kažejo, da je pri ženskah z nezdravljeno celiakijo povečano tveganje za neplodnost, splav, nizko porodno težo in krajše dojenje. Zaradi slabe absorpcije hranil lahko pride do pomanjkanja folne kisline, kar pa poveča tveganje za nastanek spine bifide in drugih anomalij živčne cevi (2,11). Pri pravilno diagnosticirani celiakiji in upoštevanju brezglutenske prehrane se plodnost lahko izboljša, prav tako pa boljši prehranski status matere vpliva tudi na potek nosečnosti (2).

Zaključek

Včasih je veljalo, da je preobčutljivost na gluten redka, danes pa se pojavlja vedno pogosteje. V večini primerov gre za celiakijo, vendar pa so simptomi večkrat netipični ter jih je možno pripisati tudi drugim bolezenskim stanjem. Posledica nezdravljene celiakije je skoraj vedno malnutricija, do katere pride zaradi vnetja črevesne sluznice in zmanjšanja absorpcijske površine, kar je posledica atrofije črevesnih resic. Malnutricija pogosto vodi v anemije, pomanjkanje kalcija, kar lahko vodi v zmanjšanje mineralne gostote kosti in osteoporozo, težave v nosečnosti zaradi pomanjkanja folatov in druga bolezenska stanja. Med najtežjimi posledicami nezdravljene celiakije so zagotovo rakave tvorbe, ki se pojavijo v trebušni votlini ali limfom. Poleg teh bolezni celiakijo spremljajo tudi kožne bolezni, kot npr. dermatitis herpetiformis. Edino poznano zdravljenje celiakije je brezglutenska prehrana. Če bolnik s hrano ne prejema glutena, se ponovno obnovijo resice tankega črevesa in prevzamejo običajno vlogo. Najmanjše napake v dieti ta uspeh izničijo, zlasti če se nenehno pojavljajo. Pri tem črevesnem obolenju je učinkovita dosledna sprememba prehrane za vse življenje. Po prehodu na brezglutensko prehrano se zdravstveno stanje bolnika s celiakijo izboljša v nekaj tednih.

Literatura

1. Rolfes SR, Pinna K, Whitney E. Understanding normal and clinical nutrition. 8th ed. Belmont: Wadsworth 2006: 768–775.
2. Peckenpaugh NJ. Nutrition essentials and diet therapy. 11th ed. St. Louis: Saunders 2010: 110–532.
3. Capriles VD, Martini LA, Areas JAG. Metabolic osteopathy in celiac disease: importance of a gluten free diet. *ILSI* 2009; 67(10): 599–604.
4. Poon E, Nixon R. Cutaneous spectrum of coeliac disease. *Australas J Dermatol* 2001; 42: 136–138.
5. Pokorn D. Dietna prehrana bolnika. 1. Ponatis. Ljubljana: Marbona 2005; 209–211, 356.
6. Slovensko društvo za celiakijo (2008) Zdravljenje. http://drustvo-celiakija.si/o_celiakiji/zdravljenje/. <25.7.2012>
7. Escott-Stump S. Nutrition and diagnosis – related care. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2008: 386–389.
8. Pekka C, Reunala T. Recognition and management of the cutaneous manifestations of celiac disease. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4(1): 17–19.

9. Wolters M. Diet and psoriasis: experimental data and clinical evidence. *Br J Dermatol* 2005; 153: 706–714.
10. Shahbazkhani B, Forootan M, Merat S, Akbari MR, Nasserimoghadam S, Vaheidi H, Malekzadeh R. Coeliac disease presenting with symptoms of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18: 231–232.
11. Lajovic J, Konte B, Tonejc M et al. Veliki zdravstveni priročnik: za domačo uporabo. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2005: 717–718, 741–742.

4 Zaključne misli

Fakulteta za vede o zdravju in njeno poslanstvo v zagotavljanju javnega zdravja

Peter Raspor

V dobrem desetletju svojega delovanja je Fakulteta za vede o zdravju razvila dva prepoznava študijska programa 1. in 2. stopnje – študij Zdravstvena nega in študij Prehransko svetovanje – Dietetika. Postavila je močne temelje na področju raziskovanja na področju zdravstvenih in prehranskih ved. V zadnjem letu je svoje aktivnosti postavila pod okrilje Inštituta za živila, prehrano in zdravje. Naše poslanstvo in naše vrednote so dobro integrirane v okviru fakultete tudi s kompatibilnimi skupinami Univerze na Primorskem in izven nje v regiji. Naš cilj je zagotoviti visoko kakovostne interdisciplinarne raziskave na področju živilsko prehranske oskrbovalne verige skupaj s področjem zagotavljanja zdravja. Med raziskovalnimi področji smo se posebej osredotočili na: živila, prehrano, dietetiko, zdravstveno nego, zdravstveno varstvo, in zdravje posameznika in prebivalstva. Raziskave so vezane na različne ravni: na lokalni skupnosti, pa tudi na regionalni, nacionalni in mednarodni ravni. Naše raziskovalno delo se prenaša preko naših partnerjev, študentov in celotne družbe tako v okviru študijskih programov na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze na Primorskem, kot tudi v okviru programov vseživljenjskega učenja in ciljanih dogodkov, ki jih organiziramo za različne strokovne javnosti .

