

DUHOVNOST IN DUHOVNO ZDRAVJE

SPIRITUALITY AND SPIRITUAL HEALTH

Mihaela Skoberne

UDK/UDC 159.955:613.86

DESKRIPTORJI: *duhovno zdravje; duševno zdravje*

DESCRIPTORS: *spiritual health; mental health*

Izvleček – Medicinska sestra, ki opravlja holistično zdravstveno nego, poskuša ugotoviti vse bolnikove potrebe, vključno z duhovnimi. Samo z razvojem zavesti in vpogleda v duhovno dimenzijo bo medicinska sestra sposobna razumeti, raziskati in ponuditi duhovno oporo bolniku. Pri tem so bistvene njene komunikacijske sposobnosti, toplina, empatija in skrben človeški odnos.

Abstract – Any nurse performing holistic nursing care is trying to fulfill all needs of a patient, including spiritual needs. Only development of consciousness and insight into spiritual dimension will enable a nurse to understand, research and offer spiritual support to the patient. Indispensable in all this are her communication abilities, warmth, empathy and careful human relations.

Duhovnost pomeni prebujenost. Mnogi, četudi se tega ne zavedajo, spijo. Rodijo se speči, živijo speči, speči se poročijo, speči vzgajajo otroke, tudi umro speči, ne da bi se sploh kdaj prebudili. Nikoli ne razumejo lepote tega, kar imenujemo »človeško življenje«

(Anthony de Mello, 1991).

Uvod

M. Tušar (1997) je zapisala: »Stališče, da je zdravje odraz telesnega, emocionalnega, intelektualnega, socialnega in spiritualnega (duhovnega) dobrega počutja posameznika, temelji na *holistični filozofiji* Herberta Otta (1975), ki pravi, da je vsak posameznik edinstven v okviru omenjenih petih dimenzij in da so le-te v neprestani interakciji.

Telesna dimenzija vključuje vse, kar vpliva na telo, emocionalna se nanaša na fiziološka in čustvena stanja, intelektualna dimenzija predvideva receptivno funkcijo, spomin, učenje in zaznavanje. Socialna dimenzija predstavlja socialne interakcije in odnose ter vidike kulture. Zadnja, duhovna dimenzija pa raziskuje človekovo iskanje življenjskega smisla, kar mu je v pomoč pri premagovanju različnih življenjskih težav.

V primeru bolezni, ko je dobro počutje ogroženo, se ljudje v glavnem osredičimo na telesno dobro počutje, emocionalni, intelektualni in socialni aspekt pa pogosto spregledamo. Najpogosteje v celoti ignoriramo ali podcenjujemo duhovno dobro počutje, morda zaradi eterične in intuitivne narave duhovnosti, oziroma zato, ker duhovnosti drugače kot v odnosu z vernostjo sploh ne pripoznavamo in jo tabuiramo.

Vsak človek ima svojo definicijo duhovnosti, nobena pa ne more v celoti izraziti bistva tega čudovitega dela človekove izkušnje.

Rahalova (1984) definira duhovnost kot osebno transcenco, onstran konteksta stvarnosti, v nasprotju z razumskim občutjem, kjer stvari obstojijo, ko se pojavijo. Posledica tega je življenje potrjujoč odnos z bogom, z neko skupnostjo, z okoljem in s samim seboj.

Omenjena definicija, kot mnoge druge definicije, vsebuje idejo o dveh dimenzijah duhovnosti – horizontalni in vertikalni. Horizontalna dimenzija se nanaša na odnos s samim seboj (intrapersonalen), z drugimi ljudmi (interpersonalen) in z okoljem, gre za »nereligiozno občutenje smisla življenja« (Champagne, 1989).

Vertikalna dimenzija se nanaša na boga, ki ga nekdo priznava, vesolje ali nekaj kar je nad njim.

Oboje posamezniku pomaga, da prepozna lastne osebne vrednote in cilje ter vzpodbuja osebno integracijo telesa, razuma in duha (Washkoviak, 1989).

Pomanjkanje ciljev in življenje brez smisla vodi v obup in čustva nekoristnosti ter zapuščenosti.

Značilnosti duhovnosti

Pot duhovnega zavedanja posameznika je notranji proces, ki se lahko razvije ob stiku s katerikoli človekom, naravo ali ob misli na boga.

Burkhardt (1993) navaja naslednje značilnosti duhovnosti:

Odnos do sebe

- Notranja moč / zaupanje vase
- Poznavanje samega sebe (kdo sem, kaj lahko storim).
 - Stališča (zaupanje v sebe in zaupanje v življenje, občutek miru in harmonije s samim seboj).

Odnos do narave

- Skladen
- Znanje o rastlinah, drevesih, vremenu, življenju.
 - Povezanost z naravo (vrtnarjenje, sprehodi); varovanje narave.

Odnos do drugih

- Skladen / podpora
- Posvečanje časa in znanja drugim.
 - Skrb za otroke, stare in bolne.

Neskladen

- Konflikti z drugimi.

Odnos do boga

- Religiozen ali nereligiozen
- Molitev / meditacija.
 - Religiozni predmeti.
 - Bivanje v naravi.
 - Sodelovanje v cerkvi.

Duhovno zdravje

Ellison (1983) pravi, da je za duhovno zdravje ali duhovno dobro počutje značilno, da človeka preveva v glavnem občutek, da živi in je njegovo življenje osmišljeno in izpolnjeno.

Biti duhovno zdrav pomeni biti poln energije. Polno življenje, pravilno vrednotenje danih možnosti in izkoriščanje le-teh je pot, ki vodi k duhovnemu zdravju.

Po Pilchu (1988) je duhovno dobro počutje način življenja oziroma življenjski slog, življenje osmišlja in ga dela prijetnega. Išče v svobodno izbrane možnosti in priložnosti, ki življenje krepijo in bogatijo in katerih korenine segajo globoko v duhovne vrednote ali religiozna prepričanja.

Potter in Perry ter sodelavci (1985) menijo: »Duhovno zdrave osebe imajo ljubeč odnos do drugih. Opuščajo krivice, so vpludne in potrpežljive. V odnosih z drugimi so pravične in miroljubne. S svojo duhovno zavestjo o tem, kaj je pomembno v življenju in v svetu, na druge vplivajo pozitivno.«

Pri večini ljudi duhovno zdravje v različnih življenjskih obdobjih zahteva razvoj tako horizontalne kot tudi vertikalne razsežnosti duhovnosti.

Duhovne potrebe. Duhovne potrebe so po Carsonu (1989) potreba po odpuščanju, ljubezni in zaupljivem odnosu z bogom (oziroma glede na posameznikovo opredelitev) ter smislu (izpolnjenem z ljubeznijo, odpuščanjem, upanjem in zaupanjem glede sebe in drugih).

Po Shelly in Fishu (1988) so določene duhovne potrebe osnova vseh religij in te so:

- potreba po pomenu in smislu,
- potreba po ljubezni in vezeh z drugimi,
- potreba po odpuščanju.

Mnogi so mnenja, da so te potrebe skupne vsemu človeštvu.

