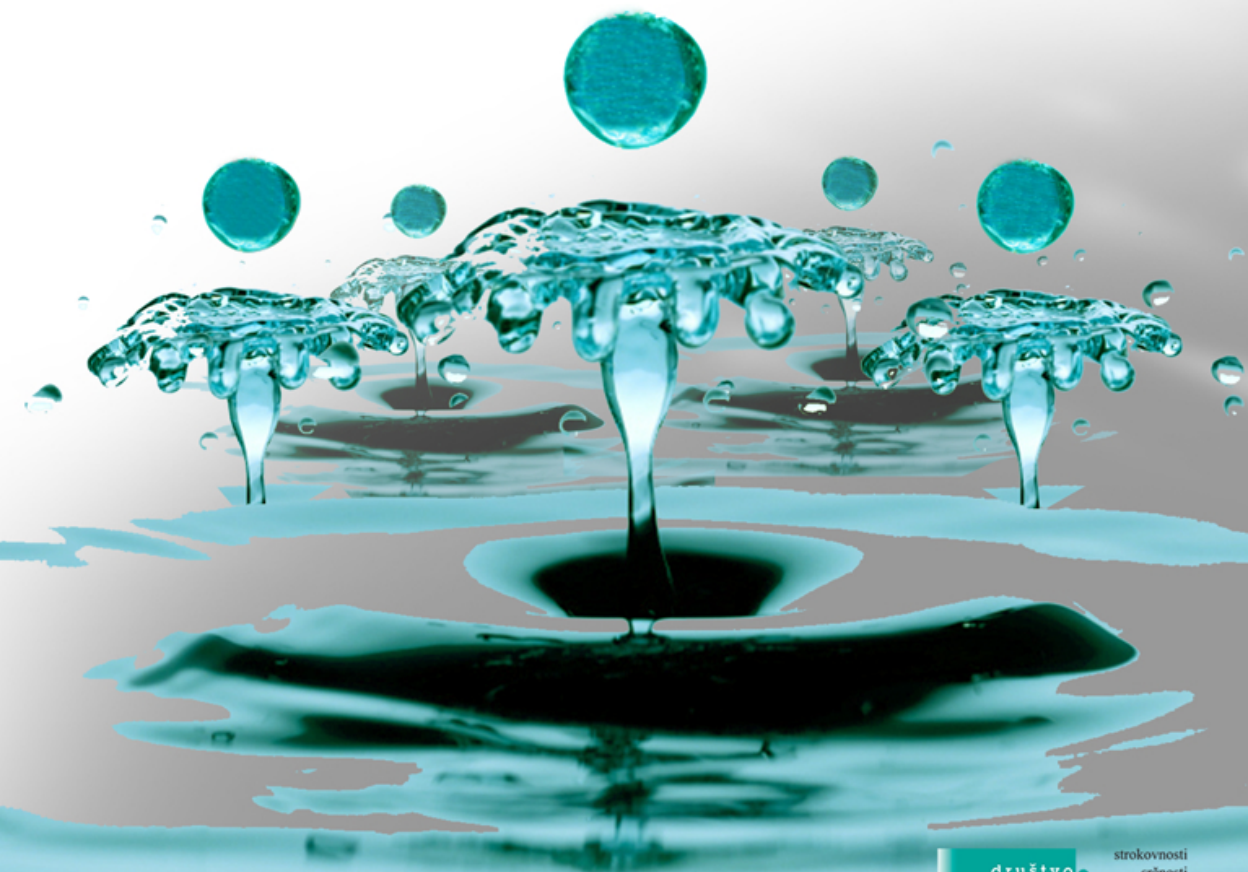


ZDRAVJE IN ZADOVOLJSTVO POSAMEZNIKA KOT ELIKSIR DOLGEGA IN POLNEGA ŽIVLJENJA

Zbornik recenziranih prispevkov



DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV LJUBLJANA

ZDRAVJE IN ZADOVOLJSTVO POSAMEZNIKA KOT ELIKSIR
DOLGEGA IN POLNEGA ŽIVLJENJA

Zbornik prispevkov z recenzijo

Ljubljana, 22. november 2019

ZDRAVJE IN ZADOVOLJSTVO POSAMEZNIKA KOT ELIKSIR DOLGEGA IN POLNEGA ŽIVLJENJA
Zbornik prispevkov z recenzijo

Urednik: Đurđa Sima, Gordana Lokajner, doc. dr. Radojka Kobentar
Recenzent prispevkov: Đurđa Sima, Gordana Lokajner, doc. dr. Radojka Kobentar,
Jezikovni pregled: Mojca Hudolin
Prevod: Prevajalska agencija Julija

Izdalo in založilo: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana
Za založnika: Đurđa Sima
Oblikovanje naslovnice: Lara Pišl Ptičak
Tehnično urejanje in računalniški prelom: Zavod za vzgojo in izobraževanje Logatec
Tisk: Zavod za vzgojo in izobraževanje Logatec

Naklada: 400 izvodov
Kraj in leto izdaje: Ljubljana, november 2019

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

613(082)

ZDRAVJE in zadovoljstvo posameznika kot eliksir dolgega in polnega življenja :
zbornik prispevkov z recenzijo / [urednik Đurđa Sima, Gordana Lokajner, Radojka
Kobentar ; prevod Prevajalska agencija Julija]. - Ljubljana : Društvo medicinskih
sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2019

ISBN 978-961-94848-0-7

1. Sima, Đurđa
COBISS.SI-ID 302426624

KAZALO

UVODNE MISLI – Đurđa Sima, dipl. m. s.

- | | | |
|----|---|----------|
| 1. | Prehrana za zdravje
doc. dr. Nada Rotovnik Kozjek, dr. med. | 7 |
| 2. | Vloga telesne dejavnosti v preprečevanju sindroma
izgorevanja v poklicih zdravstvene nege
izr. prof. dr. Saša Cecić Erpič, dipl. psih. | 15 |
| 3. | DiaMind (Diabetes & Mind) ali kako najbolje živeti s sladkorno boleznijo
dr. Karin Kanc, dr. med. | 23 |
| 4. | Babištvo na razpotju - nekoč in danes
Gordana Njenjić, dipl. m. s., babica, mag. zdr. nege | 29 |
| 5. | Šest kolobukov razmišljanja - Orodje za učinkovito in ustvarjalno
razmišljanje v skupini
Nastja Mulej, mag. kom., univ. dipl. ekon., univ. dipl. soc. | 35 |
| 6. | Promocija zdravja za dolgo in polno življenje
Tea Kosmač, dipl. m. s. s spec. znanji, mag.org. in menedžmenta soc. dej.; Mojca
Kroflič, prof. pedagogike; Polona Tanšek Aškerc, dipl.m.s ; Naomi Mermolja, dipl.
fiziot., Valerija Palkovič, dipl.m.s, | 43 |
| 7. | Diplomirana medicinska sestra v ambulanti družinske
medicine (ADM) - iskanje zdravja
mag. Barbara Švigelj Rogelj dipl. m. s., univ.dipl.org. | 55 |
| 8. | Procena kvaliteta života žena obolelih od raka dojke
Ocena kvalitete življenja žensk obolelih za rakom dojke
Živana Vuković-Kostić mr; Željko Vuković, dipl. med.zdr. njege; Ranka Stanar,
viša med. sestra (Udruženje medicinskih sestara, tehničara i babica Republike
Srpske - Banja Luka) | 65
77 |
| 9. | Koliko od nas a koliko od drugih zavisi da li ćemo postići cilj zdravlja i zadovoljstva
Koliko je odvisno od nas in koliko od drugih, da dosežemo cilj zdravja in užitka?
Zorica Mihajlo, visoka strokovna sestra – specialist (Podpredsednica Saveza
udruženja zdravstvenih radnika Beograda) | 89
97 |

Uvodna beseda

Đurđa Sima, predsednica

Z različnimi temami pod naslovom Zdravje in zadovoljstvo posameznika kot eliksir dolgega in polnega življenja smo želeli nagovoriti bralke in bralce, prav tako poslušalke in poslušalce, s sporočilom, da sta zdravje in zadovoljstvo kompleksna in neločljiva pojma, zato moramo v proces ohranjanja in iskanja poti do zdravja in zadovoljstva kot posamezniki in skupina vključiti številne dejavnosti, znanja in veščine.

Prvo obravnavano temo predstavlja dejavnost prehranjevanja s prehranskimi koncepti za zdravje, kjer avtorica zastopa trditev, da mora biti prehrana prilagojena posamezniku, njegovemu prehranskemu, presnovnemu stanju in življenjskem slogu, še posebej pa je treba prilagoditi prehrano za gibanje. S prehrano in aktivnim gibalnim življenjskim slogom posameznik prispeva k ohranjanju svojega zdravja in zadovoljstva. V drugem prispevku avtorica poudarja vlogo telesne aktivnosti kot učinkovitega načina preprečevanja izgorevanja v zdravstvenih poklicih. Reprezentativne študije kažejo, da sta izgorelost in depresija glavni poklicni boleznici sodobnega časa. Visoki odstotki zaposlenih v zdravstvu, ki izkazujejo intenzivne znake soočanja z vsakdanjim stresom in izgorelostjo, se poleg svojih poklicnih nalog spopadajo še s temi negativnimi vplivi.

Redna gibalna vadba spodbudno vpliva na mehanizme preprečevanja stresa, bolezni in odvisnosti sodobnega časa, zato ji v programu regijskega strokovnega društva Ljubljana posvečamo posebno pozornost. V zvezi z izgorevanjem v zdravstveni negi avtorica citira sodobne vire, ki navajajo za vzroke trenutno stanje in pomanjkanje delovne sile: preveliko število pacientov v odgovornosti ene osebe, značilnosti izmenskega dela in položaja, ki ga izvajalke zdravstvene nege zasedajo v zdravstvenem timu. Splošni poziv k rednemu gibalnemu udejstvovanju je element mnogih preventivnih programov, kar naj bi ključno vplivalo na spremembo pojavnosti negativnih vplivov stresa.

V zbornik predavanj smo vključili prispevke, ki s preventivno naravnostjo vključujejo dejavnosti oseb z različnimi obolenji. Želeli smo poudariti pomen samovodenja, samoobvladovanja in samozdravljenja ob aktivnem upoštevanju priporočil stroke. Babištvo v sodobni praksi se spopada z novimi izzivi, kar pomeni, da sodobni ženski ponuja nove možnosti; vedno več je namreč tudi povpraševanja po novih praksah stroke, kar pomeni, da ženske z večjim zadovoljstvom in bolj ustvarjalno pristopajo k materinstvu.

S prispevkom o načinu kreativnega razmišljanja želimo našim članicam in članom ponuditi možnost, da z dodatnimi veščinami najdejo pot do kreativnega ustvarjanja v vsakdanji strokovni praksi.

S promocijo zdravja za dolgo in polno življenje avtorice prispevka predstavijo prednosti preventivnih zdravstvenih in zobozdravstvenih programov v času otroštva, mladostništva in odraslosti. Po nekaj desetletjih premora se znova srečujemo z vlogo diplomirane medicinske sestre v današnjih ambulantah družinske medicine za razliko od dispanzerskega načina delovanja v vodenju aktivnosti za preprečevanje kroničnih bolezni, kar smo poznali nekoč.

Skupina avtorjev v prispevku za oceno kakovosti življenja žensk, obolelih od raka dojk, ponuja spoznanje, da je treba poleg nudene zdravstvene zaščite ženskam ponuditi tudi čustveno in socialno podporo, kar oboleli posamezniki omogoča, da ponovno enakovredno zaživijo.

V zadnjem prispevku avtorica poudarja osebno zavzetost in vpliv drugih elementov na zadovoljstvo in zdravje. Pojem zdravja se z medicinskega vidika obravnava kot odsotnost obolenj. Širši koncept zdravja pa vključuje še zadovoljstvo, zato avtorica meni, da zahteva globalno oceno in ne zgolj trenutnega merjenja sreče.

S pričujočimi prispevki ne ponujamo vseh odgovorov na zastavljena vprašanja bralcev. Prepričani pa smo, da smo kot programski in uredniški odbor odprli marsikatero temo, ki bo na sporedu na kakšnem od prihodnjih simpozijev, ko bo lahko podala natančnejše odgovore in zaključila morebitne nedorečenosti naših področij zanimanja in ustvarjanja.

Brez navdušenja ni mogoče doseči nič veličastnega.

Ralph Waldo Emerson

PREHRANA ZA ZDRAVJE

Nutrition for health

doc. dr. Nada Rotovnik Kozjek, dr. med.
Onkološki Inštitut Ljubljana
Medicinska Fakulteta, Ljubljana
nkozjek@onko-i.si

Izvleček

V prispevku so predstavljeni osnovni prehranski koncepti. Razložene so razlike med splošnimi prehranskimi priporočili javnozdravstvenih politik, preventivno prehrano in klinično prehrano. Prehrana, ki podpira zdravje, mora biti prilagojena posamezniku, njegovemu prehranskemu in presnovnemu stanju ter življenjskemu slogu. Zdravstveni učinki prehrane so zelo šibki, če kot regulatorja presnove ne vključimo telesne aktivnosti. Ravno telesna aktivnost je tista, ki omogoči optimalne učinke posameznikove prehranske strategije. Da lahko fiziološki presnovni odziv na gibanje izboljša zdravje, je potrebno tudi načrtovanje prehrane okoli telesne dejavnosti. Posebno pozornost je treba posvetiti predvsem zadostnemu energijskemu vnosu, da se izognemo kliničnim znakom sindroma relativnega energijskega pomanjkanja. Ker je ob telesni aktivnosti motena tudi funkcija prebavil, naj se v prehrano posameznika smiselno vključujejo elementi športne prehrane. O zdravi prehrani torej govorimo takrat, kadar je ta prilagojena posamezniku in tudi njegovemu aktivnemu življenjskemu slogu.

Ključne besede: prehranski koncepti, klinična prehrana, aktiven življenjski slog, sindrom relativnega energijskega pomanjkanja

Abstract

This article presents basic nutritional concepts. The differences between the general nutrition recommendations of public health policies, preventive nutrition and clinical nutrition are explained. Nutrition that supports an individual's health must be tailored to the individual, his or her nutritional and metabolic status, and lifestyle. The health effects of nutrition are very weak if we do not include physical activity as a regulator of metabolism. It is physical activity that enables the optimal effects of an individual's dietary strategy. Therefore, for an optimal metabolic response and health effect of physical activity, the nutrition should be adapted around exercise. Particular attention should be paid to sufficient energy intake to avoid the clinical signs of relative energy deficiency syndrome. Since the function of the gastrointestinal tract is also impaired during physical activity, elements of sports nutrition should be reasonably incorporated into the diet of the individual. Healthy eating is therefore what we are talking about when it is tailored to the individuals as well as to their active lifestyle.

Keywords: nutritional concepts, clinical nutrition, active lifestyle, Relative energy deficiency syndrome

Uvod

Epidemiološke raziskave že dolgo potrjujejo, da sta kakovostna prehrana in aktiven življenjski slog tisti komponenti, s katerima lahko posameznik dejavno vpliva na svoje zdravje. Na osnovi teh spoznanj so pripravljena tudi prehranska priporočila Svetovne zdravstvene organizacije (v nadaljevanju SZO) in posameznih držav, ki so namenjena zdravim posameznikom in delno prilagojena za različne populacije (Montagnese, et al., 2015; WHO, 2018). Prehrana igra torej ključno vlogo v življenju in tudi v medicini.

Prenos spoznanj epidemioloških raziskav v posameznikovo prehrano je zahtevna naloga. Slep sledenje javnozdravstvenim navodilom za "zdravo prehrano" je lahko zavajajoče, ker ne upošteva posameznikovega življenjskega sloga in zdravstvenih karakteristik. Ker spada vsakodnevna prehrana med najpomembnejše dejavnike zdravja – odsotnost različnih kroničnih bolezni, bolezni srca in ožilja, rakaste bolezni, sladkorna bolezen in druge, je uporaba teh navodil lahko problem že pri zdravih posameznikih (Cederholm, et al., 2016).

Še večje težave se v klinični praksi pojavljajo pri prehrani bolnikov, kadar ne razumemo, da je v akutnih in kroničnih bolezenskih stanjih prisotna močna povezava med vnosom hrane in razgraditvenimi presnovnimi stanji. Vnos energijskih in hranilnih substratov tako vpliva na potek in obvladovanje bolezni. Neustrezna prehranska strategija lahko vodi v bistveno slabše stanje bolezni in zaradi relativnega stradanja tudi pripomore k njihovem smrtnemu izidu.

Dodaten izziv na področju prehrane predstavljajo tudi prehransko bolj ogrožene populacije, kot so starostniki in telesno dejavni posamezniki. Da bi lažje razumeli, kako naj posameznik poskrbi za svoje zdravje z ustrežno prehrano in kako se prehrana vključuje na področje medicine, je nujno poznati strokovno prehransko terminologijo in osnovne prehranske koncepte.

Strokovna terminologija in prehranski koncepti

Znanost o prehrani se ukvarja z vsemi vidiki interakcij med prehrano in hranili, življenjem, zdravjem in boleznimi ter tudi procesi, kako organizem hrano uživa, absorbira, transportira, utilizira in izloča (US national library of medicine, 2014).

Področje prehrane človeka zajema različne vidike prehrane pri človeku.