Izjava inštituta za živila, prehrano in zdravja potrjuje, da cenimo:

1. *Ljudi v naši skupnosti* – saj smo optimalen vmesnik pri spodbujanju komunikacije in odnosov z našimi strankami in smo izpostavljeni raznolikosti novih znanj in veščin, potrebnih za zdrav življenjski slog.
2. *Razlikovanje v raziskavah in razvoju* – drznimo si biti drugačni v pristopih in prizadevamo si preseči pričakovanja naših študentov in partnerjev.
3. *Inovativnost in strokovnost* – zavezali smo se iskati nove storitve in produkte, predani smo spodbujanju profesionalne rasti ter zagotavljanju poti za nenehno izboljševanje na področju strokovnega znanja.
4. *Varnost in vzdržnost rasti* – z zagovarjanjem najboljših trajnostnih praks za proizvodnjo in distribucijo hrane, s spodbujanjem pobud za recikliranje in ob spoštovanju kratkih verig preskrbe s hrano.

5. *Izobraževanje in usposabljanje* – prek programov vseživljenjskega učenja ponujamo informacije, znanje in spretnosti za zdravje in dobro počutje.
6. *Zdrav življenjski slog* – z integracijo različnih znanosti in strok v naših raziskavah zagotavljamo informirane in preišljene rešitve za posameznike.
7. *Vključenost in integriteto* – iščemo transparentno komunikacijo in sodelovanje na vseh ravneh družbe, zato kot partnerji delujemo odgovorno, etično in zanesljivo v izzivih sedanje in prihodnje družbe.

Živila, način prehrane in način življenja spreminjajo tradicionalno družbo in jo utirajo v urbano sredino, ki ima vedno manj kontakta z naravnimi okolji. Zato je potrebno razvijati alternative tako v tehnologiji kot v vsakodnevni življenjski praksi. Ob aktivnem raziskovanju sta zdravstvena in prehranska vzgoja kombinaciji izobraževalnih in vzgojnih dejavnosti, s katerimi poskušamo ozavestiti in spodbuditi ljudi k večji skrbi za lastno zdravje. Želimo ljudi spodbujati k spremembam v ravnanju in vedenju, jih usmerjati v ohranjanje trajnostne rabe naravnih virov in jih spodbujati v trajnostno naravnano potrošnjo. Hkrati želimo z ozaveščenostjo dvigniti zavedanje o vplivu njihovih potrošniških navad na gospodarstvo, okolje in družbo. Raziskave, ki so povezane s to tematiko, vključujejo proučevanje življenjskega sloga, navad in stališč prebivalcev različnih starostnih skupin in socialnih okolij. Na podlagi rezultatov raziskav se bodo oblikovale smernice, priporočila, organizirali se bodo dogodki, objave idr.

O avtorjih prispevkov

B

Katarina Babnik

Univerza na Primorskem
Fakulteta za vede o zdravju
Polje 42, 6310 Izola
katarina.babnik@fvz.upr.si

Aldijana Balić

študent
Univerza na Primorskem
Fakulteta za vede o zdravju
Polje 42, 6310 Izola
aldijanabalic@gmail.com

Mojca Bizjak

Univerza na Primorskem
Fakulteta za vede o zdravju
Polje 42, 6310 Izola
mojca.bizjak@fvz.upr.si

Č

Maja Čuić

Onkološki inštitut Ljubljana
Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana
maja.cuic@gmail.com

E

Jožica Eder

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor
Ulica talcev 9, 2000 Maribor
jozica.eder@zd-mb.si

F

Mojca Florjančič

Epidemiologija in register raka
Državni program in register ZORA
Onkološki inštitut Ljubljana
Zaloška 2, 1000 Ljubljana
mflorjancic@onko-i.si

Ana Furlan

študent
Univerza na Primorskem
Fakulteta za vede o zdravju
Polje 42, 6310 Izola
ana.furlan88@gmail.com

G

Uršula Gavez

Univerza na Primorskem
Fakulteta za vede o zdravje
Polje 42, 6310 Izola
urska.gavez2@gmail.com

H

Martina Horvat

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije
Ob železnici 30A, 1000 Ljubljana
horvat.tinka@gmail.com

I

Urška Ivanuš

Epidemiologija in register raka
Onkološki inštitut Ljubljana
Zaloška 2, 1000 Ljubljana
uivanus@onko-i.si

J

Evgen Janet

Nacionalni inštitut za javno zdravje
Območna enota Ravne na Koroškem
Ob Suhi 5b, 2390 Ravne na Koroškem
evgen.janet@nijz.si

Barbara Janežič

Zdravstveni dom Ilirska Bistrica
Gregorčičeva cesta 8, 6250 Ilirska Bistrica
barbarajanezic@gmail.com

Marko Jerković

Splošna bolnišnica Izola
Polje 40, 6310 Izola
marko.jerkovic9@gmail.com

Mihaela Jurdana

Univerza na Primorskem
Fakulteta za vede o zdravju
Polje 42, 6310 Izola
mihaela.jurdana@fvz.upr.si