Vera (Fowler, Keen, 1985) je univerzalna – je način življenja, delovanja in razumevanja samega sebe. Imeti vero pomeni verjeti v oziroma zaupati v nekaj ali v nekoga. Splošno mnenje je, da sta religija ali duhovno stališče (prepričanje), poskus posameznika, da spozna svoje mesto v vesolju oziroma v okviru celotnega okolja.

Religija je organiziran sistem čaščenja. Religije imajo temeljna načela (dogme), obrede in običaje, ki so povezani z rojstvom, smrtjo, poroko in zveličanjem. Imajo tudi pravila za vedenje v vsakdanjem življenju. Mnogi ljudje svoje duhovne potrebe zadovoljujejo z religijo. Religiozni in duhovni razvoj pa ne potekata vedno vzporedno. Nekdo lahko na primer izvaja določeno versko prakso, vendar še ni ponotranjil njenega simboličnega.

Duhovni razvoj

Avtorji, ki so raziskovali razvoj vere pri posamezniku, med njimi Fowler (1974), Aden (1976) in Westerhoff (1976) so navajali različne stopnje razvoja. Fowler ugotavlja prisotnost vere pri religioznih in nereligioznih ljudeh. Je mnenja, da vera daje smisel živ-

Tab. 1. Westerhoffove (1976) stopnje verskega razvoja.

Stopnje	Starost	Ravnanje
Verska izkušnja	Otroštvo / zgodnja adolescenca	Izkustvo vere doživlja v okviru medsebojnih vezi z odraslimi, ki sledijo določeni verski tradiciji.
Sodelovanje in pripadnost	Pozna adolescenca	Aktivno sodeluje pri dejavnostih, ki so značilne za določeno versko tradicijo, občuti spoštovanje, začudenje; zave se pripadnosti.
Iskanje vere	Mladi odrasli	Skozi proces iskanja in verskih dvomov doseže kognitivno in emocionalno vero.
Ponotranjenost vere	Srednji odrasli / starostniki	Verska stališča vnaša v osebno in socialno delovanje in je pripravljen potegniti se za individualna stališča celo nasproti skupnosti, ki ga je vzgajala.

ljenju in mu daje oporo, kadar je v težavah. Aden opisuje vero kot božji dar, za Westerhoffa pa je način bivanja in ravnanja. Ta se iz verske izkušnje, pridobljene pod vplivom ali vodstvom staršev ali drugih v zgodnjem otroštvu, razvije v obdobju odraslosti v ponotranjeno lastno vero in usmerja človekovo dejavnost.

Religija in bolezen

Duhovna in religiozna stališča so pomembna v človekovem življenju. Vplivajo na življenjski slog, vedenje in čustva glede bolezni in smrti. Mnoge religije določajo pravila glede diet, kontrole rojstev, primerne zdravljenja, zdravstvene nege umirajočega in oskrbe trupla.

Izrazit je pomen duhovnih stališč v času bolezni, ko pomagajo bolniku in svojem sprejeti bolezni in jim olajšati njeno breme. Oboji jo lahko sprejmejo kot preizkušnjo vere in običajno ne omaja njihovega verovanja. Sposobni so načrtovati prihodnost. Drugače je, če ljudje sprejmejo bolezen kot kazen za svoje nemoralno vedenje in grehe. Verjamejo, da bodo z molitvijo, zaobljubami in pokoro znaki bolezni izginili.

Določena religiozna stališča nasprotujejo medicinskemu zdravljenju in življenju bolnika je lahko ogroženo. Mnoge Jehovine priče ne sprejemajo transfuzije krvi.

Religije se ločujejo med seboj glede na obrede, zakramente, praznike, dietne predpise, stališča v zvezi z rojstvom, smrtjo; vse pa le dajejo duhovno oporo in pomagajo človeku, da se sooči z življenjem in boleznijo ter ju obvladuje. Osmišljajo življenje in smrt in so izvor moči in vedrine v času kriz.

Religiozna stališča in zdravstvena nega

Watson (1988) pravi: »Znanje medicinske sestre, upoštevanje in spoštovanje bolnikovega duhovnega sveta je zanj tolažilno. Zavedanje spiritualnega in religioznega sveta je ena izmed dolžnosti medicinske sestre.«

Kadar bolnik izrazi potrebo po duhovni pomoči, mora medicinska sestra to individualno željo upoštevati. Ne sme razvrednotiti moči vere, ki je del okrepanja; prav tako pa zaslužijo enako spoštovanje za tisto, v kar »verujejo«, drugi bolniki, čeprav ne sprejemajo določene religije.

Medicinska sestra se mora zavedati meja lastnih sposobnosti kako v celoti zadovoljiti duhovne potrebe bolnikov, ko gre za eksistencialna vprašanja tistih, ki se soočajo z minljivostjo življenja. Nekateri takrat ne potrebujejo samo odpuščanja s strani ljudi, s katerimi so ravnali napačno. Potrebujejo tudi odpuščanje s strani Boga oziroma morajo sami sebi odpustiti dejanja, ki jih njihova vest presodi za napačna. V tem primeru je duhovnikova pomoč lahko bolj primerna za bolnika in družino.

Celosten pristop k bolniku v zdravstveni negi zahteva, da se medicinska sestra seznanja z duhovnikom in pozna njegov pristop k duhovnim potrebam bolnika. Oba morata vedeti, kaj lahko pričakujeta drug od drugega, in se strinjati glede oblik pomoči, ki jo pri zadovoljevanju duhovnih potreb dajeta bolniku (Beckmann Murray, Proctor Zentner, 1989).

Duhovno zdravje in proces zdravstvene nege

Stoll (1979) opozarja, da je potrebno skrbno predvideti čas za ocenjevanje bolnikovega duhovnega stanja. Mnenja je, da je najprimernejši čas za to ob zaključku procesa ocenjevanja, potem ko je medicinska sestra vzpostavila odnos z bolnikom in čuti, da je pripravljen govoriti o duhovnih stvareh.

Nadalje svari, da imajo ljudje pravico do lastnih vrednot in stališč in da lahko odklonijo pogovor o teh rečeh, zato ni lahko oceniti posameznikovega duhovnega zdravja oziroma duhovne stiske. Za oceno duhovnega stanja bolnika Stoll (1979) navaja štiri specifična področja:

- a) vir upanja in moči,
- b) posameznikov koncept boga ali božanstva,
- c) pomembna religiozna praksa in obredi,
- d) odnos posameznika glede na verska stališča in zdravstveno stanje.

Duhovna stiska je lahko tudi negovalna diagnoza, ki se nanaša na duhovno dimenzijo in bolnikove potrebe.

Definicija I.

Stanje, ko se poruši posameznikovo življenjsko načelo, ki prežema njegovo celotno bit oziroma dopolnjuje in presega človekovo biološko in psihosocialno naravo (NANDA, 1990).

Definicija II.

Stanje, v katerem posameznik ali skupina doživlja motnjo v verskem sistemu oziroma v sistemu vrednot, ki zagotavljajo moč, upanje in smisel življenja (NANDA, 1992).