Preventivna prehrana predstavlja spoznanja o tem, kako lahko vnos hrane in/ali posameznih hranil varuje zdravje in vpliva na razvoj posameznih bolezenskih stanj, kot so debelost, bolezni srca in žilja, sladkorne bolezni tipa 2, rak in druge. Na spoznanjih preventivne prehrane temeljijo tudi politični in populacijski pristopi javnega zdravja.

Področje klinične prehrane je usmerjeno v odnos med prehranskimi vnosi posameznika in njegovim zdravstvenim stanjem. Vsak prehranski ukrep, ki temelji na preventivi, diagnostiki in obravnavi posameznikovega prehranskega stanja ter odnosu prehrane do njegovega zdravja, je ukrep klinične prehrane. Klinična prehrana vključuje znanja o razmerjih med vnosom energijskih in posameznih hranilnih snovi ter njihovimi presnovnimi učinki, ki vplivajo na zdravje posameznika. Na področju klinične prehrane se uporabljajo tudi znanja o sestavi telesa in presnovnih motnjah zaradi neustreznega prehranskega in hranilnega vnosa. Pri opredelitvi prehranskega stanja

posameznika ločimo motnje prehranjenosti in s prehranjenostjo povezane presnovne motnje (Slika 1) (Cederholm, et al., 2016). Podhranjenost predstavlja motnjo prehranjenosti, pri kateri je prisoten neustrezen energijski ali hranilni vnos glede na posameznikove potrebe. V nasprotju s splošnim prepričanjem je podhranjenost neredka tudi pri osebah s prekomerno prehranjenostjo in debelostjo. Med pogoste motnje, ki so povezane s prehranskim stanjem, spadata sarkopenija in krhkost. Ti stanji pogosto spremljata staranje in ju podhranjenost še poslabša. Sarkopenija je nemalokrat tudi komponenta kaheksije, s katero opredelimo presnovno stanje zaradi kroničnih vnetnih bolezni. Podhranjenost močno pospešuje razvoj kaheksije. Pogosto spregledano in še slabo raziskano stanje motnje prehranjenosti je sarkopenična debelost, ki seboj prinaša klinične zaplete, povezane tako z debelostjo kot s sarkopenijo.

Motnje prehranjenosti <ul style="list-style-type: none">• Podhranjenost / Nedohranjenost• Prekomerna telesna masa• Debelost• Motnje mikrohranil (elektroliti, elementi v sledovih)• Re-feedind sindrom	S prehranjenostjo povezane motnje <ul style="list-style-type: none">• Krhkost• Sarkopenija• Kaheksija
---	--

Slika 1: Motnje prehranjenosti (Vir: Cederholm, et al., 2016).

V klinični praksi je pogosto poenostavljeno prenašanje prehranskega koncepta preventivne prehrane, ki je namenjen seznanjanju ljudi o zdravju bolj prijaznih prehranskih izbirah, v prehransko strategijo, ki jo svetujemo posamezniku. Pri tem se moramo zavedati, da z nasveti javnega zdravja ne moremo nadomestiti prehranske obravnave in načrtovanja prehranske strategije, ki jo potrebuje posameznik glede na njegovo presovno in prehransko diagnozo. Posamezniku, ki je prehransko ogrožen in potrebuje prilagojeno prehrano, lahko prehransko svetujemo potem, ko strokovno ocenimo njegovo prehransko stanje.

Zato je za branje prehranskih priporočil ključno, da imamo do njih kritično distanco. Na primer: ko prebiramo priporočila SZO za zdravo prehrano, moramo razumeti, da je pri tem treba upoštevati, ali je posameznik zdrav ali bolan, kakšen je njegov življenjski slog in kako delujejo njegova prebavila (Tabela 1), (Montagnese, et al., 2015; WHO, 2018). V vsakodnevno prehrano je smiselno vključiti tudi posameznikove preference in prehranske vire, ki so dostopni v njegovem okolju, saj lahko na ta način bolj optimalno sledi navodilom za prehrano.

Tabela 1: Priporočila SZO za odrasle obsegajo splošne napotke za pestro prehrano in vključevanje v vsakodnevno prehrano (OGH – ogljikovi hidrati, M – maščobe)

Prehranski problem	Navodilo
Kakovost in tip živil	sadja, zelenjave, stročnic, oreščkov in polnozrnatih žit (neobdelana koruza, proso, oves, pšenica in rjavi riž)
Količina sadja in zelenjave	najmanj 400 g (pet porcij) sadja in zelenjave na dan (brez krompirja, sladkega krompirja in drugih škrobnatih živil)
Energijski vnos OGH	manj kot 10 % energijskega vnosa iz prostih sladkorjev, kar je enako 50 g za zdravo osebo (200 kcal na dan). Za dodatne zdravstvene koristi manj kot 5 % energije iz prostih sladkorjev. Prosti sladkorji so vsi dodani sladkorji s strani proizvajalca ali naravno prisotni v medu, sirupih, sadnih sokovih in koncentratih.
Energijski vnos M	manj kot 30 % dnevnega vnosa energije iz maščobe. Nenasičene maščobe (ribe, avokado, oreščki, olivno olje in sončnično olje) so bolj zaželeno kot nasičene maščobe (meso, maslo, palminovo in kokosovo olje, smetana, sir) in trans maščobe (industrijsko pridelane – najdene v slaščicah in cvrtju in naravno prisotne v mesu in mlečnih izdelkih). Manj kot 10 % energijskega vnosa maščob naj bo iz nasičenih maščob in manj kot 1 % iz trans maščob, ki niso del zdrave prehrane in se jim je priporočljivo izogibati.
Sol	manj kot 5 g soli na dan; sol naj bo jodirana

Za dojenčke in majhne otroke so priporočila podobna, z manjšimi prilagoditvami v prvih letih življenja (WHO, 2018).

Naslednji primer prehranskih problemov v vsakodnevni klinični praksi je poenostavljen prenos referenčnih vrednosti vnosa hranil v vsakodnevno prehrano za zdrave in bolnike. Treba se je zavedati, da so smernice DACH, iz katerih izhajajo te vrednosti v Sloveniji, namenjene zdravim. Prav tako ne upoštevajo potrebnih hranilnih vnosov za telesno dejavnost in starostnike (NIJZ, 2016).

Prehrana za aktiven življenjski slog

Osnovna načela "zdravega" prehranjevanja se na prvi pogled ne ujemajo z načeli športne prehrane. Kot je bilo že omenjeno v uvodu, je ključ problema nekritično prenašanje navodil za "zdravo prehrano" v vsakodnevno prehrano posameznika, ki ima podlago v nerazumevanju strokovnih prehranskih konceptov. Glede na sodobno terminološko razdelitev predstavljajo priporočila javnega zdravja izhodišče za osnovno prehrano pri telesni dejavnosti.

Spoznanja preventivne prehrane tako omogočajo uporabo spoznanj o vplivu vnosa hrane in posameznih hranil na kakovost življenja in zdravja ter razvoj različnih bolezenskih stanj (npr. kardiovaskularne bolezni, rak, SB tipa 2, kognitivne motnje). Ta spoznanja naj bi smiselno uskladili s prehranskimi zahtevami pri telesni aktivnosti. Za posameznikovo zdravje je namreč ključno, da naj bi se ta izhodišča, ki opredeljujejo »zdravo« prehrano, nato prenesla tako, da bi bila prilagojena na cel spekter posameznikovih individualnih karakteristik, s poudarkom na zdravstvenem stanju in življenjskem slogu (Poličnik, 2018).

Kljub temu da so številni posamezniki pripravljeni vzeti zdravje in počutje v svoje roke, se v tej točki v klinični praksi pogosto zalomi. Na splošno sicer velja, da dokler smo zdravi in je telesna dejavnost minimalna, je lahko vključevanje znanj »zdrave prehrane« v posameznikovo življenje relativno uspešno.

Problemi pa se začnejo pojavljati, kadar posamezniki, ki spadajo v bolj ogroženo populacijsko skupino (kronični bolniki, starostniki) ali pa telesna dejavnost predstavlja pomemben del njihovega življenja ter se celo stopnjuje do vrhunškega športa. Takrat posamezniki potrebujejo individualizirano prehransko obravnavo, ki jim pomaga urediti prehranske strategije glede na njihove presnovne potrebe.

Prehrana in zdravstveni učinki telesne aktivnosti

Telesna aktivnost sproži kompleksen proces, ki vključuje sinhroniziran in integriran odziv različnih tkiv in organov na homeostatske spremembe (Gabriel in Zierath, 2017). Ker je telesna vadba presnovni stres za telo, se pri prilagajanju na učinke izražajo evolucijski preživetveni mehanizmi. Med osnovne prilagoditvene mehanizme spada splošni adaptacijski sindrom (ang. General Adaptation Syndrome, GAS), trenutno – dnevno prilagajanje na presnovni stres pa je v veliki meri nadzorovano z nevrohormonalnimi mehanizmi nadzora energijske bilance v telesa.

Ti regulatorni mehanizmi človeškemu telesu omogočajo prilagoditev na presnovni stres in izboljšanje psihofizične zmogljivosti. Da telesna dejavnost doseže svoj namen, torej da nekdo postane bolj zmogljiv (vzdržljiv, močnejši, hitrejši), je odvisno predvsem od zmogljivosti presnove. Ko to prevedemo v terminologijo fiziologije športa in presnove, to pomeni, da je za učinek športne vadbe fiziološko ključna sposobnost presnovne adaptacije posameznika.

Med ključne dejavnike obsega in jakosti stresnega odziva ter adaptacije presnove spada regulacija energijske bilance. Zato je treba pri načrtovanju telesne vadbe in regeneraciji najprej poskrbeti za takšen vnos energije, ki ne preseže fiziološke energijske presnovne adaptacije.

Kadar je energijska bilanca preveč in/ali predolgo negativna glede na trenutne potrebe športnika, to vodi do sprememb v hormonski regulaciji presnove na ravni centralnega živčnega sistema, kar se v klinični praksi izraža kot sindrom relativnega energijskega pomanjkanja pri športu (angl. Relative Energy Deficiency in Sport, v nadaljevanju RED-S) (Mountjoy, et al., 2014). Sliki 2 in 3 prikazujeta spekter zdravstvenih in drugih problemov pri telesni dejavnosti zaradi RED-S.

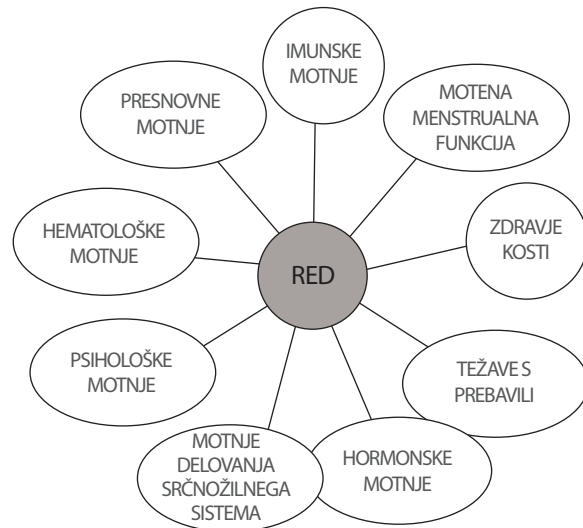
Ker so nevroendokrini adaptacijski mehanizmi namenjeni preživetju in zmanjšujejo fiziološko adaptacijo posameznika na vadbeni stres ter na ta način načenjajo njegove funkcionalne rezerve, se lahko posledice neustrezne prehrane pri telesni dejavnosti izrazijo tudi kot oblika

rezerve, se lahko posledice neustrezne prehrane pri telesni dejavnosti izrazijo tudi kot oblika motenj prehranjenosti. Zato je za zdravstvene učinke telesne dejavnosti in preventivo različnih zdravstvenih problemov ključna uporaba izhodišč športne prehrane, ki temeljijo na presnovnih značilnostih specifične telesne aktivnosti.

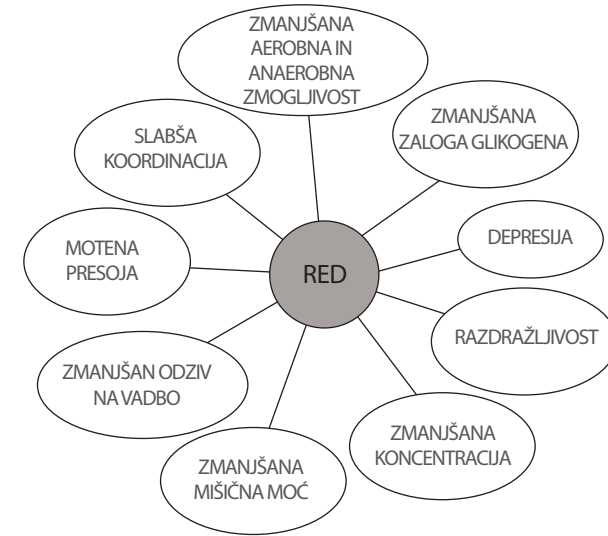
Priporočila za prehransko strategijo pri telesni aktivnosti so osnovana na znanstvenih spoznanjih o fizioloških, molekularnih in celičnih procesih, ki potekajo med njo, pa tudi pri regeneraciji. Specifični cilji prehrane so pri tem (Stellingwerff, 2016):

- ustrezna časovna prilagoditev prehranskega vnosa, s katerim bomo zagotovili primerno energijsko podporo za telesno aktivnost,
- zagotavljanje vnosa posameznih hranil, predvsem ogljikovih hidratov in beljakovin v pravi količini v pravem trenutku, kot del normalnih obrokov in dodatno, glede na potrebe vadbe,
- ustrezna hidracija med in po telesni aktivnosti,
- prilagoditev obrokov za podporo regeneraciji po telesni aktivnosti,
- podpora dobremu počutju in zdravju.

S prilagojeno prehransko strategijo tako lahko neposredno vplivamo na ključne dejavnike posameznikovega zdravja in zmogljivosti. Zato je za uspešno prehransko podporo med telesno aktivnostjo treba razumeti druge dejavnike, ki vplivajo na prehranjevanje. To so predvsem socialni in kulturni dejavniki ter športnikova osebnost. Raziskav, ki bi opisovale prenos znanj preventivne prehrane v prehrano posameznika, ki je telesno aktiven, je zelo malo. Zdi pa se, da se ravno aktivna populacija pretirano opira na priporočila javnega zdravja za kakovostno prehrano in premalo upošteva načela športne prehrane (Škof, 2015).



Slika 2: RED sindrom – vpliv na zdravje športnika



Slika 3: RED sindrom – vpliv na zmogljivost športnika

Da je prehrana pri telesni dejavnosti res ključen dejavnik za psihofizično zdravje posameznika, lahko sklepamo tudi iz obsežnega znanstvenega poročila o učinkih vadbe, ki so ga izdali v ZDA leta 2018 (Scientific report - Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2018). To poročilo prikazuje, da telesno aktivni posamezniki bolje spijo, se bolje počutijo in v vseh pogledih bolje delujejo. Osnova poročila so številne znanstvene raziskave v zadnjih 10 letih, v katerih so opisani varovalni učinki za zdravje, ki imajo poleg preventivnega tudi velik potencial kot del terapevtske strategije pri obvladovanju akutnih in kroničnih bolezenskih stanj. Dodatno so poudarili, da ima ugodne učinke na zdravje že posamezna telesna vadba, posebej izrazit je ugoden učinek na kognitivne funkcije in čustvovanje. Ti učinki se z redno telesno vadbo poglobijo in pozitivno vplivajo na kakovost življenja. Izboljšajo tudi zmogljivost starostnikov, pripomorejo k lažjemu obvladovanju zahtev vsakodnevnega življenja, zmanjšujejo odvisnost od tuje pomoči in prispevajo k preprečevanju demence.

Telesna dejavnost tako lahko izboljša kakovost življenja praktično vsakega posameznika, njen zdravstveni učinek pa je izjemno močan tudi na področju preprečevanja in obvladovanja motenj prehranjenosti, na čelu z debelostjo, ter z njimi povezanih bolezenskih stanj.

Zato je s sedanjo stopnjo znanja na področju klinične prehrane pred današnjim zdravstvenim sistemom nov izziv: treba je smiselno integrirati javnozdravstvena prehranska navodila, ki izhajajo iz preventivne prehrane, z znanji klinične športne prehrane. Le tako bomo lahko smiselno približali prehrano aktivnemu zdravemu posamezniku, ne glede na starost, pa tudi bolnikom, pri katerih telesna dejavnost vstopa kot terapevtska modaliteta na področje medicine (Rotovnik Kozjek, 2019).

Zaključek

Primerna prilagoditev osnovne prehrane posameznika, ki vključuje telesno aktivnost v svoj življenjski slog, je ključna za psihofizično zdravje. Prehranska strategija naj temelji na izhodiščih kakovostne in uravnotežene osnovne prehrane in dodatnem energijskem in hranilnem vnosu glede na zahteve telesne vadbe (predvsem tip, intenzivnost, trajanje vadbe) ter presnovnem stanju posameznika in njegovih individualnih ter zdravstvenih posebnosti.

Literatura

Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P.P., Biolo, G., Bischoff, S.C., et al., 2016. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr.* Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu> [19. 9. 2018].

Department of Health and Human Services, 2018. Scientific report - 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, DC: U.S. Dostopno na: <https://health.gov/paguidelines/second-edition/report/> [20. 9. 2019].

Montagnese, C., Santarpia, L., Buonifacio, M., Nardelli, A., Caldara, A., Silvestri E. et al., 2015. European food-based dietary guidelines: A comparison and update. *Nutrition*, 31, pp. 908–915.