K

Sedina Kalender Smajlović

Fakulteta za zdravstvo Jesenice
Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice
skalendersmajlovic@fzj.si

Stojan Kariž

Splošna bolnišnica Izola
Polje 40, 6310 Izola
stojan.kariz@siol.net

Marijana Kašnik

Nacionalni inštitut za javno zdravje
Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana
marijana.kasnik@nijz.si

Ksenija Kragelj

Zdravstveni dom Tolmin
Prešernova ulica 6, 5220 Tolmin
kkragelj@gmail.com

Mateja Krajc

Ambulanta za onkološko genetsko svetovanje
Onkološki inštitut Ljubljana
Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana

Milan Krek

Nacionalni inštitut za javno zdravje
Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana
milan.krek@nijz.si

Mateja Kržin

Topole 52, 1234 Mengeš
matejaspice@gmail.com

Mojca Kuster

Epidemiologija in register raka
Državni program in register ZORA
Onkološki inštitut Ljubljana
Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana
mkuster@onko-i.si

L

Sabina Ličen

Univerza na Primorskem
Fakulteta za vede o zdravju
Polje 42, 6310 Izola
sabina.licen@fvz.upr.si

Tamara Lubi

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor
Ulica talcev 9, 2000 Maribor
tamara.lubi@zd-mb.si

M

Mateja Martinc

študent

Univerza na Primorskem

Fakulteta za vede o zdravju

Polje 42, 6310 Izola

mateja.martinc88@gmail.com

Lorraine Morgan

Consultant on Ageing and Care Practice

Appointed lay advisor to Welsh Government Ministerial Group on Ageing, Lead for Health and Education

All Wales Group on Ageing, Nursing Practice and the Older Person

Upsilon-Xi at Large Chapter, Sigma Theta Tau.

Faculty of Health and Human Sciences

University of Swansea

Singleton Park, Swansea, Wales, UK.

lmorganinwales@gmail.com

P

Vesna Pereza

Terme Krka Strunjan

Strunjan 148, 6320 Portorož

vesna.pereza@gmail.com

Melita Peršolja

Univerza na Primorskem

Fakulteta za vede o zdravju

Polje 42, 6310 Izola

melita.persolja@fvz.upr.si

Sanela Pivač

Fakulteta za zdravstvo Jesenice

Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice

spivac@fzj.si

Tamara Poklar Vatovec

Univerza na Primorskem

Fakulteta za vede o zdravju

Polje 42, 6310 Izola

tamara.vatovec@fvz.upr.si

Urška Primc

študent

Univerza na Primorskem

Fakulteta za vede o zdravju

Polje 42, 6310 Izola

Mirko Prosen

Univerza na Primorskem

Fakulteta za vede o zdravju

Polje 42, 6310 Izola

mirko.prosen@fvz.upr.si

R

Sandra Radoš Krnel

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

sandra.rados-krnel@nijz.si

Peter Raspor

Univerza na Primorskem

Fakulteta za vede o zdravju

Institut za živila, prehrano in zdravje
Izola

Polje 42, 6310 Izola

peter.raspor@fvz.upr.si

Doroteja Rebec

Univerza na Primorskem

Fakulteta za vede o zdravju

Polje 42, 6310 Izola

doroteja.rebec@fvz.upr.si

S

Anemari Smolej

Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj

Območna enota Zdravstveni dom Bled

Mladinska cesta 1, 4260 Bled

asmolej@gmail.com

Slavica Sušelj

Dom upokojencev Izola

Kosovelova ul. 22, 6310 Izola

slavica.suselj@gmail.com

Š

Tamara Štemberger Kolnik
Univerza na Primorskem
Fakulteta za vede o zdravju
Polje 42, 6310 Izola
tamara.kolnik@fvz.upr.si

T

Mateja Topler
mateja.topler91@gmail.com

Nada Trunk Širca
Univerza na Primorskem
Fakulteta za management
Cankarjeva 5, 6101 Koper
nada.trunk@fm-kp.si

V

Nataša Vidnar
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor
Ulica talcev 9, 2000 Maribor
natasa.vidnar@zd-mb.si

Zvezdana Vražič
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor
Oddelek za promocijo zdravja
Ulica talcev 9, 2000 Maribor
zvezdana.vrazic@zd-mb.si

Alenka Vrečar
Ambulanta za onkološko genetsko svetovanje
Onkološki inštitut Ljubljana
Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana
avrecar@onko-i.si

Z

Anamarija Zore
Univerza v Ljubljani
Zdravstvena fakulteta
Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana
anamarija.zore@zf.uni-lj.si

Ž

Eva Žaberl
študent
Univerza na Primorskem
Fakulteta za vede o zdravju
Polje 42, 6310 Izola
zaberleva@gmail.com

Pokrovitelj in sponzorji

Programski in organizacijski odbor konference se zahvaljuje

častni pokroviteljici dogodka

Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov



in sponzorjem





Založba Univerze na Primorskem
WWW.HIPPOCAMPUS.SI
ISBN 978-961-6963-54-1