Značilni znaki, ki jih navajata avtorici Vusse in Simandl (1992), so:

- spremembe razpoloženja oziroma vedenja, ki se izražajo kot jeza, jok, umik, pobitost, apatija, raztresenost in sovražnost;
- spremembe v navadah spanja (opisovanje nočnih mor);
- prošnje za specialne dietetične ukrepe;
- povpraševanje po prostoru za verske obrede;
- jeza na boga;
- prošnja medicinski sestri, da krsti otroka ali izvrši druga verska opravila;

- spraševanje medicinske sestre glede njenega verskega prepričanja;
- prošnja za pogovor z duhovnikom;
- usmeritev jeze proti vernikom;
- izražanje skrbi glede življenjskega smisla (smrti) oziroma sistema vrednot;
- obešenjaški humor;
- nezmožnost za sodelovanje pri običajnih verskih opravilih;
- vprašanja o smislu lastnega obstoja;
- vprašanja o smislu trpljenja;
- vprašanja glede moralno etičnih posledic zdravljenja;
- nemir;
- iskanje duhovne pomoči;
- socialna izolacija;
- izražena skrb glede odnosa do boga;
- izražen strah glede prihodnosti, vzroka in poteka bolezni;
- izražanje notranjega konflikta glede vere oziroma osebnega prepričanja.

Spremljajoči dejavniki, ki jih navajata avtorici Vusse in Simandl (1992):

Patofiziološki:

- spremembe v strukturi in funkciji telesa (bolečina, poškodbe);
- diagnoza nove bolezni;
- terminalna diagnoza;
- rojstvo mrtvega otroka, splav.

Psihosocialni:

- spremembe verskega prepričanja ali sistema vrednot (glede na moralno etične posledice terapije ali glede na hudo trpljenje);
- odpoved verskim in kulturnim vezem.

Pričakovani cilji (Vusse, Simandl, 1992):

- varovanec bo izrazil občutek spokojnosti, miru in obnovljene integritete (celovitosti);
- varovanec se bo sprijaznil s svojim stanjem;
- izrazil bo cilje, ki se nanašajo na duhovno zdravje;
- razpravljal bo o vidikih soočanja z duhovnimi vprašanji;
- zavzel se bo za iskanje smisla življenja in pomena bivanja;
- izrazil bo stališče glede težav v življenju.

Učinkovitost postopkov pomoči za zadovoljevanje duhovnih potreb je odvisna od kakovosti odnosa med medicinsko sestro in bolnikom, kar je tudi razvidno iz teksta, ki sledi. Nikakor pa to ne pomeni, da bi medicinska sestra morala narediti stvari, ki so v nasprotju z njeno lastno filozofijo – na primer moliti z bolnikom. V tem primeru naj se bolnik sam odloči za duhovnika ali kako drugo osebo.

Medicinska sestra ima na voljo mnogo različnih koristnih postopkov duhovne pomoči (delno so povzeti po avtoricah Vusse in Simandl, 1992), ki tudi religiozno neopredeljenemu bolniku lahko pomagajo pri iskanju smisla v bolezni in trpljenju ter nudijo sprostitvev in udobje.

Izvajanje duhovne pomoči v zdravstveni negi

Samo z razvojem zavesti in vpogleda v duhovno dimenzijo (razčistiti mora lastna duhovna stališča in vrednote) bo medicinska sestra sposobna razumeti, raziskati in nuditi duhovno pomoč bolniku. V odnosu medicinska sestra–bolnik so zato bistvene lastnosti: sposobnost komunikacije, zaupanje, empatija, samozavedanje in širina razumevanja tako vertikalne kot horizontalne dimenzije duhovnosti.

Izvajanje duhovne pomoči bolniku ni samo stvar posamezne medicinske sestre, temveč je prav, da je vključen celotni zdravstveni tim, kar zagotavlja doslednost in kontinuiteto v zdravstveni negi (Craven in Hirnle, 1992).

Vrednotenje duhovne pomoči

V okviru evalvacije načrta duhovne pomoči medicinska sestra primerja odgovore (reakcije) bolnikov na duhovno pomoč z načrtovanimi cilji, ki so osnova za kriterij vrednotenja. Iz tega sklepa, ali je bil načrt duhovne pomoči uspešen ali neuspešen. Kot kriterij vrednotenja ji služijo lahko tudi značilnosti, ki označujejo duhovno dobro počutje (Carson, 1989):

- občutek notranjega miru,
- sočutje do drugih,
- spoštovanje življenja,
- hvaležnost,
- spoštovanje tako enakosti kot različnosti,
- humor,
- modrost,
- plemenitost,
- sposobnost preseči sebe,
- zmožnost za brezpogojno ljubezen.

Razmišljanja o duhovnosti, duhovnem zdravju in duhovni pomoči

Pauline Turner (1996) opozarja, da se lahko duhovnost izniči zaradi povečanega pritiska, ki spremlja opisovanje, ocenjevanje in merjenje postopkov le-te.

Raziskave kažejo, da imajo medicinske sestre težave pri ugotavljanju in ocenjevanju duhovnih potreb; to je področje, ki ga zdravstveni delavci dosledno prezrejo. Avtorica izpostavlja pogled na duhovnost v pojmih »bivanje« in »delovanje«.

Delovanje je tisti vidik človekovega življenja, ki je začasen in kratkotrajen, medtem ko bivanje lahko tudi še potem, ko se naše delovanje konča.