Mountjoy M., Sundgot-Borgen J., Burke L., Carter S., Constantini N., Lebrun C., et al., 2014. The IOC consensus statement: beyond the Female Athlete Triad—Relative Energy Deficiency in Sport (RED-S). *Br J Sports Med*, 48 (7), pp. 491–97.

NIJZ. 2018. Prekomerna prehranjenost in debelost odraslega prebivalstva: Dostopno na: <https://www.stat.si/Pages/cilji/cilj-2.-odpraviti-lakoto-zagotoviti-prehransko-varnost-in-boljso-prehrano-ter-spodbujati-trajnostno-kmetijstvo/2.1-stopnja-prekomerne-telesne-teze> [20. 9. 2019].

Poličnik R., 2018. Zdrava Prehrana. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_zdrava_prehrana_12.1.2018_za_splet.pdf [20. 9. 2019].

Rotovnik Kozjek, N., Knap, B. & Mlakar Mastnak D., 2016. Priročnik klinične športne prehrane. Ljubljana: OKS.

Rotovnik Kozjek, N., 2019. Športna klinična prehrana za aktivno populacijo. In: Smole Možina, S., eds. 30 Bitenčevi živilski dnevi, Živilstvo in prehrana med tradicijo in inovacijo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Biotehniška fakulteta, Oddelek za živilstvo. Dostopno na: <http://www.bf.uni-lj.si/oddelek-za-zivilstvo/o-oddelku/bitencevi-zivilski-dnevi/> [1. 9. 2019].

Stellingwerff T., Maughan R. J. & Burke L. M., 2011. Nutrition for power sports: middle-distance running, track cycling, rowing, canoeing/kayaking, and swimming. *J Sports Sci*, 29, (1), pp. 79–89.

Škof, B. & Rotovnik Kozjek, N., 2015. A comparison of dietary habits between recreational runners and a randomly selected adult population in Slovenia = Primerjava prehranskih navad rekreativnih tekačev in naključno izbranih odraslih ljudi v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo : Slovenian journal of public health*, 54 (3), pp. 212–21.

US national library of medicine national institute of health joint collection development policy: the national agricultural library, the national library of medicine, the library of congress. 2014. Dostopno na: http://www.nlm.nih.gov/pubs/cd_hum.nut.html#2 [20. 9. 2019].

WHO, 2018. Healthy diet. Fact Sheet Number 394. World Health Organization: Dostopno na <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/> [20. 9. 2019].

VLOGA TELESNE DEJAVNOSTI V PREPREČEVANJU SINDROMA IZGOREVANJA V POKLICIH ZDRAVSTVENE NEGE

Burnout syndrome in health care professions and the preventive role of physical activity

izr. prof. dr. Saša Cecič Erpič, dipl. psih.
Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport
sasa.cecicpic@fsp.uni-lj.si

Izvleček

Študije Evropskega urada za delo kažejo, da izgorelost in depresija postajata glavni poklicni boleznici 21. stoletja. Kljub temu da večina zdravstvenih delavcev svoje delo dojema kot izpolnjujoče, veljajo zdravstveni poklici za močno izpostavljene stresu. Prevalenca izgorelosti med zdravstvenimi delavci je med 25 in 60 %, v enotah intenzivne medicine pa je po nekaterih podatkih celo 31 % zaposlenih, ki se soočajo z visoko intenzivnimi znaki izgorevanja. Izgorelost (ang. burnout) je definirana kot kronično stanje skrajne psihofizične in čustvene izčrpanosti. Psihološki sindrom izgorelosti, ki je posledica kroničnih interpersonalnih stresorjev pri delu, se izraža kot čustvena izčrpanost, depersonalizacija in zmanjšana učinkovitost. Dejavniki tveganja za pojav izgorelosti so intrapersonalni (značilnosti posameznika) in interpersonalni (značilnosti delovnega okolja). Sindrom izgorelosti se najpogosteje pojavi pri najodgovornejših in najbolj zavzetih delavcih, ki so bili do zloma praviloma uspešnejši od povprečja. Simptomi sindroma izgorelosti so številčni in zelo kompleksni, prizadenejo posameznikovo duševno in telesno zdravje. Rezultati slovenske študije, v kateri so sodelovali reševalci, zaposleni v nujni medicinski pomoči, so pokazali, da med dejavnike tveganja izgorevanja sodijo tudi preveliko število delovnih obremenitev zaradi pomanjkanja zaposlenih, opravljanje postopkov in posegov, za katere zaposleni v zdravstveni negi po lastnem mnenju niso dovolj usposobljeni, ter opravljanje postopkov, ki jih formalno ne bi smeli in ne sodijo v njihov opis delovnih nalog. Pojav sindroma izgorelosti lahko preprečujemo s programi, osredotočenimi na spreminjanje okolja in organizacije dela, ter s programi, usmerjenimi v posameznika, ki večinoma temeljijo na vedenjsko-kognitivni paradigmi. Glede na to, da ima redna telesna dejavnost pozitiven vpliv na različne vidike psihološkega zdravja, sodi spodbujanje zdravega in aktivnega življenjskega sloga med učinkovite strategije za povečevanje virov spoprijemanja s stresom in preprečevanje izgorevanja.

Ključne besede: sindrom izgorevanja, zaposleni v zdravstveni negi, telesna dejavnost, psihološko zdravje, stres, preventiva

Abstract

Studies conducted by the European Agency for Safety and Health at Work show that burnout and depression are becoming the most important occupational diseases in the 21st century. Although the majority of healthcare workers perceive their work as fulfilling, healthcare professions are among the most stressful and therefore prone for burnout syndrome. Lifetime prevalence of diagnosed burnout syndrome among healthcare professional ranges between 25 and 60 %, while studies show that in the intensive care units there are 31 % of workers who suffer from highly intensive burnout symptoms. The burnout is defined as a chronic state of the extreme psychophysical and emotional exhaustions. It results from the chronic interpersonal stressors related to work and occupation, manifesting as emotional exhaustion, depersonalisation, and a lack of personal accomplishments. The ethological factors for burnout are internal (related to the individual) and external (environmental factors). Studies show that the most productive and successful individuals are the ones that are most commonly affected by the burnout. The symptoms are numerous and complex, affecting individual's mental and physical health. The results of a Slovenian study, carried out with the professionals working in the emergency medical units showed that excessive workload due to the lack of employees, performing procedures for which they are not competent enough (according to their self-evaluations), and performing procedures that are formally not part of their job description, are among the stressors that can lead to burnout. The intervention strategies for the prevention of burnout syndrome are focused either on the changes of the environmental factors, changes of the individual's coping strategies (mainly based on the cognitive-behavioural paradigm), or combination of both. Since regular physical activity has numerous positive effects on mental health and well-being, the interventions that promote physical activity and healthy lifestyle are also effective in the prevention of burnout.

Keywords: burnout syndrome, healthcare professionals, physical activity, mental health, stress, prevention

Uvod

Stres in proces izgorevanja

Študije Evropskega urada za delo kažejo, da izgorelost in depresija postajata glavni poklicni boleznici 21. stoletja (European Agency for Safety and Health at Work, 2016). Boleznici, ki so posledica stresa na delovnem mestu, so vzrok za 50 do 60 % odsotnosti z dela. Podatki iz 28 evropskih držav kažejo, da 22 % evropskih delavcev poroča o različnih oblikah stresa, bolečinah v spodnjem delu hrbtenice, mišični bolečini in utrujenosti (Eurofound, 2007). Kronični stres na delovnem mestu je povezan s številnimi bolezenskimi stanji, na primer s srčno-žilnimi boleznimi, boleznimi in stanji mišično-kostnega sistema, moteno presnovo (npr. sladkorna bolezen, presnovni sindromi), pomembno vlogo pa ima tudi pri patofiziologiji debelosti (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2010).

Ena od klasičnih definicij stresa avtorjev Lazarusa & Folkmana (1984, citirano v Biddle & Mutrie, 2008) ga opredeljuje kot neravnovesje med zahtevami in viri, ki se pojavijo, ko zahteve presežejo posameznikovo zaznano sposobnost spoprijemanja z njimi. Stres je zapletena psiho-nevroendokrinološka in imunološka reakcija posameznika na stresne dejavnike iz okolja.

Gre za skupek negativnih čustvenih odzivov kot posledico dolgotrajne izpostavljenosti trajajočim in stopnjujočim se pritiskom, ki jih posameznik s svojimi strategijami spoprijemanja ne more več obvladovati. Najpogostejši vzrok za kronični stres oz. izgorelost so delovno okolje in zahteve, ki v njem nastajajo (t. i. psihološke okoliščine dela) oz. stres v delovnem okolju ter pomanjkanje strategij (uspešnih in neuspešnih), ki bi osebi omogočile, da bi se zadovoljivo prilagodile zahtevam (Pšeničny, 2006).

Proces izgorevanja ima več stopenj, začne se s preutrujenostjo (oz. nakopičeno utrujenostjo), ki je posledica pomanjkanja počitka in okrevanja po naporu (Strojnik, et al., 2004 citirano v Pšeničny, 2006). V izgorevanje vodi ignoriranje telesnih in psiholoških opozorilnih znakov o preutrujenosti in povečevanje aktivnosti. Beg v deloholizem in povečana storilnost opozorilne znake zamegljijo, zato nadaljnje izčrpavanje vodi v izgorevanje. Stopnja preutrujenosti je pravzaprav predstopnja v procesu izgorevanja. Prva stopnja izgorevanja je izčrpanost (Pšeničny, 2006). Zanj je značilno, da posameznik ne priznava občutkov kronične utrujenosti in jih presega z aktiviranjem vedno novih osebnostnih virov. Navzven se takšno stanje kaže kot skrajna storilnostna usmerjenost (deloholizem), značilen pa je občutek kronične utrujenosti, zanikanje slabega počutja in zmanjšanje odpornosti na stresne dejavnike. Stopnja lahko traja tudi do 20 let. Ujetost je značilna za drugo stopnjo izgorevanja, pogosto jo spremlja preizčrpanost in lahko traja od enega do dveh let. Posamezniki navajajo, da so ujeti v takšen način življenja, dela in odnosov (Pšeničny, 2006). Za ljudi v stanju preizčrpanosti je značilno, da se nanjo odzovejo z menjavo delovnega ali življenjskega okolja, vendar pa v nova okolja prinašajo stare notranje prisile in s tem vzroke za izgorevanje. Značilni so občutek ujetosti, slabšanje samopodobe in občutki krivde. Sindrom adrenalne izgorelosti je značilen za tretjo stopnjo izgorevanja (Pšeničny, 2006). Izgorelost (ang. burnout) je definirana kot kronično stanje skrajne psihofizične in čustvene izčrpanosti. Ta stopnja obsega a) stanje neposredno pred adrenalnim zlomom, ko so vsi simptomi na višku in se posameznik kljub trudu ne more več prilagajati na spreminjanje okoliščin, b) adrenalni zlom in c) obdobje po adrenalnem zlomu. Za adrenalni zlom je značilna skoraj popolna izguba energije oz. psihofizičen in nevrološki zlom (disfunkcija osi hipotalamus-hipofiza-nadledvične žleze (HHA-osi)). Kaže se kot psihična motnja, najpogosteje v obliki hudih depresivnih in/ali anksioznih simptomov, ki jih lahko spremljajo tudi somatski znaki. Stanje adrenalnega zloma lahko traja od nekaj tednov do treh mesecev. Temu sledi obdobje po adrenalnem zlomu. Zanj je značilno, da popolni izčrpanosti sledi obdobje intenzivnih vpogledov, sprememba vrednostnega sistema in transformacija osebnostnih lastnosti (Pšeničny, 2006). Maslacheva (1998, citirano v Alenezi, et al., 2019), ki je ena vodilnih raziskovalk izgorevanja, navaja, da je adrenalni zlom hkrati formativen proces in formativna kriza, saj z velikim upadom energije posamezniku zmanjka tudi energije za vzdrževanje psihičnih obrambnih mehanizmov in s tem tudi notranjih prisil. Zaradi tega v zadnji stopnji izgorelosti lahko pride do transformacije osebnosti, iskanja novega odnosa do dela, ljudi in sveta ter spremembe vrednostnega sistema (Pšeničny, 2006). Odpravljanje posledic adrenalne izgorelosti traja v povprečju od 2 do 4 leta, lahko pa tudi do 6 let.

Izgorevanje v poklicih zdravstvene nege in vzroki zanj

Kljub temu da večina zdravstvenih delavcev svoje delo dojema kot izpolnjujoče, veljajo zdravstveni poklici za močno izpostavljene stresu. Prevalenca izgorelosti med zdravstvenimi delavci je med 25 in 60 %, v enotah intenzivne medicine pa je po nekaterih podatkih celo 31 % zaposlenih, ki se

soočajo z visoko intenzivnimi znaki izgorevanja (Alenezi, et al., 2019).

V študiji, ki je bila izvedena v Nemčiji, so ugotovili, da je prevalenca izgorelosti v celotni populaciji 4,2 % (5,2 % pri ženskah in 3,3 % pri moških) (Vogelink & Bilban, 2016). Največja prevalenca je bila v starostni skupini 40–59 let in v srednjem ter višjem ekonomskem razredu. Glede na zahtevnost dela v zdravstveni negi visoka prevalenca sploh ni presenetljiva. Alenezi et al., (2019) navajajo, da tveganje za pojavnost izgorevanja v poklicih zdravstvene nege povečajo tudi etične dileme (npr. o končanju zdravljenja), začasnost delovnih razmerij, prevelika obremenitev z delom (preveliko število pacientov, ki jih mora oskrbeti ena oseba), značilnosti izmenskega dela in položaj v delovnem timu. Izgorevanje medicinskih sester je povezano z značilnimi osebnimi in situacijskimi dejavniki, ki vplivajo na menjavanje zaposlenih, pomanjkanje delovne sile in posledično na kakovost nege, ki jo sploh lahko nudijo (Alinesi et al., 2019).

Psihološki sindrom izgorelosti, ki je posledica kroničnih interpersonalnih stresorjev pri delu, se izraža kot čustvena izčrpanost, depersonalizacija in zmanjšana učinkovitost (Pšeničny, 2006). Dejavniki tveganja za pojav izgorelosti so intrapersonalni (značilnosti posameznika) in interpersonalni (značilnosti delovnega okolja). Sindrom izgorelosti se najpogosteje pojavi pri najodgovornejših in najbolj zavzetih delavcih, ki so bili do zloma praviloma uspešnejši od povprečja (Alenezi, et al., 2019). Simptomi sindroma izgorelosti so številčni in zelo kompleksni, prizadenejo posameznikovo duševno in telesno zdravje. Rezultati slovenske študije, v kateri so sodelovali reševalci, zaposleni v nujni medicinski pomoči, so izpostavili številne stresorje (Cecić Erpič, 2006). Med dejavnike tveganja izgorevanja zaposlenih v nujni medicinski pomoči sodijo preveliko število delovnih obremenitev zaradi pomanjkanja zaposlenih, opravljanje postopkov in posegov, za katere zaposleni v zdravstveni negi po lastnem mnenju niso dovolj usposobljeni, ter opravljanje postopkov, ki jih formalno ne bi smeli in ne sodijo v njihov opis delovnih nalog.

Vpliv telesne dejavnosti na duševno zdravje in njena vloga v preprečevanju izgorevanja

Številne študije, ki so bile objavljene v zadnjih dveh desetletjih (Dinas, Koutedakis & Flouris, 2011; Nyström, et al., 2015; Hu, et al., 2019), nedvoumno kažejo, da redna telesna dejavnost pozitivno vpliva na duševno zdravje. Konsenza o tem, kako močan je ta vpliv, pa na podlagi izsledkov meta analiz ne moremo oblikovati. Na podlagi obstoječih znanstvenih dokazov lahko vpliv telesne dejavnosti na mentalno zdravje pojasnimo z njenimi štirimi glavnimi funkcijami (Mutrie & Faulkner, 2004). Prva funkcija je preventivna, saj telesna dejavnost preventivno deluje na pojav različnih duševnih motenj. Druga funkcija je terapevtska. Študije namreč dokazujejo, da za lajšanje duševnih motenj lahko uporabimo telesno dejavnost v terapevtske namene. Študije, ki so proučevale vpliv telesne dejavnosti na različne vidike mentalnega delovanja pri pacientih z motnjami razpoloženja (večina študij se osredotoča na depresijo in z njo povezane simptome), poročajo o terapevtski učinkovitosti telesne dejavnosti (Buckworth, et al., 2013). Povečana samoučinkovitost, izboljšanje občutka moči, preusmeritev pozornosti in spremembe v samopodobi so le nekatere izmed sprememb, na katere vpliva redna telesna dejavnost. Tretji pomemben vpliv telesne dejavnosti je, da izboljšuje kakovost življenja posameznikom, ki so že zboleli, in vpliva na njihovo bolj učinkovito soočanje z duševnimi motnjami, četrti vpliv pa je vezan na izboljšavo kakovosti življenja splošne populacije.

Študije kažejo, da ima telesna dejavnost t. i. učinek dobrega počutja (Mutrie & Faulkner, 2004), saj je odgovor, da se po vadbi dobro počutijo, najpogostejši odgovor na vprašanje, zakaj odrasli vadijo. Poleg koristi za duševno in telesno zdravje, dobro počutje med in/ali po vadbi telesna dejavnost deluje motivacijsko in prispeva k splošni kakovosti posameznikovega življenja. Tako rezultati metaanaliz kot tudi velikih epidemioloških študij potrjujejo, da se zaradi gibanja ljudje bolje počutijo, kar se odraža v večjem subjektivnem zadovoljstvu, boljšem razpoloženju in bolj pozitivnem čustvovanju (Biddle & Mutrie, 2008). Akuten oz. takojšen pozitiven vpliv telesne dejavnosti se kaže že po eni vadbni enoti, dlje trajajoča aktivnost (npr. sodelovanje v vadbenem programu) pa ima tudi dolgotrajne oz. kronične pozitivne učinke.

Telesna dejavnost učinkovito vpliva tudi na soočanje s stresnimi dejavniki in s tem povezano anksioznostjo (Mutrie & Faulkner, 2004). Rezultati velikih epidemioloških študij (Biddle & Mutrie, 2008) kažejo, da telesno dejavni posamezniki poročajo o manj simptomih anksioznosti in manjšem številu negativnih čustvenih stanj. Gibanje pomembno vpliva tudi na izboljšanje kakovosti spanja (Mutrie & Faulkner, 2004; Buckworth, et al., 2013). Telesno aktivni odrasli zaspijo hitreje ter spijo dlje in bolj globoko kot neaktivni.

Pozitiven vpliv redne telesne dejavnosti se kaže v splošnem psihološkem zdravju, kognitivnem delovanju, dobrem počutju in v boljši kakovosti življenja. Boljša telesna kondicija zmanjša možnost za razvoj depresivnih in anksioznih motenj (Hu, et al., 2019). Sededeči življenjski slog je pomembno povezan s pojavom depresije v obdobju odraslosti, temu pa so izraziteje izpostavljene ženske in starejši od 40 let (Buckworth, et al., 2013). Raziskave kažejo, da imajo aktivne ne-depresivne osebe manjšo možnost za razvoj depresije (Stathopoulou, 2006). Vključenost v organizirano in redno telesno dejavnost preko različnih psihosocialnih mehanizmov izboljša samopodobo in samozavest, poveča občutek vključenosti v lastno življenje in sprejetosti v družbi, s tem pa vpliva na izboljšanje razpoloženja in kakovost življenja (Vinkškel, 2019).

Rezultati multidisciplinarnе intervencije za spodbujanje telesne dejavnosti, zdravega življenjskega sloga in povečanja kakovosti življenja Gibanje za voljo in volja za gibanje (GiVo), ki smo jo razvili na Fakulteti za šport, so jasno pokazali na številne pozitivne učinke, ki jih ima gibanje (Cecić Erpič, Tomažin & Pevc, 2016). Intervencijo smo v okviru projekta Pomoč družinam v skupnosti: soustvarjanje zelenih sprememb za zmanjševanje socialne izključenosti in krepitev zdravja oblikovali za neaktivne odrasle iz družin s številnimi izzivi. Rezultati kažejo pozitiven vpliv na številne vidike psihološke in motorične učinkovitosti vadečih (Cecić Erpič, Pevc & Tomažin, 2016). Udeleženci so poročali o povečanju zadovoljstva, optimizma in splošnega razpoloženja, zaradi vadbe so imeli, po svojih navedbah, več energije za soočanje s težavami vsakdanjika. Sicer telesno nedejavni odrasli so skozi 15-tedenski program oblikovali navado do te mere, da so vadbo in telesno dejavnost pogrešali, ko je ni bilo. Meritve gibalnega statusa po končani intervenciji so pokazale, da so vadeči pomembno izboljšali aerobno kapaciteto, vzdržljivost v moči trupa, največji moči iztegovalk in upogibalk trupa ter iztegovalk nog (Cecić Erpič, Pevc & Tomažin, 2016). Vse navedene gibalne sposobnosti so tesno povezane z zdravjem. Intervencija je imela pozitiven vpliv tako na zaznano psihološko stanje kot na z zdravjem povezane gibalne sposobnosti.

Zadostna telesna dejavnost je pomembna v vseh življenjskih obdobjih. V skladu s smernicami WHO (2010) za telesno dejavnost in njen vpliv na zdravje bi morali biti odrasli, starejši od 18 let, zmerno telesno dejavni vsaj 150 minut na teden ali intenzivno telesno dejavni vsaj 75 minut na teden. Za doseganje večjih učinkov na zdravje in obvladovanje dejavnikov tveganja (npr. čezmerna telesna masa, visok krvni tlak, povišane maščobe v krvi) je priporočljivo količino telesne dejavnosti podvojiti. WHO (2010) med telesno dejavnost ne vključuje le načrtovanih rekreativnih dejavnosti in športa, ampak tudi gibanje zaradi prevoza (npr. hoja, vožnja s kolesom, rolanje, različne oblike dela, gospodinjstva opravila, igre idr.). Smernice WHO (2010) navajajo, da naj bi odrasli približno polovico časa, namenjenega telesni dejavnosti, posvetil aerobnim dejavnostim (npr. hoja, tek), četrtno časa vajam za gibljivost ter preostalo četrtno vajam za mišično moč. Priporočeni obseg vadbe zmerne oz. visoke intenzivnosti pozitivno vpliva na srčno-žilni sistem, mišično moč in skelet, prav tako pa preprečuje pojav kroničnih nenalezljivih bolezni.

V Sloveniji je bila po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje v letu 2014 prevalenca zadostne telesne dejavnosti med odraslimi prebivalci 73,6 % (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019). S starostjo prevalenca telesne dejavnosti upada. Ženske so v primerjavi z moškimi manj telesno aktivne, prevalenca za odrasle ženske je 68,6 %, za moške pa 78,9 %. Študije kažejo, da ima sprememba življenjskega sloga v smeri k bolj aktivnemu hiter vpliv na izboljšanje posameznikovega razpoloženja. To kažejo tudi rezultati šestletne longitudinalne študije Browna in sodelavcev, v kateri so sodelovale ženske srednjih let (Brown, et al., 2005). Ko so udeleženske povečale svojo telesno dejavnost, so se pomembno zmanjšali simptomi depresije in izboljšali drugi pokazatelji duševnega zdravja. Študije v povprečju navajajo, da že približno 30 minut zmerne telesne dejavnosti na dan vpliva na zmanjšanje možnosti za nastanek depresije in izboljšanje razpoloženja (Biddle & Mutrie, 2008). Študija Smitha in sodelavcev (2010, citirano v Stathopoulou, et al., 2006) je pokazala, da že vsakodnevna hoja na krajše razdalje pomembno zmanjša incidenco za nastanek depresivnih simptomov. Na splošno lahko povzamemo, da ima tudi kratka in nizko intenzivna telesna dejavnost pozitiven in takojšen učinek na posameznikovo razpoloženje in dobro počutje.

Literatura

Alenezi, A., McAndrew, S. & Fallon, P., 2019. Burning out physical and emotional fatigue: Evaluating the effects of a programme aimed at reducing burnout among mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28 (5), pp. 1042–1052.

Biddle, S.J.H. & Mutrie, N., 2008. *Psychology of physical activity: Determinants, Wellbeing and Interventions*. London: Routledge.

Buckworth, J., Dishman, R.K., O'Connor, P.J. & Tomporowski, P.D., 2013. *Exercise psychology*. Champaign: Human Kinetics.

Brown, W.J., Ford, J.H., Burton, N.W., Marshall, A.L. & Dobson, A.J., 2005. Prospective study of physical activity and depressive symptoms in middle-aged women. *American Journal of Preventive Medicine*, 29 (4), pp. 265–272.

Cecić Erpič, S., 2006. Psihološki vidiki stanja usposobljenosti in motivacija za usposabljanje zaposlenih v NMP v Obalno-kraški regiji. Zaključna konferenca projekta Usposobljenost reševalcev, ključ do življenja: Strategija izboljšanja usposobljenosti zdravstvenih reševalcev na obeh straneh meje. Izola: Splošna bolnišnica Izola.

Cecić Erpič, S., Prevc, P. & Tomažin, K., 2016. Physical activity intervention for non-active adults from economically challenged families: "Will for movement and movement for will!". In: Mešl, N. & Kodele, T., eds. *Co-creating processes of help: Collaboration with families in the community*. Ljubljana: Faculty of Social Work.

Cecić Erpič, S., Tomažin, K. & Prevc, P., 2016. "Gibanje za voljo in volja za gibanje": Multidisciplinarna intervencija za povečanje telesne dejavnosti in kakovosti življenja odraslih iz družin s številnimi izzivi. In: Kodele, T. & Mešl, N., eds. *Družine s številnimi izzivi: Soustvarjanje pomoči v skupnosti*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, pp. 135–154.

Dinas, P.C., Koutedakis, Y. & Flouris, A.D., 2011. Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish Journal of Medical Science*, 180 (2), pp. 319–325.

European Agency for Safety and Health at Work. 2016. OSH in figures: Stress at work — facts and figures - Safety and health at work - EU-OSHA. Dostopno na: https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work/view [12. 9. 2019].

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2010. Work-related stress. Dostopno na: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2010/work-related-stress> [5. 9. 2019].

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound), 2007. Fourth European Survey of Working Conditions, Luxembourg, Publications Office of the European Union. Dostopno na: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0698.htm> [6. 9. 2019].

Garber, C.E., Blissmer, B., Deschenes, M.R., Franklin, B.A., Lamonte, M.J., Lee, I.M., et al., 2011. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43 (7), pp. 1334–1359.

Hu, L., Smith, L., Imm, K.R., Jackson, S.E. & Yang, L., 2019. Physical activity modifies the association between depression and cognitive function in older adults. *Journal of affective disorders*, 246, pp. 800–805.

Mutrie, N. & Faulkner, G., 2004. Physical activity: Positive psychology in motion. In: Linley, P.A., Joseph, S., eds. *Positive psychology in practice*. New York: John Wiley & Sons.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019. Podatkovni portal. Dostopno na: <https://podatki.nijz.si> [3. 9. 2019].

Pšeničny, A., 2006. Recipročni model izgorelosti (RMI): Prikaz povezave med interpersonalnimi in intrapersonalnimi dejavniki. *Psihološka obzorja*, 15 (3), pp. 19–36.

Nyström, M.B.T., Neely, G., Hassmén, P. & Carlbring, P., 2015. Treating Major Depression with Physical Activity: A Systematic Overview with Recommendations. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44 (4), pp. 341–352.

Stathopoulou, G., Powers, M.B., Berry, A.C., Smits, J.A.J. & Otto, M.W., 2006. Exercise interventions for mental health: A quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 13 (2), pp. 179–193.

Vinkšel, L., 2019. Subjektivno zaznavanje vpliva telesne dejavnosti na razpoloženje pri starejših odraslih z izkušnjo hude duševne stiske: magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

Vogelnik, K. & Bilban, M., 2016. Sindrom izgorelosti. *Delo in varnost*, 4, pp. 43–50.

World Health Organization (WHO), 2010. *Global recommendations on physical activity for health*. Ženeva: World Health Organization Press.

DIAMIND (DIABETES & MIND) ALI KAKO NAJBOLJE ŽIVETI S SLADKORNO BOLEZNIJO

How to live better with diabetes

dr. Karin Kanc, dr. med., specialistka internistka diabetologinja
in certificirana integrativna psihoterapevtka (IIPA)
jazindiabetes d.o.o., ordinacija za diabetes
in zdravo življenje s koncesijo, Ljubljana
karin.kanc@he.si

Izveček

V vsakdanji praksi je pri delu z ljudmi, ki imajo kronično bolezen, vedno manj časa. Sladkorna bolezen je zahtevna tako za človeka, ki jo ima, kot tudi za zdravstveni tim. V kratkem času bi bili radi čim bolj učinkoviti v upanju, da sta oseba s sladkorno boleznijo in zdravstveni delavec dobila, kar sta želela – eden koristen nasvet s podporo, ki jo prav danes potrebuje, in drugi profesionalno zadovoljstvo, da je bil/a človeku s svojim strokovnim znanjem v pomoč. Pri kronični bolezni, kot je sladkorna bolezen, je nujno upoštevati psihološki odziv človeka nanjo. Psihološki odzivi so številni in večplastni. V komunikaciji se je kot najbolj učinkovito vprašanje, s katerim nemudoma pridemo do bistva trenutno največjega izziva pri osebah s sladkorno boleznijo, izkazalo prav vprašanje: Kaj vas pri sladkorni bolezni trenutno najbolj skrbi? Na vsakoletnem srečanju DiaMind (Diabetes & Mind), ki se je pionirsko za Slovenijo in Evropo rodilo že leta 2012 in je namenjeno vsem zdravstvenim delavcem, ki se pri svojem delu srečujejo z OSB, se ukvarjamo s praktičnim vidikom psihologije in diabetesa. Na DiaMindu 2019 smo se dotaknili jezika, ki ga uporabljamo v komunikaciji z OSB, kar je pereče vprašanje, s katerim se pri nas do tedaj še nihče ni zares ukvarjal.

Ključne besede: psihologija, diabetes/sladkorna bolezen, kronična bolezen, komunikacija, opolnomočenje, oseba s sladkorno boleznijo

Abstract

Daily routine in a busy medical practice is full of challenges, among which time constraints are the biggest ones. Diabetes is a demanding disease for the person with diabetes (PWD) as well as for the health care professionals (HCP). A therapeutic relationship would ideally bring mutual satisfaction: the PWD got the advice that was indeed needed that day and the HCP acted professionally and in a person-centered manner. In a chronic disease as diabetes, the psychological aspect has to be taken into account. Psychological aspects are numerous and multifaceted. In communication, the most important question is: What is your biggest concern about diabetes right now? On DiaMind (Diabetes&Mind), pioneering (for Slovenia and Europe) hands-on annual meeting that was born in 2012 and is meant for all HCP who work with PWD, practical aspects of psychology in diabetes are trained. DiaMind 2019 stressed the importance of language (language matters!) in

communication with PWD, a topic so far neglected in the world and in Slovenia as well.

Keywords: psychology, diabetes, chronic disease, communication, empowerment, person with diabetes (PWD)

Uvod

Zdravstveni delavci smo v dolgih letih študija medicine in nege ter tudi v okviru podiplomskega izobraževanja vedno večji specialisti na svojem področju. Skušamo slediti najnovejšim dognanjem medicine, tudi sami raziskujemo in z novim znanjem izboljšujemo možnosti za vedno bolj detajlno in kakovostno ter pravočasno spoznavanje in zdravljenje oseb, ki obolevajo zaradi različnih bolezni.

Zdi se, da za sladkorno bolezen še nikoli nismo imeli toliko zares novih zdravil kot sedaj. Kljub vsemu je zdravljenje sladkorne bolezni še vedno izziv in zdi se, da v zdravstvenem timu skupaj z osebami, ki imajo to bolezen, nismo tako uspešni, kot bi si želeli. Pogosto se v svoji frustraciji sprašujemo, zakaj je tako. Morda je odgovor v načinu zdravljenja ljudi s sladkorno boleznijo.

Značilnosti sladkorne bolezni vsi zdravstveni delavci dobro poznamo – in bolniki nam morajo verjeti na besedo, ko trdimo, da je sladkorna bolezen resna bolezen!

Skoraj škoda je, da sladkorna bolezen ne boli, ni je mogoče videti, zelo lahko si je pred njo zatiskati oči in jo ignorirati ..., tudi visok krvni sladkor ljudje komaj čutijo, tudi hipoglikemija je lahko zelo skrita. Zdravstveni delavci imamo prav zato zelo nevhvaležno vlogo, ko ljudi s sladkorno boleznijo nenehno prepričujemo, kako pomembno je, da se pravočasno zavzamejo zase in za poznavanje bolezni. Skoraj bi sladkorno bolezen lahko primerjali s počasnim, zahrbtnim virusom, ki vseskozi dela škodo, preden se ga človek zave.

Samovodenje

Samovodenje sladkorne bolezni je zahtevno – zakaj? Izračunajmo: nekdo, ki na primer 40 let živi s sladkorno boleznijo tipa 1, si je v tem času: 58.400-krat izmeril krvni sladkor (okvirno 4-krat na dan), imel je okoli 4000 blagih hipoglikemij, več deset hudih hipoglikemij, kjer je potrebna pomoč drugih, sprejme do 100 odločitev dnevno, ki so povezane s sladkorno boleznijo, je utrujen od nje, saj ima nenehno v mislih bolezen, pa tudi svojce prav tako vseskozi skrbi zanj. Sladkorna bolezen je kot dodatna služba, ki traja 24 ur na dan, brez dopusta, ni plačana in brez jamstva, da bo ugodno potekala, četudi si človek zelo prizadeva, da bi z njo živel čim bolj po pravilih in priporočilih (Speight & Singh, 2013).

Ali je torej pristop zdravstvenega tima k osebami s sladkorno boleznijo (v nadaljevanju OSB) kaj drugačen, kot je na primer pristop k nekemu, ki ima akutno dihalno stisko? Enostaven odgovor je: da!

Pri akutni dihalni stiski gre za akutno dogajanje in potek bolezni, kjer mora zdravstveni tim takoj ukrepati in bolnik vsaj na začetku večinoma niti ni zmožen dejavno sodelovati v zdravljenju.

Zdravstveni tim natančno ve, kako mora v tako perečem trenutku ravnati. Možna dejavna vloga osebe nastopi šele, ko/če postane bolezen kronična, saj človek z neko boleznijo živi dneve, tedne, mesece in leta ter se srečuje z vsakodnevnimi izzivi in zapleti.