Postopki duhovne pomoči	Načelo
Določi bistvene duhovne probleme.	Oseba običajno raje odgovarja na splošna kot specifična vprašanja glede smisla življenja, vrednot ter duhovnih, etičnih in filozofskih prepričanj, ki se nanašajo na bolezen in življenjsko situacijo.
Poslušaj aktivno, kaj je bolnikov smisel in cilj v življenju.	Tako aktivno poslušanje, kot odgovori, besedni in nebesedni, kažejo, da je medicinska sestra pripravljena pomagati.
Razjasni vsako željo, ki se nanaša na določeno religijo, vključno z dietnimi predpisi in prilagoditvami prostoru in času, potrebnimi za verske obrede.	Institucionalizirana religija in njeni obredi često zagotavljajo udobje. Treba je spoštovati posameznikovo versko pripadnost, da jo lahko sproščeno izrazi.
Oceni skladnost okolja in duhovnih vrednot.	Potrebno je celo zagovarjati spremembe v zvezi s časom in prostorom, ko gre za izvajanje obredov – to poveča bolnikovo zaupanje v medicinsko sestro.
Upoštevaj kulturne razlike.	Potrebno je prisluhniti različnim vrednotam in stališčem, pri čemer je pripravljenost medicinske sestre zelo pomembna, kar je včasih dovolj.
Deluj terapevtsko.	Pri razvijanju odnosa naj bo medicinska sestra odkrita z bolnikom, da ji ta lahko zaupa.
Posveti se bolniku.	Prisotnost medicinske sestre pomeni, da bolnika upošteva kot subjekt. Potrjuje prevzem odgovornosti zanj in utrjuje medsebojno sodelovanje.
Upoštevaj, da je težko najti za vse primeren odgovor.	Pojasnilo, da nihče ne ve odgovora na vsa ključna življenjska vprašanja, pomirja bolnika. Bolniku ostaja odprta lastna pot iskanja resnice, brez občutka zavrtosti in neprimernosti tega.
Ne obsojaj.	Duhovnost je občutljivo in zasebno področje. Bolj ko je medicinska sestra odprta, lažje ji bo bolnik zaupal in z njo delil svoja prepričanja, brez strahu, da bi ga obsojala.
Spodbujaj bolnika, da se sprosti z izražanjem čustev.	Čustvena sprostitvev je lahko zdravilna za duhovno stisko.
Upoštevaj blagodejnost molka.	Bližina medicinske sestre in blagodejnost molka lahko bolniku olajšata občutek zapuščeni in nepomembnosti.
Ne zanemari terapevtskega dotika.	Če hočemo resnično doseči terapevtski učinek, moramo uporabiti dotik ob pravem času, na pravem mestu in na pravi način. Dotik daje bolniku občutek, da ga sprejemamo, varujemo in tolažimo.
Uporabljal tehnike sproščanja (ritmično, globoko dihanje, meditacijo itn.).	So različne tehnike sproščanja, kar vključuje tudi tiho okolje, udoben položaj, mirno glasbo, da se sprostijo mišice ob mirnem globokem dihanju. Temu sledi občutek miru in dobrega počutja.
Vzpodbujaj bolnikovo kreativnost (slikanje, pisanje pesmi itn.).	Kreativna dejavnost sprosti čustva, raziskuje pomen izkušenj, podpira upanje in moč in pomaga pri komunikaciji z virom duhovnosti.
Vzpodbujaj reminiscenco in pogled na pretekle dogodke.	Skozi reminiscenco oziroma pogled na svoje življenje se posameznik spomni in razreši stare bolečine in konflikte v novi perspektivi. Izpelje nove odločitve, uredi dogodke. Pregled življenja je pomemben za razrešitev v sebi in za žalovanje v zvezi z izgubami.
Vzpodbujaj bolnikovo zaznavanje.	Priporoča se, ko je bolnik sproščen – po uporabi sprostitvenih tehnik in relaksacije. S pomočjo lastne pozitivne potrditve kot načina pozitivnega razmišljanja, se nadomesti negativno razmišljanje. Pozitivna stališča pospešujejo bolnikovo zdravljenje.
Uporabi terapijo z glasbo.	Glasba pomirja ljudi in zmanjšuje bolečino in strah kot tudi vzpodbuja. Upoštevatni je potrebno osebna nagnjenja. Specifična religiozna glasba je samo del izbora, ob kateri pa lahko bolnik izrazi strah, ker ne more prisostvovati religioznim obredom. Koristi tudi glasba, ki mu je bila všeč v preteklih življenjskih obdobjih ali pa vzpodbuja bolnikovo potrebo, da poje, pleše, itd. Svojci lahko prinesejo kasetofon. Priporočena glasba: Mozart, Debussy in nekateri Ravellovi adagii.
Uporabi humor.	Humor je nujno potreben (vendar ob pravem času in priložnosti), saj je lahko ključ do odprte komunikacije tudi v primerih, ko so teme boleče. Smeh olajša napetost in bolj ko je intenziven, večja je sprostitvev.
Usmeri bolnika v podporne skupine.	Skupine, v katerih so si posamezniki v oporo drug drugemu, so primerne, kadar doživlja bolnik duhovno stisko. Vplivajo na občutek osebne vrednosti. Nesebična pomoč ostalih daje upanje, da so problemi rešljivi, prav tako pa čustva pripadnosti in vezi jačajo člane skupine.
*Poišči pomoč duhovnika.	Upoštevaj razpoložljive vire pomoči duhovnika, če je potrebno in ni dovolj pomoč medicinske sestre. Mnogi bolniki omenjajo zdravilno moč molitve z duhovnikom med boleznijo.
Upoštevaj bolnikov odnos do nabožnih predmetov, knjig in slik.	Ti predmeti lahko dajejo bolniku občutek miru in varnosti ter ga spominjajo na dogodke v mladosti, ki so vplivali na njegov duhovni razvoj.
Bolniku daj vedeti, da se vsak odziva individualno na zdravje, bolezen in prognostične podatke.	Bolnik potrebuje dovoljenje, da izrazi lastna prepričanja in skrbi. Zagotovilo medicinske sestre, da sprejema drugačnost, lahko bolnika opogumi, da deli vse z njo, kar zagotavlja boljše razumevanje bolnikovih duhovnih stisk.

*Skoraj vse bolnišnice v Sloveniji imajo kapele, kjer lahko bolniki prisostvujejo verskim obredom. Na bolniških oddelkih so seznanjeni duhovniki, ki pridejo na klic, ko je potrebno.

Naša težava, da težko prepoznamo pomemben prispevek, ki ga ima duhovnost za človekovo dobro počutje, morda delno izvira iz stališča zahodnega sveta, za katerega je značilno znanstveno in materialistično razmišljanje in delovanje in izključuje bivanje.

Tega se je avtorica zavedela, ko je prisluhnila medicinskim sestram v hospicu, ki so razmišljale o lastni umrljivosti – vprašanje je namreč bilo: Če bi umrli, kaj bi ljudje pogrešali? Osupnila je zaradi večine odgovorov; bile so mnenja, da bi jih ljudje cenili zaradi stvari, ki so jih dosegle, in ne po tem, kakšen človek je posameznica bila (kot osebnost).

Iz lastne prakse je opisala primer mladega moškega, ki je umiral zaradi raka in ga njegova žena ni bila sposobna negovati doma. Moški je bil usmerjen v svojo notranjost, nič ga ni zanimalo. Spraševala se je (avtorica), kje so bili razlogi za njegovo stisko.

Že od mladosti je bil vedno nagrajen za tisto, kar je naredil dobro, zato je povezoval lastno vrednost le z dosežki. In postopno je med boleznijo izgubil stvari, zaradi katerih se je počutil pomembnega doma in v službi – položaj hranitelja, uspešnega poslovnega... Bistveno vprašanje, s katerim se je soočil, je bilo, kako spoznati, da ni cenjen le zaradi delovanja, ampak, da je pomembno njegovo bivanje.

Neuspeh odkriti smisel tudi v odnosu in preseči področje zgolj materialnih stvari je za mnoge vir intenzivne duhovne bolečine.

Smo telesna, psihična in duhovna bitja, ki imajo biološke potrebe in prirojeno težnjo po ljubezni, varnosti, identiteti in sprejetosti. Večino potreb zadovoljimo z odnosi in delom. Ko pa nekdo umira ali je težko bolan, se vse te stvari spremenijo. Kar je nekoč bilo zelo pomembno, ni več, in kar se je zdelo nepomembno, dobi nenadoma velik pomen.

Življenje načrtujemo v grobih okvirih in mislimo, da bomo nekega dne izdelali čistopis, toda nikoli ni časa za to. Ko nekdo umira, pa je pomembna na primer ponujena skodelica čaja, skrbno pripravljene, je dragocena stvar, tudi zrahljanje blazine, da je bolniku udobneje, je lahko izjemnega pomena. To so simbolna dejanja – izrazi naklonjenosti, razumevanja, sočutja in ljubezni (opomba avtorice).

Ti preprosti primeri ilustrirajo zmes bivanja in delovanja, kar je pomembno v zdravstveni negi, hkrati pa pogosto razvrednoteno zaradi naraščajočega pritiska, da se opiše, meri in oceni vsak in vsakogar delo. V skrajnosti to pomeni zanikanje ideje, da se v celoti posvetiš sočloveku, ki trpi. In moč prvih hospicev je bila v tem, da so uspešno usklajevali znanstveni pristop k lajšanju simptomov s poudarkom na duhovni dimenziji v smislu »biti z« oziroma »biti prisoten«.

Potrebno je pospešiti holistično dimenzijo zdravstvene nege – vzpodbuditi učenje s pomočjo refleksije, na način, ki nas bo povezal tako z našimi čustvi in intuitivnimi odgovori, kot tudi z našim znanjem in tehničnimi sposobnostmi.

Potrebno je, da cenimo odnose in neotipljive lastnosti zdravstvene nege, kot tudi njene kvantitativne vidike.

Wilfred McSherry (1996) v svojem članku duhovnost opredeljuje kot »misteriozno in zapleteno dimenzijo naših življenj – dimenzijo, ki je ekstremno osebna in je o njej težko prosto govoriti.« Duhovno zavedanje ne sprejema (upoštevata) le religioznosti, ampak zmožnost posameznika, da spregleda stališča in občutja glede stvari, ki so bistvene za naš obstoj. Poistovetiti duhovnost z religioznostjo pomeni izključiti množice ljudi – ateiste, agnostike, humaniste, ki tega stališča ne sprejemajo, se pa duhovne dimenzije zavedajo in jo tudi posedujejo.

Samo z razvojem zavesti in vpogledov v duhovnost bo medicinska sestra sposobna razumeti, spregledati in nuditi duhovno oporo varovancem.

So pa tudi avtorji, ki so še bolj skeptični glede nalog medicinske sestre v zvezi z duhovnostjo.

Ann Bradshaw, predavateljica za paliativno zdravstveno nego v svojem članku »Zapuščina Nightingalove« (1996) razpravlja o standardu RCN (1993) »duhovna pomoč«, češ da je bil njegov namen vplivati na mnenje in prakso, čeprav hkrati trdi, da standard ni niti predpisan niti v celoti izdelan. RCN v brošuri trdi, da je duhovna dimenzija integralni aspekt celotne osebe. Je ločena od telesnega, emocionalnega in socialnega vidika, hkrati pa z njim povezana. Rečeno je, da se duhovnost ukvarja z odnosi; do sebe (lastna vrednost), do drugih (odpuščanje in sprava) in do višje sile (Boga). To zlasti postane pomembno v času sprememb ali stisk saj omogoča ljudem interpretirati izkušnje v kontekstu globljih pozitivnih pomenov.

Duhovna stiska (RCN, 1993) je motnja, povezana s posameznikovimi stališči (verskimi) ali motnja v sistemu vrednot, ki so vir moči in upanja.

Vloga medicinske sestre je spoštovati duhovne zadeve bolnikov in pomagati njim in njihovim družinam izraziti tudi vprašanja v zvezi z duhovnostjo. Cilj je dosežen, če je ugotovljeno »duhovno dobro počutje« oz. so duhovne potrebe ugotovljene in dokumentirane.

S tem v zvezi avtorica navaja po svojem mnenju zelo pomembna vprašanja.

Ali ni tak pristop preveč vsiljiv? Ali je prav, da se od medicinske sestre pričakuje, da oceni ter procesno rešuje bolnikove najgloblje občutke glede upanja in smisla, ko je zaradi bolezni tako ranljiv? Ali bi mi želeli isto zase in svoje družine? Ali ima medicinska sestra dovolj znanja, časa in primerno motivacijo? Tudi če vse to ima, ali ne kršimo bolnikove zasebnosti? Ali morda izrivamo duhovnika in če je tako, ima ta pravico postati enakovreden član zdravstvenega tima?

Bowmanova študija (1995) ugotavlja naslednje: medtem ko so medicinske sestre trdile, da so bile duhovne potrebe bolnikov zadovoljene, se le-ti s tem niso strinjali. Ann Bradshaw smatra, da tak pristop ni holističen in etičen. Duhovna pomoč ni vključena v

zdravstveno nego, kar je neizbežna posledica neupoštevanja tradicije v zdravstveni negi.

Izvor in razvoj zdravstvene nege in etika, v okviru katere je bolnik obravnavan kot oseba, tako zgodovinsko kot kulturno, oboje izvira iz dojemanja posameznika kot celote: telesne in duhovne. Sočutna in altruistična nega bolnika (upoštevajoč telesno, socialno in mentalno) je bila duhovni izraz zdravstvene nege.

O duhovni pomoči bolniku, kot jo je razumela in vključevala tradicionalna zdravstvena nega, se v preteklosti ni govorilo, vendar je bila udejanjena v dnevnih aktivnostih, izvedenih z empatijo in pravo mero sočutja do bolnika (Tušar, 1997).

Alyson Peberdy (1993) pravi, da duhovna dimenzija transcendirata in priteguje telesno, socialno in psihološko v »Jaz«. Poskus: ugotoviti in ovrednotiti duhovno potrebo ter oblikovati načrt duhovne nege, ki je ločen in vzporeden drugim negovalnim načrtom, verjetno prej okrepi kot zaustavi razkrajajoči vpliv trpljenja. Navaja duhovnika Mayerja (1989, cit. po Peberdy, 1993), ki je zaključil obsežen pregled negovalne literature z domnevo, da je duhovna nega najbolj opazna v kvalitetni zdravstveni negi. To je tisto, kar vsi nudimo, ko vso pozornost posvečamo bolniku.

Medicinska sestra, ki sicer strokovno prevezuje rano pri bolniku, hkrati pa razpravlja s kolegico o počitnicah, ne neguje osebe. Način, s katerim medicinska sestra izvaja naloge in vzpostavlja odnose tako z bolnikom kot tudi z drugimi člani tima, nudi pomembno osnovo duhovni izkušnji, ki jo ima umirajoči bolnik.

Medicinska sestra, katere dotik je nežen in ki doje lastno opažanje, ne zmanjšuje samo telesne bolečine, ampak hkrati zagotavlja rahločutnost, na osnovi katere se lahko oblikuje zaupen odnos. Pretirano zaposlena medicinska sestra, ki nima časa za osamljenega in prestrašenega bolnika, negativno vpliva na njegovo mnenje o samem sebi.

Pri duhovni pomoči ne gre samo za odnos med posamezniki. Upoštevati je treba tudi duhovnost institucije, ki se kaže v njenem splošnem vzdušju, pravilih in celo v opreми, in se vprašati, kakšen je ta vpliv na težko bolnega oziroma umirajočega bolnika.