Lahko se strinjamo, da potemtakem pri kronični bolezni 'akutni model' zdravljenja odpove (Anderson & Funnell, 2000). Zakaj? Zdravstveni tim sicer natanko ve in tudi predpiše, kakšne so metode zdravljenja in katero bi bilo po doktrini najboljše zdravilo za določenega človeka s sladkorno boleznijo, vendar kljub temu ljudje v veliki večini nimajo sladkorne bolezni tako dobro urejene, da bi bili dolgoročno kar najbolj zaščiteni pred poznimi zapleti. Zdravstveni delavci se še bolj trudimo, iščemo nova in nova zdravila ali povišujemo odmerke starih, a kljub temu ne gre. Ali vemo, če ljudje jemljejo zdravila (Adherence to long-term therapies: evidence for action; Anon, 2018) – in če jih ne jemljejo, ali se vprašamo, zakaj jih ne jemljejo? Ali imamo čas in energijo, da bi se vprašali, kako delamo in kako se pogovarjamo z OSB? Ali (le) pri sebi in svojem strokovnem delu iščemo razloge za previsok HbA1c? Ko zdravljenje ne gre tako, kot bi si želeli, z OSB lahko hitro zaidemo v nesoglasja in prepir, ali pa v svojih prizadevanjih, ko skušamo sladkorno bolezen voditi namesto OSB, izgorevamo. Izgorelost zdravstvenega tima ne prinese nič dobrega! Če vedno delamo na enak način, nam tudi dopust ne bo prinesel manj izgorelosti, saj se bomo takoj ob vrnitvi na delo srečali s podobno frustracijo, kar bo znova vodilo v škodljivo vedenje: ko se od OSB miselno oddaljimo in v stiku z njimi naredimo le najnujnejše. Slednje ne koristi niti OSB niti zdravstvenim delavcem in ima lahko neželene posledice.

Opolnomočenje

Zdravljenje kronične bolezni, kot je sladkorna bolezen, je lahko drugačno, če upoštevamo njene psihološke vidike. Robert Anderson in Martha Funnell sta leta 1991 (Anderson, et al., 1991) v zdravljenju sladkorne bolezni uvedla pojem opolnomočenja (Empowerment). Opolnomočenje je filozofija/pristop k OSB na način, da je oseba v središču zdravljenja. Zdravstveni tim OSB spomni na lastno moč za vodenje svoje bolezni in tako OSB potrebuje le spodbudo za uspešnejše spoprijemanje z njo. Sprva vsakdo potrebuje veliko znanja o tej bolezni, morda tudi veliko več vodenja in pomoči s strani zdravstvenega tima. Sčasoma pa zdravljenje vedno bolj prehaja v roke osebe same in doseže stopnjo, ko v zdravljenju sodelujeta dva enakovredna strokovnjaka: eden za sladkorno bolezen in drugi zase, za svoje življenje.

... je filozofija, ki postavlja človeka s SB v središče dogajanja
Ko človeku s sladkorno boleznijo zdravstveni delavci pomagamo odkriti in razviti njegovo/njeno (v zametku že prisotno) sposobnost odgovornosti za lastno življenje in obvladovanje sladkorne bolezni.
Ko zdravstveni delavci o najpomembnejših elementih SB primarno ne odločamo namesto človeka s sladkorno boleznijo.
Ko je človek s sladkorno boleznijo odgovoren za samovodenje te bolezni in za izid svojih odločitev.

Slika 1: Kaj pomeni opolnomočenje? (Vir: Funnell, et al., 1991)

Opolnomočenje pri sladkorni bolezni je relativno nov princip in se ga moramo zdravstveni delavci na novo naučiti. Študiralimo smo po principu 'akutne/urgentne' medicine, ko je ukrepanje zdravstvenega tima vedno pravo in v skladu z doktrino. Cilji zdravljenja so jasni, ne glede na to, kakšne so poleg sladkorne bolezni trenutno druge okoliščine, v katerih OSB živi. Pri delu po principu opolnomočenja pa vse okoliščine, v katere je vpeta OSB, postanejo zelo pomembne in predstavljajo središče dogajanja in zdravljenja. Cilji, ki jih ima OSB, so vodilni in jih v zdravljenju nujno upoštevamo, tudi če se razlikujejo od neposrednih ciljev zdravstvenega tima. Ta točka opolnomočenja je po izkušnjah in izjavah udeležencev DiaMind za zdravstveni tim največji izziv. Če je cilj enak pri OSB in pri zdravstvenem timu, je zadeva enostavnejša, ni pa tako, če se cilja razlikujeta. Mogoče je, da si bo OSB postavila cilj, ki ne bo nujno takoj privedel do dobrega izida in je precej drugačen, kot bi si ga zanj ali zanjo želel zdravstveni tim. Opolnomočenje je 'tek na dolge proge', je neke vrste maraton, na katerega se podata OSB in njen zdravstveni tim. Tukaj stopimo skupaj, smo z OSB iskreno 'na istem bregu' in zdravljenje usmerjamo postopno glede na cilje OSB. Motivacija za spremembo življenjskega sloga lahko tako pride iz človeka samega in je trajnejša (Funnell, et al., 1991).

Pri delu z bolniki po principu opolnomočenja nam lahko koristi refleksija o tem, kako delamo (Anderson & Funnell, 2009).

JE opolnomočenje	NI opolnomočenje
<ul style="list-style-type: none"> • Vprašam: 'Kaj vas glede sladkorne bolezni trenutno najbolj skrbi?' • Poslušam brez prekinitve? • Spoštujem odločitev osebe, s katero se sam/a ne strinjam? • Z osebo obravnavam zadeve, ki so zanj/zanjo trenutno najbolj pomembne? • Skupaj z osebo določim cilje zdravljenja glede na njeno/njegovo prioriteto? • Pomagam osebi pri njenem/njegovem lastnem načinu in ideji, kako bi dosegel/dosegla cilje zdravljenja? 	<ul style="list-style-type: none"> • Na vsak način želim, da oseba sledi mojim priporočilom? • Mislim, da je moja glavna naloga kot delavke/delavca v zdravstvu, da se zniža človekova glukoza v krvi? • Sodim o svoji učinkovitosti glede na to, kako visok je človekov HbA1c? • Menim, da so osebe s sladkorno boleznijo, ne-ubogljive, če ne sledijo mojim navodilom v popolnosti?

Slika 2: Kaj je in kaj ni opolnomočenje? (Vir: Anderson & Funnell, 2009)

Opolnomočenje pri sladkorni bolezni se je izkazalo za učinkovito (Anderson, et al., 1991), 'napisano OSB na kožo' in dolgoročno zelo uspešno pri doseganju ciljev zdravljenja. Ker je ta pristop tako drugačen od ustaljenega, se ga nikakor ni mogoče naučiti samo iz literature.

DiaMind (Diabetes&Mind)

Na delavnicah DiaMind (Diabetes&Mind), ki jih s svojim timom organiziram enkrat letno že od leta 2012 (www.diamind.si), je opolnomočenje kot vodilni princip vedno vpleteno v zelo različne tematike (Kanc, 2019). Kar trikrat zapovrstjo sta na DiaMindu delavnice vodila Bob Anderson in Martha Funnell, ki sta pri sladkorni bolezni pojem opolnomočenja tudi uvedla. Na ta način smo se učili neposredno od avtorjev, kar je bila edinstvena priložnost in nam je dalo velik navdih za nadaljnje delo. Poznavanje psiholoških vidikov sladkorne bolezni in učenje o pristopu k njim v praksi pomeni bolje razumeti čustvene odzive na sladkorno bolezen ter spoznati odločilne dejavnike, ki vplivajo na uspešnost samovodenja te bolezni. Sladkorna bolezen namreč v 98 % časa temelji prav na samovodenju. Na delavnicah vedno tudi prisluhnemo konkretnim OSB. S pomočjo njih kot 'igralcev' še 'v živo' predstavimo izzive, s katerimi se srečujejo, in razpravljamo, kako naj bi v teh primerih ravnal zdravstveni tim.

Cilj vsakega zdravstvenega tima je opolnomočen človek s sladkorno boleznijo (Funnell, et al., 1991).

Zaključek

Opolnomočenje pri OSB je koncept, ki smo ga že leta 2012 prvič predstavili na delavnicah DiaMind. Menim, da je uporaba opolnomočenja v praksi zelo uspešen pristop, ki zdravstvenemu timu pomaga pri delu z OSB. Še več: OSB ob naši podpori obenem uresničuje lastne zastavljene cilje, to je uspešno samovodenje in najboljše možno življenje s sladkorno boleznijo.

Literatura

- Anderson, R.M., Funnell, M.M., Barr, P.A., Dedrick, R.F. & Davis W.K., 1991. Learning to empower patients. Results of professional education program for diabetes educators. *Diabetes Care*, 14, pp. 584–590.
- Anderson, R.M. & Funnell, M.M., 2000. Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care. *Diabetes Educ*, 26, pp. 597–604.
- Anderson, R.M. & Funnell, M.M., 2009. Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Educ Couns*, 76, pp. 277–282.
- Anon., 2018. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Dostopno na: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence-report/en> [1. 9. 2019].
- Funnell, M.M., Anderson, R.M., Arnold, M.S., Barr, P.A., Donnelly, M., Johnson, P.D., et al., 1991. Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *Diabetes Educ*, 17, pp. 37–41.
- Kanc, K., 2019. DiaMind [Online; all rights reserved]. Dostopno na: <http://www.diamind.si/> [1. 9. 2019].
- Speight, J. & Singh H., 2013. The Journey of the person with diabetes. In: Dunning T. eds. *Diabetes Education: Art, Science and Evidence*. Oxford: John Wiley & Sons, pp. 49–61.

BABIŠTVO NA RAZPOTJU – NEKOČ IN DANES

Midwifery on the crossroad – from the past to nowday

Gordana Njenjič, mag. zdr. nege, dipl. m. s., babica
Univerzitetni klinični center Ljubljana
Ginekološka klinika
gordana.njenjic@hotmail.com

»Obstaja najboljši otrok na svetu in vsaka mama ga ima.«
(Kitajski pregovor)

Izvleček

Današnje babištvo se srečuje z novimi izzivi, ki so posledica zgodovinskih, socioekonomskih in družbenih sprememb. Dogajanja v svetu v 70. letih prejšnjega stoletja in kakšno desetletje kasneje tudi v Sloveniji niso pomembno vplivala na položaj žensk samo v družbi – spreminjali sta se tudi porodniška praksa in obravnava žensk v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Kot nasprotje biomedicinskemu modelu, ki je bil zakoreninjen v obdobju po usmeritvi porodov iz domačega okolja v institucije, so se razvili različni pristopi za demedikalizacijo obporodne skrbi, predvsem kot skrb, ki je osredotočena na žensko in družino. V nekaterih državah so jih uspešno implementirali in opolnomočili tudi babice, v drugih državah, kjer podpore in razumevanja zdravstvenega sistema ni bilo, pa manj. To je pomembno vplivalo tudi na perinatalne rezultate in zadovoljstvo žensk. Zdravstvena oskrba v obdobju materinstva je prešla od izkustvene do na dokazih temelječe obravnave. Tudi v Sloveniji smo v vseh 14 porodnišnicah zadnjih 20 let priča spremembam, ki gredo v prid boljšega zdravstvenega varstva žensk in otrok, ponovno pa je oživela tudi želja žensk po porodu doma.

Namen prispevka je prepoznati trende v obporodni skrbi ter primerjati zdravstvene izide nekoč in danes. Za ta namen smo pregledali podatke iz Perinatalnega informacijskega sistema Republike Slovenije, in sicer za obdobje 2002–2006 in 2013–2017. Tako bomo lahko opredelili ključne spremembe, ki so se dogodile v zadnjih dvajsetih letih v obporodni skrbi za ženske v Sloveniji.

Ključne besede: družbene spremembe, babice, zdravje žensk, perinatalni rezultati

Abstract

Nowdays the midwifery faced with a new challenges which response on historical, socio-economical and social changes- In early 70' and some years later in Slovenia, all this changes in societies influent on position of women and also on obstetric practice and treatment of women during pregnancy, in labour and postpartum. As opposite of biomedical model of care, which was integrated in different health system with hospital births, the process of demedicalisation

started worldwide, with womencentred and family centred approach. In some countries, with empowerment of midwives, the changes were successfully implemented, and this also impact on perinatal outcomes and women's satisfaction. Maternity health care has moved from experiential to evidence-based care. Slovenia has witnessed with changes in all 14 maternity hospitals in the last 20 years, which are in favor of better health care for women and children. The wish of pregnant women to give birth at home has also been revived.

The purpose of the paper is to identify trends in intrapartum care and to compare health outcomes. For this purpose we reviewed data from the Perinatal Information System of the Republic of Slovenia for the years 2002 – 2006 and 2013-2017. With this results, we will be able to identify the key changes that have occurred in the last twenty years in the perinatal care in Slovenia.

Keywords: social changes, midwives, women's health, perinatal outcomes

Uvod

Kitzinger (1992) opisuje porod kot biološki dogodek. Skozi to izkušnjo vodijo žensko močne fiziološke sile, nekatere stvari se zgodijo povsem nagonsko. Toda porod je tudi socialni dogodek, v katerega so vključeni najožja družina, svojci in prijatelji. Odnos do matere in poroda, materina pričakovanja, kaj se bo zgodilo, kakšne so njene predstave o tem, kaj se dogaja v njenem telesu in kaj naj stori – vse te stvari so odvisne tudi od družbe in kulture. V različnih družbah in različnih zgodovinskih obdobjih lahko najdemo zelo različna prepričanja, vrednote in vedenja, povezana z rojstvom otroka.

V zadnjih desetletjih je v svetovnih, pa tudi evropskih zdravstvenih sistemih prišlo do korenitih sprememb na področju organizacije in delovanja zdravstvenega varstva žensk. Nova Zelandija je v devetdesetih letih prejšnjega stoletja v svoj zdravstveni sistem uvedla korenite spremembe, prav tako Kanada, Avstralija, Nizozemska, Danska (Njenjič Skela Savič, 2011). Izvajanje nove zdravstvene politike za zdravje žensk v Veliki Britaniji je pripeljalo tudi do novih strokovnih priporočil za pred- ob- in poporodno obdobje ženske, ki jih je izdelal National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2017). Ženske želijo vedno bolj sodelovati in soodločati glede poroda. Želijo si sprejemanja informiranih odločitev in za lastne odločitve sprejemati odgovornost. Toga bolnišnična navodila skozi desetletja postajajo vse bolj mehka, liberalna, pojavljajo se pobude za novorojenčkom in ženskam prijazne porodnišnice in zdravstvene ustanove. Macun (2014) pravi, da je bila ozaveščenost porodnic, ki so prihajale z drugačnimi željami, vse večja, kar je v skrbi za ženske spodbudilo različne strokovnjake, da so začeli kritično raziskovati z dokazi podprte podatke o postopkih pri porodu. Vsi zdravstveni delavci, vpeti v močno čustvena obdobja nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja, se po svojih najboljših močeh trudijo ugoditi željam porodnic. Tem smernicam smo bili priča tudi v Sloveniji – vse večje težnje po fizioloških porodih v javnih porodnišnicah in porodih v domačem okolju. Prav zaradi slednjega je delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje skupaj z multidisciplinarno skupino različnih poklicnih skupin v zdravstvu oblikovala dokument Strokovne usmeritve za načrtovani porod doma, ki ga je v septembru 2019 potrdil tudi Zdravstveni svet, najvišji posvetovalni organ ministra za zdravje.

Perinatalni izidi v Sloveniji

Kot lahko zasledimo v podatkih Perinatalnega informacijskega sistema RS (PERIS) (Verdenik, et al., 2015), smo bili v zadnjem desetletju, od leta 2005 do 2015, v Sloveniji priča 24-odstotnemu porastu porodov, kar predstavlja veliko organizacijsko in delovno obremenitev za porodnišnice. Skoraj vsi porodi so potekali pod strokovnim vodstvom v porodnišnicah in le 0,12 % na domu oziroma na poti v porodnišnico. Mrtvorojenost je v primerjavi s prejšnjimi leti ostala enaka, znižali pa sta se umrljivost plodov med porodom in umrljivost novorojenčkov pred odpustom. Vsa umrljivost novorojenčkov pred odpustom se je v zadnjih 10 letih zmanjšala za 34 %, v 25 letih pa za 75 %, kar je velik uspeh perinatologije in neonatologije. Med vzroki za neonatalno umrljivost vodijo prirojene anomalije, nezrelost, okužbe in respiratorne bolezni. Uspešnost perinatologije in neonatologije se kaže tudi v odstotku preživetja novorojenčkov, ki okoli 30. tedna nosečnosti skorajda doseže odstotek preživetja ob predvidenem dnevu poroda. Stopnja maternalne umrljivosti se v zadnjih 30 letih žal ni bistveno spremenila. Zaskrbljujoče je, da med vzroki za maternalno umrljivost vodi samomor v povezavi z duševnimi motnjami. V zadnjih letih opažamo trend spreminjanja populacije nosečnic. Povprečna starost nosečnic se je povečala za 1,5 leta in povečal se je odstotek prvesnic starejših od 35 let. Povečal se je tudi odstotek predebelih nosečnic. Nekoliko se je povečal odstotek večplodnih nosečnosti, uspešno pa se je zmanjšal odstotek večplodnih nosečnosti po postopku IVF.

Premru (2017) trdi, da je predporodno varstvo glede na podatke dobro dostopno in dobro opravlja svojo vlogo. Brez obiska v posvetovalnici je bilo manj kot 0,3 % nosečnic. Okoli 85 % nosečnic pride na prvi pregled pred 12. tednom nosečnosti in opravijo v nosečnosti v povprečju 10 obiskov. Izboljšali smo odkrivanje sladkorne bolezni v nosečnosti in hipertenzijo v nosečnosti pogosteje zdravimo z antihipertenzivi. Pri novorojenčkih ne opažamo trenda naraščanja ali upadanja porodne teže.

Družbene in socioekonomske spremembe so vplivale tudi na to, da vse več žensk zaradi poklicnih ali drugih interesov materinstvo odmika v kasnejše obdobje, hkrati pa se povečuje tudi starost ob rojstvu prvega otroka. Povprečna starost matere ob porodu v Sloveniji leta 1980 je bila 25 let, leta 2008 pa 30 let (Babnik, 2009). V letu 2014 je bilo v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami največ nosečnic starih od 30 do 34 let (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2014).

Vloga babic

Babica je v skladu z definicijo poklica prepoznana kot odgovorna in zanesljiva strokovnjakinja, ki podpira žensko ter ji svetuje med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju, izvaja pa tudi babiško nego novorojenčka in dojenčka in ima hkrati pomembno vlogo pri zdravstveni vzgoji ženske, družine in širše družbene skupnosti (International Confederation of Midwives, v nadaljevanju ICM, 2011). Njeno vlogo v zdravstvenih sistemih prepoznava in podpira tudi Svetovna zdravstvena organizacija v svojem dokumentu (SZO, 1996), ki je še vedno v veljavi, pa tudi priporočila National Institute for Care and Health Excellence (NICE, 2017). Matere in dojenčki so ranljiva populacija in ravno zato je zagotavljanje kontinuirane skrbi zanje ena izmed glavnih nalog, zapisanih v strategiji razvoja, prav tako pa tudi del globalnega načrta Združenih narodov za doseg ciljev trajnostnega razvoja 3, 4 in 5 (United Nations, 2017).

Babiški model obravnave za ženske je, kot pove že ime, značilen za samostojno, kontinuirano delovanje babic (Wylie & Bryce, 2008). Lundgren & Berg (2007) trdita, da je kontinuirana obravnava pomembna za zaupljiv odnos med babico in žensko, ki vodi v pozitivno izkušnjo nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Nosečnost, porod in poporodno obdobje babice razumejo kot fiziološka obdobja v življenju ženske, ki so za posameznico in njenega partnerja nekaj enkratnega, zato potrebujeta ogromno pozornosti – govorimo o žensko osrediščeni obravnavi. Ta pozornost je izražena na drugačen način kot v biomedicinskem modelu zdravja (predvsem obravnava s strani zdravnikov) – z individualnimi pripravami na porod, kontinuirano obravnavo iste babice v nosečnosti, med porodom in po porodu, značilno je manjše število medicinskih posegov med porodom, hitrejši odpust domov, večje število poporodnih obiskov na domu, pomembne pa so tudi podporne starševske skupine (Walsh, 2007). Ženske, ki sodelujejo v babiškem modelu, izražajo večje zadovoljstvo pri zdravstveni obravnavi. Najpogosteje vidimo takšno filozofijo dela v porodnih centrih. Model je primeren samo za zdrave ženske brez prisotnih dejavnikov tveganja v času nosečnosti, poroda in v poporodnem obdobju. Za vpeljavo takega modela so potrebne jasne kompetence ter delitev del in nalog, model mora biti razpoznaven v sistemu zdravstvenega varstva.

Poleg priporočil svetovih združenj sta Evropski svet – akademija za porodništvo in ginekologijo (EBCOG) leta 2014 pripravila in sprejela osnovne standarde in kazalnike kakovosti za 18 področij porodništva skupaj z neonatalno oskrbo in za 25 področij ginekologije in reprodukcije. Standardi naj bi vodili k izboljšanju zdravljenja naših pacientk, k učinkoviti in varni organizaciji dela, uresničevanju zahtev za usposabljanje zdravnikov in ustrezni podpori, ki bi jo zagotavljali vsi zdravstveni delavci. Standardi so bili predstavljeni tudi v Evropskem parlamentu z namenom, da bi jih sprejela ministrstva po vsej Evropi (Geršak, 2017). S pridom jih lahko uporabljajo tudi babice.

Medikalizacija obporodne skrbi

S prehodom obporodne obravnave iz domačega okolja v institucionalna smo bili priča porastu medikaliziranih porodov, in to po vsem svetu. Z uličnimi protesti v 70. letih prejšnjega stoletja so ženske zahtevale ukinitve nepotrebnih medicinskih rutinskih postopkov in nepotrebnih porodniških intervencij pri zdravih in bolnih nosečnicah in porodnicah. Kot najpogostejšo porodniško intervencijo v globalnem svetu velja izpostaviti carski rez. Delež carskih rezov pri nas in v svetu narašča. Stališče iz leta 1950 – »enkrat carski rez, vedno carski rez« – pa še danes vpliva na naraščanje deleža porodov s carskim rezom. Pri nosečnicah s predhodnim carskim rezom, brez dodatnih indikacij za carski rez, so leta 1970 v porodniško prakso vpeljali poskus vaginalnega poroda po carskem rezu. Delež nosečnic, ki so po carskem rezu rodile vaginalno, je začel naraščati, ob tem pa so se začeli pojavljati tudi za tovrstne porode značilni zapleti, najpogosteje ruptura maternice. Strah pred zapleti je uspešnost vaginalnih porodov po carskem rezu ponovno zmanjšal.

Najpogostejše indikacije za carski rez so stanje po carskem rezu, nepravilna vstava ploda, fetalni distress in kefalopelvino nesorazmerje. To povzroča nenehno naraščanje deleža nosečnic s predhodnim carskim rezom. Pri teh nosečnicah so brez dodatnih indikacij za ponovni carski rez v porodniško prakso vpeljali poskus vaginalnega poroda po carskem rezu. Poskus vaginalnega poroda pri nosečnici, ki je pred tem rodila s carskim rezom, priporočajo nosečnicam z znanim prečnim rezom v istmičnem delu maternice, pri katerih ni novih indikacij za carski rez in ne

obstajajo kontraindikacije za poskus vaginalnega poroda ob stalnem nadzoru ploda in ženske v varnem okolju porodničnice, ki izpolnjuje vse pogoje za nujno ukrepanje v primeru zapletov. Svetovanje naj se začne že v 2. trimesečju nosečnosti po ultrazvočnem morfološkem pregledu ploda ter po pregledu dokumentacije nosečnice o kirurških posegih na maternici. Vaginalni porod po carskem rezu naj se izvaja le v ustanovah, ki lahko zagotovijo pravočasni carski rez ali laparotomijo v primeru zapletov med porodom ali po porodu. Obvezno je skrbno nadziranje porodnice, spremljanje napredovanja poroda in neprekinjeno elektronsko spremljanje plodovih srčnih utripov. Slovenska priporočila za vodenje vaginalnega poroda po carskem rezu so bila sprejeta tudi na nacionalni ravni (Abdulkhalikova, et al., 2016).

Primerjava porodnih izidov

Za opredelitev razlik v porodnih izidih smo pridobili podatke iz Perinatalnega informacijskega sistema RS ter med seboj primerjali dve obdobji, 2002–2006 in 2013–2017. V nadaljevanju bodo predstavljeni le nekateri kazalniki kakovosti.

V obdobju 2002–2006 je bilo skupno 88.429 porodov, od tega 25,5 % spontanah, v obdobju 2013–2017 pa 100.781 porodov, od tega spontanah 26,7 %. Delež induciranih porodov je v drugem obdobju padel, in sicer z 20,1 % na 18,5 %. Narasel je tudi delež carskih rezov s 14,2 % na 20,4 %. Programirani carski rezi so narasli s 5,5, % na 9,2 %, z najpogostejšo indikacijo stanja po carskem rezu. Pomembno je upadel delež stimuliranih porodov pri vaginalnih porodih, s 60,5 % na 43,9 %. Podaljšal se je čas poroda, verjetno tudi zaradi teženj in spodbujanja naravnega poroda, prav tako pa delež epiziotomij pri vaginalnih porodih (s 50,1 % na 30,9 %, $p < 0.05$). V obeh primerjalnih obdobjih ostaja delež izhodnih operacij (vakuum, kleščni porod) popolnoma enak (3,4 %). Poškodb porodne poti 1. in 2. stopnje je bilo v prvem obdobju 9,1 % in v drugem 26,2 % ($p < 0.05$), verjetno tudi zaradi statistično pomembnega manjšega deleža epiziotomij. V drugem obdobju je nekoliko narasel delež poporodnih krvavitev več kot 500 ml (0,6 % vs 0,3 %). Delež transfuzij v poporodnem obdobju ostaja enak (0,2 %).

Zvišala se je starost prvorodnic (28,7 vs. 30,2 let), ki pa v drugem obdobju manj kadijo v času nosečnosti (11,1 % vs. 9,5 %). Delež prezgodnjih porodov pred 37. letom se je celo nekoliko povišal (6,6 %), kljub nacionalnim težnjam za znižanje deleža v slovenski populaciji.

Zaključek

Družbene spremembe v svetu in Sloveniji v zadnjih desetletjih so se pomembno dotaknile tudi obravnave žensk v obdobju materinstva, kar zahteva od zdravstvenih delavcev kulturno kompetentno in sprejemljivo zdravstveno obravnavo (Loredan & Prosen, 2013). Medikalizacija porodne obravnave je prinesla slabše izide za zdrave žensk in otrok. Raziskave potrjujejo, da je poseganje v fiziološki potek poroda brez indikacij nesprejemljivo (NICE, 2016). V podporo boljši obporodni obravnavi pa so na podlagi raziskav podana nova priporočila. Vsi zdravstveni delavci so pri svojem delu dolžni spoštovati načela profesionalnih kodeksov, prav tako pa strokovnih priporočil svetovnih in nacionalnih združenj.

Literatura

Abdulkhalikova, D., Trojner Bregar, A. & Premru Sršen, T., 2016. Slovenska priporočila za vaginalni porod po carskem rezu. *Zdrav Vestn*; 85 (4), pp. 244–256.

Babnik, J., 2009. Slovenski in švedski podatki o preživetju izjemno nezrelih novorojenčkov. *JAMA-SI*, 17, pp. 203–205.

Geršak, K., 2017. Predstavitev standardov in kazalnikov kakovosti EBCOG. In: Trojner Bregar, A. & Lučovnik, M., eds. XVIII Novakovi dnevi: zbornik, Slovenj Gradec, 19.–20. maj 2017. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino; pp. 6–11.

International Confederation of Midwives, 2011. Definicija poklica babice. Dostopno na: <http://www.sekcija-babic.si/files/definition-mid.pdf> [10. 9. 2019].

Kitzinger, S., 1992. *Me matere*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Njenjič, G. & Skela Savič, B., 2011. Vloga babic pri konceptu kontinuirane skrbi za nosečnice. In: Skela Savič, B., Hvalič Touzery, S., Zorc, J., Skinder Savič, K., eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – Priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik, Ljubljana, 9.–10. junij, 2011. Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 504–511.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2017. Intrapartum care – care of healthy women and their babies during childbirth.

Loredan, I. & Prosen, M., 2013. Kulturne kompetence medicinskih sester in babic. *Obz Zdr N*, 47(1), pp. 83–89.

Lundgren, I. & Berg, M., 2007. Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), pp. 220–228.

Macun, E., 2014. Spremembe porodniške in babiške prakse v SB Jesenice. In: Prelec A., eds. Izzivom nasproti: zbornik predavanj. 14. april 2014. Zreče: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih združenj medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester in babic, pp. 34–38.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. Podatkovni portal. Dostopno na: https://podatki.nijz.si/Selection.aspx?px_path=NIJZ%20podatkovni%20portal__1%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva__03%20Porodi%20in%20rojstva&px_tableid=PI5_TB_9.px&px_language=sl&px_db=NIJZ%20podatkovni%20portal&rxid=2ba26173-8032-4fe0-8cfa-3cc26631d198 [10. 09. 2019].

Premru Sršen, T., Cerar, V., Prelec, A. & Drolc, T., 2011. Vloga babice v predporodnem, porodnem in poporodnem varstvu v Sloveniji. In: Dovč A., Ilovar S., eds. XII Novakovi dnevi: zbornik, Ljubljana, 20.–21. maj 2011. Ljubljana: Medicinski razgledi; pp. 9–18.

Svetovna zdravstvena organizacija. Care in normal birth. 1996. Dostopno na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf [9. 9. 2019].

United Nations. Sustainable development goals, 2017. Dostopno na: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> [10. 9. 2019].

Verdenik, I., Novak Antolič, Ž. & Zupan J., 2013. *Perinatologia Slovenica*, II. Slovenski perinatalni rezultati za obdobje 2002–11. Združenje za perinatalno medicino SZD in Ginekološka klinika, UKC Ljubljana. Ljubljana..

Walsh, D.J., 2007. A birth centre's encounters with discourses of childbirth: how resistance led to innovation. *Sociology of Health & Illness*, 29(2), pp. 216–232.

Wylie, L. & Bryce, H., 2008. *The Midwives' Guide to Key Medical Conditions: Pregnancy and Childbirth*. Philadelphia: Churchill Livingstone, pp. 1–8.

ŠEST KLOBUKOV RAZMIŠLJANJA ORODJE ZA UČINKOVITO IN USTVARJALNO RAZMIŠLJANJE V SKUPINI

Six hats of thinking

A tool for effective and creative thinking in a group

Nastja Mulej, mag. kom., univ. dipl. ekon., univ. dipl. soc.,
višja predavateljica UMNA, Nastja Mulej, s.p.
nastja@deBono.si

Izvleček

V prispevku predstavljamo metodo Šest klobukov razmišljanja, ki je učinkovito orodje za vodenje ljudi, projektov in sestankov, pri katerih je potreben ustvarjalen (ne rutinski) rezultat. Avtor metode je dr. Edward de Bono, po Sloveniji pa jo uspešno širi Nastja Mulej. »Glavna ovira razmišljanju je zmeda,« pravi Edward de Bono, že dolgo priznan kot svetovna avtoriteta na področju konceptualnega razmišljanja in učenja razmišljanja kot veščine. »Preveč stvari želimo naenkrat. V nas se gnetejo čustva, informacije, logika, upanje in ustvarjalnost ... Kot če bi žonglirali s preveč žogicami.« Rešitev? De Bono proces razmišljanja razčleni na 'šest klobukov razmišljanja': **RDEČI KLOBUK: čustveni vidik; BELI KLOBUK: nevtralen in objektivni, zanimajo ga dejstva in številke; ČRNI KLOBUK: previdno in pazljivo, klobuk 'hudičevega odvetnika'; RUMENI KLOBUK: sončen in pozitiven; ZELENI KLOBUK: povezan s plodno rastjo, ustvarjalnostjo in novimi idejami;** pa tudi **MODRI KLOBUK: hladen, barve neba, nad vsemi ostalimi – klobuk organiziranja**. Metoda Šest klobukov razmišljanja je enostavna za razumevanje, a vendar zapletena za uporabo, ker zahteva nadzor nad lastnimi mislimi (posledično besedami in dejanji) ter namerno sodelovalno raziskovanje tematike, preden sprejmemo neko odločitev.

Ključne besede: ustvarjalno razmišljanje, znanje, učenje

Abstract

The paper introduces the methodological Six Hats of Thinking approach, which is a tool for guiding people, projects into meetings, with the need for a creative (not routine) results. The author of the method is dr. Edward de Bono, and successfully spreads across Slovenia by Nastja Mulej. "The main obstacle to thinking is confusion," says Edward de Bono, long recognized as a global authority on this conceptual thinking in thinking as a skill. "Too many things at one go. Emotions, information, logic, updating in creativity are stirring in us ... As if we were juggling our balls. «The solution? De Bono thought of explaining the 'six hat thinking': red hat: the emotional aspect; white hat: neutral and objective, interested in facts and figures; black hat: carefully and carefully, hat of the 'devil's lawyer'; yellow hat: sunny and positive; green hat: related to plate growth, creativity in new ideas and blue hat: cool, the colors of the sky, above all others – the hat of organizing. Method Six hats considered hats to be easy to understand, certainly complicated to use, because it requires control

of the last thoughts (hereafter words in action) and deliberately demands the undoing of a topic sent by someone for decision.

Keywords: creative thinking, knowledge, learning

Uvod

Bolj učinkovito skupinsko delo

Človek sicer pride sam na svet in sam tudi umre, vendar pa vse njegovo življenje poteka v sodelovanju z drugimi. Smo družbena bitja, ki živimo v skupnosti z drugimi, zato brez pomoči in sodelovanja med člani skupnosti ne moremo preživeti. A marsikdaj se komu zazdi, da ravno zaradi obveznega sodelovanja ne more preživeti. Ker ne zna(mo) sodelovati. Ker naše delo v skupini pogosto ni sinergično ($1 + 1 = 3$), ampak celo z vsakim novim članom učinkovitost skupine upada ($1 + 1 + 1 = 3 \times 1 = 1$). Če pa že sodelujemo, si raje izbiramo tiste, ki so nam bližji in jih dobro poznamo. Radi tarnamo, da si sošolcev, sorodnikov in sodelavcev pač ne moremo izbirati, samo prijatelje in partnerje si lahko. A dejstvo je, da moramo sodelovati in da smo na tem svetu soodvisni drug od drugega. Kako torej narediti naše razmišljanje in delovanje v skupini čim bolj učinkovito (De Bono, 1994)?