V naši kulturi, kjer prevladuje krščanska kultura, bo pravi odnos z bolnikom morda vzpostavljen, ko bo le-ta deležen obredov, ki jih krščanska tradicija priporoča pred smrtjo, ter bližine in pozornosti svojcev.

David Prail (1995) je upravitelj v hospicu sv. Luke (Harrow, Middlesex) in pravi, da je duhovna pomoč mnogo bolj stvar tistega, ki neguje, kot samega bolnika. Zanj se duhovna pomoč prične z zavestnim naporom tistega, ki neguje, da razvije svojo lastno duhovno pot. Njegova definicija je: »Duhovni razvoj se nanaša na tisti vidik notranjega življenja, skozi katerega mladoletniki dosežejo vpogled v osebno eksistenco, ki je trajne vrednosti.« Omenjeni razvoj vključuje štiri komponente:

- refleksijo,
- pripisovanje smisla izkušnji,
- spoštovanje nematerialnih razsežnosti življenja,
- sporočila trajnih vrednot.

Refleksija je sposobnost, ki se je da naučiti:

- pomaga nam razumeti naše motive, predsodke, težnje itn.,
- pomaga nam konstruktivno premisliti naše reakcije v odnosih z drugimi. Merton (1961) je zapisal: »Kaj nam koristi, če smo zmožni prispeti na Luno, ko pa nismo zmožni prečkati prepadov, ki nas ločujejo.«

Smisel življenja se razlikuje od človeka do človeka, od dneva do dneva, celo od ure do ure. Kar je pomembno, ni smisel življenja na sploh, ampak specifičen smisel človekovega življenja v danem trenutku.

V skrbi za duhovne potrebe umirajočega moramo storiti vse, da ga podpremo v iskanju smisla. Potrebno je, da ga pazljivo poslušamo, ko nam neprestano ponavlja svojo življenjsko zgodbo, da bi ugotovil, če je imelo njegovo življenje kak smisel. Lahko potrebuje religiozne obrede, ki vključujejo individualno iskanje smisla, čeprav pogosto to ni potrebno. Ničesar ne smemo vsiljevati. Vsak človek išče sebi lasten način.

Spoštovanje nematerialnih razsežnosti življenja. Simone Weil je dejala: »Lepota sveta je običajno edini način, ki nam približa boga.«

Duhovno življenje ni, v nasprotju s splošnim pričanjem, ločeno od vsakodnevnega življenja in rezervat mistikov. Sega onkraj stvarnih, materialnih aspektov človeškega bivanja in raziskuje pojme, kot so: spoštovanje, čudenje, lepota in ljubezen. Najti pa moramo lastne načine raziskovanja nematerialnih dimenzij naših življenj. Za nekatere je to glasba, za druge poezija.

Sporočila trajnih vrednot. Bolj ko vrednotimo nematerialne vidike življenja, boljje zaznavamo in sledimo sporočilom drugih trajnih vrednot – kot so spoštovanje, lepota, ljubezen.

Avtor je v zaključku napisal: »Hudo bolni in umirajoči nas silijo, da se zavemo in razmislimo o lastnih občutkih glede naših zanimanj, potreb po ljubezni, lepoti in kreativnosti. Prosijo, da z njimi slavimo življenje in z njimi žalujemo – običajno oboje hkrati.

Ni sobe, kjer bi se skrili za svoj profesionalni položaj. V trudu za svojo lastno duhovno pot najdemo pogum, da sodelujemo in raziskujemo z drugimi v procesu, v katerem mnogo več sprejemamo kot dajemo.«

Ann Long (1997) razmišlja o duhovnem zdravju na ravni posameznika in skupnosti.

Biti duhovno zdrav med drugim pomeni imeti vizijo, kdo smo kot človeška bitja, kako osebno rasteemo in se razvijamo v okviru skupnosti, ki ji intimno pripadamo, pri tem pa ne pozabimo, da smo kot človeška bitja povezani s celotnim svetom. Podpirati du-

hovno zdravje pomeni omogočiti ljudem in skupnosti ustvariti vezi, da postanejo celota, da lahko odločajo o svojem zdravju in dobrem počutju in so zmožni spremeniti sebe in svoje življenje.

Duhovna zdrava skupnost je produkt zdravih posameznikov, ki so poštene do sebe in do drugih, ki se čutijo odgovorne za izide svojih odločitev in dejanj. Spoštljivo sprejemajo drug drugega ne glede na barvo kože, spol, vero, izobrazbo, kulturo ali življenjski slog. Tudi, če napravijo napako so sposobni oprostiti sebi in drugim in pričeti življenje znova.

Nekateri morda menijo, da medicinske sestre in tisti, ki zagovarjajo tak etos (moralna načela), lahko zahtevajo preveč. Kajti ti zahtevajo morda tudi za ljudi, ki so v zaporu, ker so kršili zakon, primerno možnost, da si zgradijo novo življenje. Vztrajajo, da pripadajo duševno bolnim in tistim, ki imajo težave z učenjem, enake pravice in možnosti, kot drugim posameznikom, ne pa samo usmiljenje ljudi.

Zdrave skupnosti delujejo na osnovi modrosti, pravice, ljubezni, poguma, spoštovanja, plemenitosti in mnogih drugih pristnih, čeprav včasih prikritih, bistvenih človeških lastnosti. Ti notranji viri so pomoč, da se ustvari in vzdržuje duhovno in varno okolje za sedanje in bodoče generacije.

Za razvoj zdravih skupnosti sta na makro stopnji pomembna ekonomski razvoj in politični napredek, osnovana na duhovnih načelih, kot je n.pr. načelo pravice; ta zagotavlja, da se zavemo ne le lastnih potreb, temveč potreb vseh ljudi, skozi vse življenje.

Jasno je, da bolniki, ki so bolni in trpijo, oziroma tisti, ki potrebujejo bistvene stvari v življenju (hrano, toploto, zavetje) kot tudi stik z drugimi ljudmi, potrebujejo tudi pravico, ki jim omogoča popolno življenje.

Ozaveščanje medicinske sestre se prične z izobraževanjem o pomenu duhovnih načel in pravic, kot so poštenost, upanje in odpuščanje ter da negativna načela – nepoštenost, brezup in krivda nimajo mesta v terapevtskem odnosu medicinska sestra–bolnik.

Terapevtski odnos je zgrajen na načelu resnice, zupanja, lepote, varnosti, ljubezni, spoštovanja in skrbi. Če medicinska sestra ostaja osredičena le na telesne, psihične in socialne aspekte, ne bo nikoli vedela, kaj ljudje čutijo in kako razmišljajo.

Z vidika bivanja nam naša lastna duhovna dimenzija omogoča vzpostaviti vezi z drugimi človeškimi bitji, ki občutijo bolečino in trpljenje, kar je lažje, če smo sami emocionalno zadovoljni: v primerih osebnih prevratov, kot so rojstvo, smrt, bolezen ali izguba odnosa, je občutek duhovnosti in istovetenje pri samemu sebi zelo težko zaslediti. Potrebno je, da smo do sebe potrpežljivi in sočutni, saj v svoji notranjosti sami sebi zadajamo najbolj boleče rane.

Sklep

Medicinske sestre so odklonile tehničnoznanstveni pristop v zdravstveni negi in niso sprejele organizira-

ne religije kot osnovo za prakso zdravstvene nege. Uvedle so celostni pristop k človeku, tako v stanju zdravja kot bolezn. Iskati izvor tega pristopa v verskih tradicijah ali humanističnih vrednotah je nepomembno.

Pomembna je posledica, ki jo je imela sprememba na zdravstveno nego – verjetno je utrdila načela o vzpodbudi, spoštovanju in človečnosti, ki jih ljudje dolgujemo drug drugemu. Tudi ni smiselno ugotavljati, katera dimenzija celostnega pristopa k človeku je najpomembnejša; vse so – le da duhovna dimenzija lahko odseva vedrino, mir in spokojnost ostalim.

Vse medicinske sestre imamo sposobnosti, da zadovoljimo bolnikove duhovne potrebe in naša zmožnost, da to storimo, je tesno povezana s tem, kako se zavedamo lastnih duhovnih potreb in jih zadovoljujemo.

Ob bolniku bomo prisiljene raziskati lastne vrednote, občutenja smisla življenja, motivacijo, potrebo po ljubezni, lepoti in ustvarjalnosti. Na tej poti lastnega duhovnega zavedanja in soočenja s preteklostjo bomo morda več pridobile kot dale.

V angleški strokovni literaturi sem našla pesem »Please see my need«.

Napisala jo je A. Jann Davis, leta 1984. V njej je izredno lepo izrazila potrebe umirajoče bolnice. Meni je povedala veliko.

*Vzemi si čas, da slišiš moje besede.
Prosim vedi, da sem še vedno tu.
Sem slabotna, bolna in zapuščena
In moje srce pozna strah.*

*Veliko je, kar bi povedati želela
In mnogo nedovršenega bi rada dokončala.
Ne želim si sveta mrzlih strojev,
Želim le, da bi nekaj svojega časa meni darovala.*

*Preverjaš temperaturo, meriš pulz
In potem greš svojo pot dalje.
Prosim, samo sedi in drži mojo roko
Nekaj minut ... ne bi vsaj malo ob meni postala?*

*Izpusti kopel. Ne menjaj rjuh.
Ta čas porabi ...
Naj svoje strahove s teboj podelim,
Sedi tu ob meni, prosim.*

*V sebi moledujem pa ne izgovorim,
Tvoj je čas in ti razpolagaš z njim.
Mnogi potrebujejo tvojo pomoč in nego,
Mnogi, ki bodo živeli.*

*Jaz sem do kraja izkoristila svoje življenje.
In sedaj v pričakovanju odhoda
Bog molim, da uslišiš mojo prošnjo.
Pošlji nekoga, ki bo ob meni, prosim.*

Literatura

1. Aden L. Faith and developmental cycle. Pastoral Psychology 1976; 24: 215–30.

2. Beckmann Murray R, Proctor Zentner J. Nursing assesment and helth promotion strategies through the life span. Norwalk: Appleton & Lange, 1989: 96.
3. Bowman M. The professional nurse. London: Chapman & Hall, 1995.
4. Bradshaw A. The legacy of Nightingale. Nurs Times 1996; February 7: 42–3.
5. Burkhardt M. Characteristic of spirituality in the lives of women in a rural 6. Appalachian community. Journal of Transcultural Nursing 1993; 4: 12–8.
6. Carson VB. Spiritual dimensions of nursing practice. Philadelphia: Saunders, 1989.
7. Craven R, Hirnle CJ. Fundamentals of nursing: human health and function. New York: Lippincott, 1992.
8. Davis AJ. Listening and responding. St. Louis: Mosby, 1984: 290.
9. De Mello A. Zavedanje. Ljubljana: Župnijski urad Ljubljana-Dravljje, 1991.
10. Ellison CW. Spiritual well-being: conceptualisation and measurement. Journal of Psychology and Theology 1983; April 11: 330–40.
11. Fowler J, Keen S. Life maps: conversations in the journey of faith. Waco: Word Books, 1985.
12. Fowler JW. Toward a developmental cycle. Pastoral Psychology 1976; 24: 215–30.
13. Hall J. The search inside. Nurs Times 1997; October 1: 36–8.
14. Long A. Nursing: a spiritual perspective. Nursing Ethics, 1997: 4.
15. McSherry W. Raising the spirits. Nurs Times 1993; January 11: 48–9.
16. Merton T. The wisdom of the desert. London: Hollis & Carter, 1961.
17. North American Nursing Diagnosis Association. Nursing Diagnoses: definitions and classifications 1992–1993. Philadelphia: NANDA, 1992.
18. North American Nursing Diagnosis Association. Taxonomy I. St. Louis: NANDA, 1990.
19. Peberdy A. Spiritual care of dying people. In: Dickenson D, Johnson M eds. Death, dying & bereavement. London: SAGE, 1993.
20. Pilch JJ. Wellness spirituality. Health values 1988; May/June 12: 28–31
21. Potter Pa, Perry AG et al. Fundamentals of nursing; concepts, process, and practice. St. Louis: Mosby, 1985: 407.
22. Praill D. Approaches to spiritual care. Nurs Times 1995; August 23: 55–7.
23. RCN. Standards of care: palliative nursing. London: RCN, 1993.
24. Shelly JA, Fish S. Spiritual care: the nurse's role. 3rd ed. Downers Grove: Inter Varsity Press, 1988.
25. Stoll RJ. Guidelines for spiritual assesment. American Journal of Nursing 1979; 79: 1574–7.
26. Turner P. Caring more, doing less. Nurs Times 1996; August 21: 59–61.
27. Tušar M. Duhovno zdravje. Obzor Zdr N 1997; 31: 45–6.
28. Vusse LV, Simandl G. Spiritual distress. In: Gettrust KV, Brabec PD eds. Nursing diagnosis in clinical nursing: guides for care planning. [s.l.]: Delmar, 1992: 245–50.
29. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Boulder: Colorado Associated Press, 1985.
30. Westerhoff J. Will our children have faith? New York: Seabury Press, 1976.

SVETOVNA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA

Oddelek za nenalezljive bolezni, preventivo in promocijo zdravja

O PREHRANI IN PREPREČEVANJU NENALEZLJIVIH BOLEZNI

Dejavniki tveganja, povezani s prehrano

Prav prehrana je eden tistih dejavnikov življenjskega sloga, ki je tesno povezan z razvojem nenalezljivih bolezni. Številne mednarodne strokovne študije, vključno s študijami, opravljenimi v okviru Svetovne zdravstvene organizacije, razkrivajo tesne povezave med določenimi prehranskimi dejavniki in tveganjem nastanka srčnožilnih bolezni. Pomembni dejavniki tveganja, povezani s prehrano, so raven holesterola LDL v krvi, visok krvni tlak, zvišana krvna toleranca za glukozo in debelost. Raziskave prav tako razkrivajo povezavo med načinom prehrane in nekaterimi vrstami raka, mišično-skletnimi težavami, sladkorno boleznijo itn.