»Poslušam te, ker razmišljaš drugače kot jaz.«

Kako pogosto izrečete zgornji stavek? Redko, kajne. Običajno poslušamo tiste, ki razmišljajo enako kot mi – ker potrjujejo naša stališča. Od koga pa se več naučimo? Hja, od tistih, ki razmišljajo drugače od nas! A tega se je treba naučiti. V mojem primeru je bila pot učenja lažja: takšnega načina razmišljanja sem se naučila od očeta ddr. Matjaža Muleja, ki je kot predsednik Inštituta za razvoj družbene odgovornosti širil pomen etike soodvisnosti tudi doma, tako da lahko zdaj jaz učim druge. S primeri jim razlagam, da je poslušati druge pač veliko bolj zanimivo, kot slišati samo sebe. Svoja stališča in stališča somišljenikov že poznate. Ali jih niste že naveličani? Ne bi bilo veliko bolj zanimivo spoznati še drugih vidikov in zornih kotov? Poskusite enkrat (Mulej, 2011).

Lahko pa se vprašamo, zakaj nam je to tako težko. Ker so v naših krajih pač cenjeni Sokrat, Platon in Aristotel (t. i. grška banda treh). Kaj je narobe z njimi? Kmalu boste izvedeli. Kot ugotavlja zdravnik in psiholog, dr. Edward de Bono, ki se najraje predstavlja kot avtor in razmišljevalec (je svetovna avtoriteta ustvarjalnega razmišljanja, pionir lateralnega razmišljanja, avtor tehnike Šest klobukov razmišljanja za bolj učinkovito in sodelovalno razmišljanje ter pobudnik Pozitivne revolucije), so oni krivi, da vsaj na celinski Evropi in Bližnjem vzhodu najbolj cenimo kritično in argumentirano razmišljanje, izhajanje iz lastne resnice in percepcije kot edine pravilne ter kategorična, črno-bela stališča. Ste pri naštevanju opazili, da temu pritrjujete, kot da je samoumevno, in se zraven čudite: kaj pa je s tem narobe? (Mulej & Mulej, 2007).

Šest klobukov razmišljanja na glavo

Opisano je tako naravno, da sploh ne pomislimo, ali morda obstaja kakšna pot ven iz te zagate besedovanja brez učinkovitosti. Pa obstaja že vsaj od leta 1985. Predstavil jo je prav Edward de

Bono v istoimenski knjigi, prevedeni tudi v slovenščino, ki nosi naslov Šest klobukov razmišljanja (De Bono, 2005). Klobuki razmišljanja so prevod angleške fraze: »Put your thinking hat on!« Temu bi v slovenščini lahko rekli: »Začni razmišljati, pamet v roke!« Torej predstavljajo nekaj, kar zavestno sprožimo in zavestno prekinemo, zavestno usmerjamo, tako kot lahko usmerjamo svoje dihanje, kadar želimo telo pripraviti do večje učinkovitosti (Mulej in Mulej, 2007).

De Bono je ugotovitve svojih raziskav o delovanju človekovih možganov opisal v knjigi The Mechanism of Mind. Ugotovil je, da se v naših glavah skriva kaos, ker želimo vse naenkrat, in to takoj, hkrati pa se v mislih gneteje ideje, informacije, želje, strahovi, upanje, navdušenje ... Ko je ugotovil, kako močan vpliv imajo starogrški misleci na današnji način razmišljanja, je predlagal elegantno rešitev: klobuke razmišljanja – ki so simbol za smeri razmišljanja. Namesto da delamo vse naenkrat, kar je naporno že posamezniku, kaj šele v skupini, vsi hkrati razmišljamo samo v eno, isto smer (Mulej, 2011).

Rdeči klobuk za čustva (rdeče kot ljubezen ali jeza)

Kadar predstavljamo svoja čustva, občutja, razpoloženje, slutnje, intuicijo, namige telesa, takrat si predstavljamo, da imamo na glavi rdeč klobuk. Resnici na ljubo so mnoge naše odločitve čustvene, a smo se naučili, da to zakrijemo, racionaliziramo in se naredimo tako zelo ekonomične. To pa je spet preračunljivost. Ali ne bi bilo prijetneje, če bi si lahko privoščili 30 sekund (in ne več, da ne bi manipulirali), da bi predstavili, kaj se dogaja v nas samih? Ali na začetku sestanka, ko se pogovarjamo, kako smo; ali pa predstavljamo svoje občutje do zadeve, zaradi katere smo se sestali; ali na sredi, da preverimo, če se občutja kaj spremenijo; ali na koncu, ko preverimo, ali smo soglasni (De Bono, 2005).

Na svoj lastni občutek, na rdeči klobuk, se naslonimo tudi potem, ko smo izdelali mnogo rešitev. Ne moremo oceniti vsake ideje posebej. Če jih je veliko, bi predolgo trajalo. Lahko pa se vprašamo po svojem občutku in ga poslušamo. Rdeči klobuk predlagamo tudi, kadar opazimo, da se nabirajo negativna čustva. Pametneje jih je takoj izpovedati, kot pustiti, da se kopičijo do izbruha vulkana (De Bono, 2005).

Pred nami je nov projekt. Kako se počutimo? Nam je všeč? Kaj nam pravi intuicija?

Beli klobuk za dejstva (belo kot nepopisan list papirja)

Si predstavljate, da si na primer vsi delimo vsa dejstva, ki jih poznamo o neki zadevi? V primeru argumentiranja udeleženec sestanka tista dejstva, ki škodijo njegovim argumentom, skriva. V primeru klobukov pa je učinkovitost delovanja pomembnejša od »egotripov« in tim je nad posameznikom, zato si želimo deliti vse informacije, ki jih imamo, ker jih kdo drug v naši skupini morda nima. Ljudje pogosto mislimo, da tisto, kar vemo mi, vedo vsi. Pa ni res in je koristno, da razmišljanje začnemo tako, da si delimo vse, kar vemo. Pa tudi da ugotovimo, kaj je tisto, česar ne vemo, in kje bi to lahko izvedeli. Temu rečemo beli klobuk (De Bono, 2005).

Bel kot nepopisan list papirja, kamor črno na belo pišemo dejstva. Pomembno je tudi vedeti, da pod beli klobuk sodijo še stališča, čustva, mnenja drugih, za zadevo pomembnih ljudi. Če jih poznamo ali samo predpostavljamo, jih moramo upoštevati kot golo dejstvo. Na primer: če vaš vodja meni, da bi se vaš oddelek moral osredotočiti na _____ (vstavi manjkajoče glede na lastne izkušnje), potem je to dejstvo, ki ga tisti, ki želijo bili učinkoviti pri delu, tudi upoštevajo (De Bono, 2005).

Pred nami je nov projekt. Kaj vemo o njem? Kaj bi morali vedeti? Kje lahko dobimo manjkajoče informacije? Kakšna so stališča ostalih, ki so pomembni za ta projekt (npr. vodje, drugih članov tima, članov oddelka, članov organizacije, vseh od nabave do izdaje ...)? Če jih ne poznamo, kje bi jih lahko izvedeli?

Rumeni klobuk za prednosti (rumeno kot sonce)

Tukaj so argumenti 'za'. A za razliko od običajnega razmišljanja, kjer je nekdo 'za' in drugi 'proti', tukaj oba sogovornika, četudi morebiti različnih stališč (in tako rekoč vedno imamo različna stališča, ker ima vsak od nas različne privzgojene vrednote, pridobljene izkušnje, nabrane informacije ...), skupaj raziskujeta možne rešitve. Čeprav je drugi 'proti', se bo potrudil in skupaj s prvim poiskal čim več prednosti predlagane rešitve, nato pa še obrnjeno, seveda (De Bono, 2005).

Tovrstno razmišljanje nam je tuje in težko. Kot žrtve kulture, družbe, vzgoje in izobraževanja, kot potomci starih Grkov in potomci živali smo naučeni, da moramo biti previdni, da moramo iskati slabosti in morebitna tveganja. S tem ni nič narobe, še več, odlično je, a ni dovolj, sploh ko se moramo premakniti naprej in najti rešitve. Če ne znamo videti koristi lastne ideje, je celotno razmišljanje zapravljanje časa. Zato je pametneje v rumenem klobuku najprej iskati prednosti, priložnosti, pozitivno, na kratki ali dolgi rok. Ko pa zadevo ocenimo s tega vidika, se lahko premaknemo naprej in poiščemo tudi nasprotno stran kovanca (De Bono, 2005).

Pred nami je nov projekt. Kaj so prednosti tega izpita? (To je še posebej koristno vprašanje, kadar nam nekaj ni všeč, kadar odlašamo, kadar se nam ne zdi potrebno.) Kaj je pozitivno pri tem izpitu? Katere koristi bi lahko našli?

Črni klobuk za slabosti (črno za črnoglede)

Nič ni narobe s tem, da neko idejo ocenjujemo tudi z vidika njenih slabosti, šibkosti, morebitnih tveganj, negativnega. Koristno je, da vsi člani skupine v trenutku, ko se za to odločimo, skupaj poiščemo čim več razlogov, zakaj neka stvar ni v skladu z dejstvi, viri, vizijo, možnostmi, pravili. Oba klobuka skupaj, najprej rumeni in potem črni klobuk, sta običajno orodje ocenjevanja. Koristno je samo, da najprej uporabljamo rumenega – logično pozitivnega – in šele potem črnega – logično negativnega. Kot je ugotovil Edward de Bono, namreč naši možgani vsako prihajajočo informacijo takoj oblikujejo v vzorec in za premik naprej je koristno sprva razmišljati, kaj je pri nečem dobrega, in šele potem, kaj je slabega (De Bono, 2005).

Poleg tega je kritično razmišljanje lahko tudi odlična odskočna deska za ustvarjalnost. Nič nam namreč ne pomaga, če nam nekdo pove, da naš predlog ni sprejet, da ne bo deloval, da ni dober. Če pa vprašamo, zakaj ne bo deloval, od sogovornika – ki se običajno samo hvali s svojo navidezno inteligenco in občutkom premoči – pričakujemo tudi okvir omejitve. In navedena omejitev je tisto področje, na katerem potrebujemo nove ideje. Tako da v primerih, ko vas nekdo zavrne, ne vzemite tega osebno. Prosite ga, naj vam pove, zakaj ne bo delovalo. Če ne ve, bo ugotovil, da se ni imel z ničemer bahati. Če pa ve, lahko skupaj iščemo rešitve omejitve. Kajti rešitve so edino, kar šteje! (De Bono, 2005).

Pred nami je nov projekt. Kaj so slabosti, izzivi, težave? Na kaj moramo biti še posebej pozorni, pazljivi?

Zeleni klobuk za ideje (zeleno kot neukročena narava)

Ena od odskočnih desk za novo razmišljanje nam je torej prav kritično razmišljanje. To je tudi edini primer, ko nam kritično razmišljanje pride prav v življenju. Ne verjemite ljudem, ki se hvalijo, kako kritični so. Običajno hočejo samo povedati, da se ne znajo rešiti iz težave, se pa odlično kopljejo v njej (za primernejšo ponazoritev lahko besedo težava zamenjate tudi s kakšno gršo). Veliko bolj nam pride prav ustvarjalno razmišljanje. Težava pri njem je samo ta, da nas nikoli niso učili razmišljati ustvarjalno, pa nam ne gre preveč dobro od rok (De Bono, 2005).

Za nami je 12, 16, 20 let izobraževalnega sistema, kjer smo poslušali mantro: »Ponovi za menoj, kar sem ti povedal, po možnosti z istimi besedami.« Težko se je po tolikšnem urjenju predvsem konvergentnega razmišljanja, kjer obstaja samo en pravilen odgovor, kar naenkrat odpreti razmišljanju o mnogoterih možnostih. A če poznamo orodja lateralnega razmišljanja Edwarda de Bona, imamo malce discipline, da namerno razmišljamo o čim večjem številu drugačnih možnosti, ter dovolj igrivosti, da pustimo tudi na videz nemogoče ideje, pa smo že naredili veliko (De Bono, 2006).

Pred nami je nov projekt. Kako bi lahko zgornje omejitve in ovire, navedene pod črnim klobukom, premagali? Ali obstaja drugačen način, je še kakšna druga možnost, kakšna alternativna pot, da bi dosegli svoj cilj? Zakaj delamo tako, zakaj ne bi drugače?

Modri klobuk za vodenje (moder kot nebo nad nami)

Če želimo, da vsa skupina ves čas razmišlja v isto smer, da je potek sestanka čim krajši, da je naše razmišljanje strukturirano, potrebujemo vodjo. Modri klobuk. Moderatorja sestanka. Nekoga, ki zna voditi skupino brez strahu ali treme in mu je samo orodje dovolj poznano, da mu je v pomoč, ne v oviro (De Bono, 2005).

Modri klobuk ni nujno vodja skupine, je samo vodja sestanka, fasilitator. Modri klobuk skrbi za:

- disciplino fokusa (= kaj točno je tisto, o čemer bomo razmišljali, in da ves sestanek razmišljamo samo o tem),

- disciplino časa (= koliko časa si bomo vzeli in da se tega v toku sestanka tudi držimo) in
- disciplino tehnike (= katero orodje razmišljanja bomo uporabili in se tega tudi držimo) (De Bono, 2005).

Proti koncu sestanka prosi za povzetke, zaključke in nadaljnje korake – brez natančnega dogovora o nadaljnjih korakih je ves sestanek tekkel v prazno. Vmes pa samo kot nebo nad nami bedi, da se vsi v skupini držijo pravil. Modri klobuk je tisti, ki določi primeren vrstni red razmišljanja. Ni namreč vseeno, ali gre za generiranje idej ali za strateški sestanek, za reševanje težave ali izboljšavo postopka, za pregled dela zaposlenega ali za ocenjevanje česa. Različen vrstni red klobukov je odvisen tudi od tega, ali gre na primer za presojanje ali hitro nabiranje idej. Včasih je koristen samo en, včasih nekaj, včasih vsi, odvisno od okoliščin. Vedno pa pomaga, da se osredotočimo in vsi hkrati usmerimo svoje misli v isto smer (De Bono, 2005).

Diskusija

Narobe je predvsem to, da nam zgornji načini razmišljanja ne pomagajo, da bi se premaknili naprej, vsaj ne ko gre za ljudi in odnose med njimi. Ste opazili, kako je v zadnjih 100 letih tehnika eksplozivno napredovala, kot družba pa smo ostali pri skoraj enakih nespornostih kot pred 100 leti? Redke smo rešili, mnoge poglobili. Ker tovrstna orodja razmišljanja pomagajo v naravoslovju in znanosti, kjer smo se dogovorili, koliko vode je en liter, nismo pa se dogovorili, ali je topla, mlačna ali hladna – ker je to odvisno od percepcije vsakega od nas (Mulej, 2011).

Ste kdaj prišli na sestanek z genialno rešitvijo problema, ki bi reševanje premaknila v nove horizonte, pa je prvi sodelavec takoj odkril napako v vaši rešitvi in začel poudarjati, zakaj vse ni v redu? In kaj ste naredili? Verjetno ste se začeli braniti. Ne braniti rešitve, ampak običajno sebe. Slej ko prej je nekdo vas in vašo rešitev vzel v bran in nastala sta dva tabora. Prvi je dokazoval prednosti, drugi slabosti te ene, uboge, edine rešitve. Morda se je zraven vpletel še kdo, ki je zahteval dejstva, in nekdo, ki je izražal čustva. Skratka, nastal je kaos, kjer se po nekaj urah debatiranja niste premaknili nikamor (De Bono, 2006).

Ker ste uporabljali starogrška orodja razmišljanja. Nekdo je analiziral, drugi kritiziral, tretji argumentiral, vsak je izhajal iz prepričanja, da ima najbolj prav in da bo to že dokazal ostalim, in skupina se je razdelila na dva dela, ki se ne ukvarjata več z idejno rešitvijo problema, ampak s prepričevanjem, kdo ima najbolj prav (De Bono, 2006).

Naj za trenutek odloži kritiko naš dragi sodelavec

Ta prispevek je namenjen izboljševanju skupinskega dela. In velikokrat ravno v pogovoru v skupini ljudje pridemo do najboljših idej. Pod pogojem seveda, da je skupina zaupanja vredna in se počutimo varne. Če zadevo skupaj raziskujemo in je ne ocenjujemo, če torej delujemo v skladu z metodo Šest klobukov, je okolje za nove ideje primerno. Pomaga nam, če se držimo pravila 3P. Prvi P je za pozitivno. Vsaka ideja je koristna, vsako je vredno zapisati. In dokler razmišljamo z zelenim klobukom, ideje samo ustvarjamo. Ne pa tudi ocenjujemo, presojava, kritiziramo, ubijamo. Ne, samo naštevamo jih, ker lahko skozi kvantiteto pridemo do večje kvalitete. Mogoče se vam bo ideja zdela nemogoča, a zadržite se in tega ne povejte na glas. Sodelavca bi slej ko prej prizadeli in utišali, druge koristi pa ne bi imeli. Morda pa je ravno ta nemogoča ideja lahko

odlična odskočna deska do nove, odlične ideje? In to je drugi P, P kot plodno. Dovolimo idejam, da se odbijajo, dopolnjujejo, nadgrajujejo, asociirajo. Ne skrivajmo jih zase, ker jih ima ena glava veliko manj, kot jih lahko ima skupina. Pustimo, da iz 'moje' ideje nastane 'naša' ideja. Saj želimo biti del močne, učinkovite, uspešne skupine, kajne? Tretji P je za poredno. Ne se samoomejevati. Povejte idejo, četudi je 'poredna'. Četudi je nestrokovna, neizvedljiva, nemogoča, nelegalna, nespodobna, neetična. Povejte jo, ne glede na to, kako zelo je provokativna. Še več, ravno zato, ker je provokativna – kajti edino preko provokativnih idej lahko pridemo do novih konceptov. Ko imamo na glavi zeleni klobuk, vsi razmišljamo na ta način, zato se ne bi smeli bati izreči česa takšnega, kar se ne spodobi (Mulej, 2011).