Svetovni trendi, prehrana in tranzicija

Narasačajoča epidemija nenalezljivih bolezni in povešana s spremembami načina prehranjevanja, ki predstavlja tveganje za razvoj nenalezljivih bolezni. Po vsem svetu opažamo, da ljudje jedo vse manj sadja in zelenjave ter vse več maščob (zlasti nasičenih) in sladkorja. Kadar se takemu načinu prehrane pridruži še telesna neaktivnost, začne naraščati telesna teža in pojavi se debelost. Veliko ljudi uživa preveč soli, zaradi česar imajo previsok krvni tlak, ki zvečuje tveganje za možgansko kap. Prav tako opažamo, da se zmanjšuje vnos balastnih snovi.

Čeprav je v številnih deželah v razvoju še vedno problem nedohranjenost, pa hkrati opažamo naraščajoče šte-

vilo ljudi s preveliko telesno težo in debelih. Poudarimo naj, da se problemi zaradi prehrane, povezane z nenalezljivimi boleznimi, ne kažejo samo pri debelih. Številne probleme, povezane s prehrano, npr. visoka raven holesterola v krvi in visok krvni tlak, srečamo tudi pri ljudeh z normalno telesno težo, katerih prehrana je neuravnotežena.

Spreminjajoči se in nezdravi vzorci prehranjevanja po vsem svetu so pogosto povezani s tako imenovano globalizacijo. Medtem ko globalizacija nedvomno prinaša prednosti in odpravlja revščino in omogoča preprečevanje nalezljivih boleznih, pa so njeni učinki glede dejavnikov tveganja za nenalezljive bolezni nedvomno negativni. Multinacionalne firme porabljajo veliko sredstev za oglaševanje tobaka ter prehranskih izdelkov, ki spodrivajo tradicionalne, zdrave načine prehranjevanja.

Okvirna prehranska politika za preprečevanje nenalezljivih boleznih

Vloga prehrane v preprečevanju nenalezljivih boleznih in znanstveno potrjena. To pa ne zadostuje za učinkovito preprečevanje v vsakdanjem življenju. Prehrana in navade v zvezi z njo so globoko zakoreninjene v kulturnih, ekonomskih in političnih strukturah in spremembe prehranskih navad so tesno povezane s temi vprašanji.

Številni primeri kažejo, da je sprememba prehrane v nacionalnem okviru pogosto posledica velikih kriz ali političnih pretpresov. Poskusi vplivanja na spremembe prehranskih navad iz zdravstvenih razlogov pa zahtevajo bolj natančno izdelane intervencije. Gre predvsem za vprašanje posredovanja zdravstvenih informacij in priporočljivih načinov prehranjevanja ter za prepričevanje ljudi o koristnosti zdravih navad, ki zahtevajo podporo družbe in okolja.

V okviru zdravstvene politike je za to potreben trden politični okvir, ki temelji na skrbni analizi lokalnih okoliščin in na ustreznih, v dokazih utemeljenih teoretičnih pristopih.

Poudarimo naj, da so spremembe prehranskih navad še zlasti pomembne pri ljudeh z visokim tveganjem (visoko ravnijo holesterola v krvi in visokim krvnim tlakom), vendar pa je nacionalna raven pogostnosti nenalezljivih boleznih predvsem odvisna od splošnih ukrepov, ki zadevajo vse prebivalstvo – se pravi od vpliva na prehranske navade vseh ljudi. Spreminjanje življenjskega sloga peščice ljudi seveda ne vpliva na prebivalstvo v celoti. Lotiti se je treba splošnih prehranskih navad. Poudarimo naj, da so potrebne spremembe prehranskih navad pri različnih nenalezljivih boleznih v glavnem enake, varne in nasploh omogočajo bolj zdravo življenje.

Intervencije

Praktičnih aktivnosti znotraj nacionalnega političnega okvira zdrave prehrane in preprečevanja nenalezljivih boleznih je veliko. Vključeni morajo biti spodaj naštetih sektorji oziroma področja:

- zdravstvena služba (še zlasti primarno zdravstveno varstvo);
- šole: učni načrt, šolska kosila in šolska medicina;
- nevladne organizacije (povezane z zdravjem in drugimi);
- restavracije, podjetja za dostavo hrane ipd.;
- veletrgovine, prehranska industrija;
- zakonodaja in politika;
- spremljanje in raziskovanje.

Pomembna je organizacija dela na nacionalni ravni. Ministrstvo za zdravje naj prevzame politično pobudo, mehanizme za medsektorsko sodelovanje pa je treba dobro premisliti. Za uveljavljanje nacionalne politike in strategij je pomembno tako strokovno središče kot sodelovanje med najpomembnejšimi institucijami. Potrebne so nacionalne smernice in nadzor na različnih ravneh: hitro in preprosto spremljanje ključnih prehranskih navad morajo občasno dopolnjevati obsežnejše študije o prehrani in dejavnikih tveganja na nacionalni ravni.

Na političnem in zakonodajnem področju si je treba prizadevati za odpravljanje ovir in za omogočanje dostopnosti zdrave hrane. Praktični ukrepi so potrebni na področju davkov in cen, poljedelstva, označevanja prehranskih izdelkov, predpisov, politike šolske prehrane in podpore programom zdrave prehrane.

Poudarimo pa naj, da bolj zdravega načina prehranjevanja ne moremo doseči zgolj s političnimi načrti in protokoli programov, pa če so še tako dobri. Politika in načrti morajo biti tudi dobro izpeljani, za njihovo izvedbo pa mora biti zagotovljenega dovolj denarja. Intervencije na področju prehrane zahtevajo denarna sredstva, ki pa so v primerjavi s tistimi, potrebnimi za zdravljenje boleznih, ki jih povzročata nezdrava prehrana, naravnost zanemarljiva. Takšne investicije v izboljševanje zdravja na nacionalni ravni se nedvomno splačajo.

Vloga SZO

Tim za prehrano in preprečevanje nenalezljivih boleznih deluje na treh ravneh:

1. Tehnična pomoč in zagovorništvo (baza znanstvenih podatkov o prehrani, baza za intervencije in politiko).
2. Podpora nacionalnim programom (prek regionalnih mrež, kot so CINDI, CARMEN ipd.).
3. Inicijative in aktivnosti na globalni ravni.

Delovanje na globalni ravni je pomembno zaradi tega, ker si prehranske navade po vsem svetu postajajo vse bolj podobne. Delovanje prehranskih družb in drugih mednarodnih teles, mednarodni trgovinski sporazumi in nadsionalna komunikacija (internet, sateliti ipd.) kažejo, da so možnosti, da bi svoje prehranske navade spreminjali v okviru posameznih narodov, omejene. Aktivnosti na nacionalni ravni naj se vselej odvijajo z mislijo, da je treba zdravje in zdravo prehrano spraviti na globalni »dnevni red«.

<http://www.who.int/hpr/nutrition/index.htm>
prevedla Dunja Kalčič