Prednosti paralelnega razmišljanja

Načinu razmišljanja s pomočjo klobukov razmišljanja je Edward de Bono dal naziv paralelno razmišljanje – ker delamo eno stvar naenkrat in potem drugo, ne pa vseh hkrati (De Bono, 2018). Prednosti tovrstnega načina sodelovanja se vam verjetno že nakazujejo. Na tak način spoštujemo tako posameznika kot skupino. Vsi udeleženci sestanka sodelujejo in se ne skrivajo za hrbti glasnejših kolegov. Čas za sam sestanek in sprejemanje odločitve se skrajša, učinkovitost pa poveča. Konfliktom smo se izognili, saj smo vsi hkrati razmišljali samo v eno smer in raziskovali, nismo si nasprotovali (De Bono, 2006; De Bono, 2018).

Zaključek

Naše razmišljanje je s pomočjo omenjenih tehnik strukturirano, veliko lažje in hkrati temeljitejše. Namesto da skačemo od teme na temo, naredimo eno stvar temeljito, in potem naslednjo. Razmišljanje iz enodimenzionalnega postane mnogo-dimenzionalno. Namesto da vidimo samo lastni prav, vidimo celotno sliko, in ta je seveda bogatejša. Ljudi na sestanku precej lažje usmerjamo, saj jim na začetku povemo, kako bo sestanek potekal, kaj je fokus, kakšen je vrstni red razmišljanja in koliko časa bomo porabili. Smo tudi precej bolj vljudni, ko jim nakažemo, kateri način razmišljanja bomo uporabili v naslednjem koraku.

Velika prednost pa je tudi, da se večkrat spomnimo, da si moramo vzeti čas tudi za ustvarjalnost (čeprav samo toliko, da se po najbolj rutinski zadevi povprašamo: ali lahko tudi drugače, zakaj tako, zakaj ne bi na drugačen način?) in za čustva (če ljudje nimajo priložnosti izkazovati svojih čustev, to še ne pomeni, da jih nimajo, samo pojavijo se redkeje, a v precej bolj eksplozivni obliki).

Tako, zdaj vam pa želim samo še uspešno razmišljanje!

Literatura

De Bono, E., 1994. Parallel thinking: From Socratic thinking to de Bono thinking. London: Viking, Penguin Books Ltd.

De Bono, E., 2005. Šest klobukov razmišljanja. Ljubljana: New moment, d.o.o.

De Bono, E., 2006. Lateralno razmišljanje. Ljubljana: New moment, d.o.o.

De Bono, E., 2018. Paralelno razmišljanje: od Sokratovega do de Bonovega razmišljanja.. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Mulej, M. & Mulej, N., 2007. De Bonova metodologija »šest klobukov razmišljanja« in Mulejeva metodologija ustvarjalnega sodelovanja »USOMID« v novi kombinaciji. Dostopno na: <http://organizacija.fov.uni-mb.si/index.php/organizacija-si/article/viewFile/405/38713>. [22. 8. 2019].

Mulej, N., 2011. Razmišljanje za uspeh. Podjetnik.si. Dostopno na: : <http://www.podjetnik.si/default.asp?KatID=311&ClanekID=5583> [22. 8. 2019].

PROMOCIJA ZDRAVJA ZA DOLGO IN POLNO ŽIVLJENJE Health promotion for long and fill life

Valerija Palkovič, dipl. m. s. s spec. znanji
Tea Kosmač, dipl. m. s. s spec. znanji, mag. org. in menedžmenta soc. dej.
Mojca Kroflič, prof. ped.
Polona Tanšek Aškerc, dipl. m. s.
Naomi Mermolja, dipl. fiziot.
Zdravstveni dom Ljubljana
Enota Šiška
valerija.palkovic@zd-lj.si

Izveček

Avtorice v članku predstavljajo potek zdravstvene ter zobozdravstvene vzgoje in preventive v vrtcih, osnovnih in srednjih šolah in v vseh zdravstveno-vzgojnih delavnicah. Zobozdravstvena vzgoja in preventiva sta v današnjem času nepogrešljivi dejavnosti v promociji zdravja. Pripomoreta k ohranjanju in krepitvi ustnega in splošnega zdravja ter razvijanju pozitivnega in kritičnega odnosa do lastnega zdravja. V šolah in vrtcih izvajamo različne zobozdravstveno-vzgojne dejavnosti za otroke, mladostnike in njihove starše ter vzgojitelje in učitelje. Razširjenost kariesa, parodontalnih in drugih bolezni v ustni votlini, ki ogrožajo zobe in zdravje otrok in odraslih, je velika. Zaradi dejstva, da je z rednim izvajanjem dokaj enostavnih zaščitnih ukrepov, ki sestavljajo zdrav življenjski slog, mogoče ohraniti zdrave zobe in dlesni skozi vsa življenjska obdobja, bi zobozdravstvena vzgoja morala biti sestavni del vseh zdravstveno-vzgojnih programov in dostopna vsem prebivalcem. V Zdravstveno-vzgojnih centrih organizirajo in izvajajo promocijo zdravja za odraslo populacijo. Cilj je, da bi posameznike s prisotnimi dejavniki tveganja in osebe, ki so ogrožene za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni oziroma že imajo prisotne kronične bolezni, ozavestili in spodbudili k čimprejšnjemu oblikovanju zdravega življenjskega sloga. To vključuje izboljšanje prehranjevalnih navad, promoviranje telesne dejavnosti, opustitev kajenja in ohranjanje dobrega duševnega zdravja. S pomočjo multidisciplinarnega pristopa v Zdravstveno-vzgojnih centrih in Centrih za krepitev zdravja učinkovito promoviramo in krepimo zdravje vseh v individualnih in skupinskih obravnavah. Z zdravstveno-vzgojnim delom in kontinuirano promocijo zdravja od mladih nog do starosti je mogoče strokovno in učinkovito obvladovati dejavnike tveganja za kronične nenalezljive bolezni.

Ključne besede: zdravstveno-vzgojni center, zdrav življenjski slog, zdravstvena vzgoja, ustno zdravje, zobozdravstvena vzgoja in preventiva, telesna dejavnost, zdrava prehrana

Abstract

In the article, the authors present the course of health and dental education and prevention in kindergartens, primary and secondary schools, in all health education workshops. Dental education and prevention is nowadays an indispensable activity in health promotion, as it helps to maintain and enhance oral and general health. Health education also helps to develop a positive attitude towards one's own health. Schools and kindergartens carry out various dental education activities for children, adolescents and their parents, educators and teachers. The prevalence of dental caries, periodontal and other oral diseases that threaten teeth and the health of children and adults is high. Due to the fact that the regular implementation of fairly simple protective measures that make up a healthy lifestyle, it is possible to maintain healthy teeth and gums throughout their life, dental education should be an integral part of all health education programs and accessible to all residents. Health promotion for the adult population is being organised at health education centers. The goal is to raise awareness of individuals with risk factors and those at risk for developing chronic non-communicable diseases or who already have chronic diseases, and to encourage a healthy lifestyle as soon as possible. These include improving eating habits, promoting physical activity, smoking cessation and maintaining good mental health. Through the multidisciplinary approach in health education centers, the health and efficiency of all stakeholders of individual and group treatments is effectively promoted and strengthened. Through health education work and the continuous promotion of health from young feet to old age, the risk factors for chronic non-communicable diseases are managed professionally and effectively.

Keywords: health education centers, healthy active lifestyle, health education, oral health, dental education and prevention, physical activity, healthy diet.

Uvod

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 1948) je zdravje stanje telesnega, duševnega in socialnega blagostanja, in ni le odsotnost bolezni ali napake. Po novejših spoznanjih in stališčih je zdravje celovit in dinamičen sistem, ki je sposoben prilagajanja vsem vplivom okolja ter omogoča posamezniku in skupnosti opravljati vse biološke, socialne in poklicne funkcije, pa tudi preprečevati bolezen, onemoglost in prezgodnjo smrt (Zdravje n.d.). Leta 1986, na Mednarodni konferenci o Promociji zdravja v Ottawi, promocijo zdravja definirajo kot proces, ki ljudem omogoča, da povečajo nadzor nad lastnim zdravjem, ga ohranijo in krepijo (Ottawska listina, 1986). Namen uspešne promocije zdravja je vplivati na vrednote, ki ohranjajo zdravje za vse ljudi v družbi, da ti sami prepoznajo vrednost zdravega življenja in možnosti, ki jih imajo kot posamezniki na voljo za izboljšanje svojega zdravja.

Pomen vrednote zdravja se v današnjem času odraža na različnih področjih življenja in bivanja, in sicer v obliki promocije zdravja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah, v delovnih organizacijah v obliki promocije zdravja na delovnem mestu in v domovih za ostarele kot promocija zdravja za starostnike. Za ostalo odraslo populacijo je prisotna v programih svetovanja za zdravje oz. delavnic v Zdravstvenovzgojnih centrih (v nadaljevanju ZVC) in Centrih za krepitev zdravja (v nadaljevanju CKZ).

Na zdravje pomembno vpliva zdrav življenjski slog. Ta vključuje zaželeno vedenje, ki ga določajo

posameznikove osebnostne lastnosti, socialni in ekonomski vplivi ter okoljski pogoji (Gregorič, et al., 2016). Pomembna stališča, vedenja in navade, ki sestavljajo življenjski slog, pridobivamo že od mladih nog, najprej v družini, kasneje pa tudi skozi proces šolanja, zato ima promocija zdravja v šoli pomembno vlogo (Gregorič, et al., 2016, citirano v Health Promotion Glossary, 1998). Navade, ki jih otrok pridobi v zgodnjem obdobju svojega življenja, se pogosto ohranijo in pomembno vplivajo na njegove navade v odrasli dobi (Kroflič, 2010). Prehranjevalne in gibalne navade iz mladosti se prenašajo v kasnejše življenje, to pa lahko vpliva na zdravje posameznika v odrasli dobi.

Promocija zdravja v Sloveniji obsega zobozdravstveno in zdravstveno vzgojo otrok in mladostnikov, individualno zobozdravstveno vzgojo, zdravstveno vzgojo ob sistematiki, zdravstveno vzgojo nosečnic, diabetikov in oseb z drugimi kroničnimi obolenji, vse zdravstveno-vzgojne delavnice in vključevanje v lokalno skupnost. Glavni namen promocije zdravja na vseh ravneh je prispevati k ohranjanju in krepitvi zdravja v vseh življenjskih obdobjih pri čim večjem številu prebivalstva. Programi za spremembo življenjskega sloga, ki vključujejo telesno dejavnost za zdravje, zdravo prehranjevanje, odvajanje od kajenja in alkohola, spoprijemanje s stresom, podporo pri depresiji in tesnobi, so se izkazali kot najbolj primerni za primarno preventivo kroničnih nenalezljivih bolezni, ki bi jim bilo smiselno dodati tudi preprečevanje kroničnih ustnih bolezni. Cilj prispevka je prikazati povezanost zdravja in ustnega zdravja, poudariti pomen vključevanja promocije zdravja v šole in vrtce, saj je z vidika vzgoje otrok prav to obdobje ključno za oblikovanje higienskih, prehranskih, gibalnih in drugih pomembnih navad. V članku je predstavljen pomen vključevanja vseh naštetih področij v promocijo zdravja za dolgo in polno življenje.

Zdravstvena vzgoja predšolskih, osnovnošolskih in srednješolskih otrok in mladostnikov

Promocijo zdravja v vrtcih in šolah je mogoče opisati kot katerokoli dejavnost, ki se izvaja za izboljšanje zdravja vseh otrok. Promocijo zdravja izvajajo diplomirane medicinske sestre, ki prihajajo iz zdravstvenega doma in z otroki obravnavajo že predpisane zdravstveno-vzgojne (ZV) teme v vrtcih, šolah in tudi pri obšolskih dejavnostih (Gregorič, et al., 2016). Preventivne teme se izvajajo tudi ob sistematičnih pregledih v zdravstvenem domu. Na ta način je vrtcem in šolam zagotovljeno stalno sodelovanje z lokalnimi zdravstvenimi institucijami in sistematično izvajanje programa vzgoje za zdravje v vrtcu in šoli.

Po ugotovitvah NIJZ mladostniki v Sloveniji v premajhni meri redno zajtrkujejo, ne uživajo dovolj sadja in zelenjave in radi posegajo po sladkarijah in sladkih pijačah (Jeriček Klanšček, 2016). Večina slovenskih mladostnikov ne dosega priporočil o redni telesni dejavnosti. Raba tobaka, alkohola in nasilje so med mladostniki razširjen pojav in s tem tudi velik problem.

S primerno usmerjenim in izvedenim ZV delom v vrtcih in vseh razredih osnovne šole lahko vplivamo na postopno osvojitve zdravega življenjskega sloga že v najzgodnejšem obdobju, kar se bo odražalo na zdravju posameznika tudi v odrasli dobi. Obravnavane teme v osnovnih šolah so: zdrave navade, osebna higiena, zdrav način življenja, preprečevanje poškodb, zasvojenost, odraščanje, duševno zdravje, medsebojni odnosi in vzgoja za zdravo spolnost. V srednji šoli se nadgradi znanje s temami, kot so: temeljni postopki oživiljanja, zdrave navade mladostnikov, osebna higiena in kozmetika, samopodoba, mladostnik in njegovo doživljanje spolnosti, spolno prenosljive okužbe ter odkrivanje in preprečevanje rakavih obolenj.

Zobozdravstvena vzgoja in preventiva kot uspešen dejavnik preprečevanja bolezni zob in ustne votline ter ohranitev dobrega zdravja

Ustno zdravje je stanje brez bolečin v predelu ust, obraza in grla. Je odsotnost prirojenih anomalij, parodontalnih bolezni, zobne gnilobe in vseh drugih stanj, motenj in okvar, ki vplivajo na zobe in ustno votlino. Ustno zdravje je tesno povezano s splošnim zdravjem in dobrim počutjem (WHO, 2014).

Zobje imajo pomembno vlogo pri grizenju in žvečenju hrane, oblikovanju glasov, dihanju, pri estetskem videzu ter oblikovanju osebnosti kot celote. Zdravje zob in ustne votline otroka je pomembno tudi z vidika razvoja in zdravja stalnih zob ter žvekalnega aparata.

Boleznska stanja v ustih, kot so karies, bolezni obzobnih tkiv, razvojne nepravilnosti čeljusti in zobnih lokov, so pri otrocih pogosta, njihovo odkrivanje in zdravljenje je zahtevno in drago in tudi pri nas predstavljajo pomemben javno-zdravstveni problem (Kosem, 2009). Zobna gniloba prizadene 60–90 % osnovnošolcev in večino odraslih (Ranfl, et al., 2015) ter prispeva k obsežni izgubi naravnih zob pri starejših. Karies najpogosteje prizadene otroke zaradi nežne in neutrjene sklenine zob, povečanega vnosa sladkorjev in nerednih higienskih navad (Culler, 2009). Nezdravljen karies predstavlja tveganje za razvoj sistemskih zapletov, ki je večje pri otrocih s prirojenimi srčno-žilnimi boleznimi in imunsko pomanjkljivostjo (Kosem, et al., 2011). Obstoje zob in sistemsko zdravje posameznika ogroža tudi parodontalna bolezen. Znane so povezave med parodontalno boleznijo in srčno-žilnimi zapleti, sladkorno boleznijo, prezgodnjim porodom, nizko porodno težo novorojenčka (Skalerič, et al., 2014), boleznimi dihal in osteoporozo.

Zobne in ustne bolezni je SZO uvrstila med najpogostejše kronične bolezni poleg že obstoječih štirih (rak, diabetes, žilne in srčne bolezni ter respiratorne bolezni), ki zahtevajo od človeštva največji smrtni davek (Vrbič, 2012). S stališča ustnega zdravja so otroci in mladostniki posebno ogrožena skupina prebivalstva, poleg drugih ogroženih skupin, kot so starostniki, osebe s posebnimi potrebami, revni ipd., zato je pri varovanju ustnega zdravja teh skupin prebivalstva odločilna vloga družbe in države (Artnik, 2009).

Danes poznamo dokaj enostavne in učinkovite ukrepe, s katerimi lahko preprečimo nastanek zobne gnilobe in obolenja obzobnih tkiv ter njune posledice. Izkušnje in znanstvena dognanja kažejo, da lahko s pravilno in redno skrbjo ohranimo zdrave zobe in dlesni do pozne starosti. Temeljni zaščitni ukrepi, ki naj bi jih vsak posameznik poznal in čim prej vključil v svoj življenjski slog, so:

- 2x dnevno izvajanje ustne higijene, s katero temeljito odstranimo zobne obloge;
- 2x dnevna nadzorovana uporaba zobne paste s fluoridi od prvega izraslega zoba dalje;
- uživanje raznolike in uravnotežene prehrane;
- nadzorovano zmanjševanje pogostosti in količine uživanja sladkarij in sladkih pijač;
- redni zobozdravniški pregledi 2x na leto;
- **zobozdravstvena vzgoja (ZZV)** je temeljni preventivni ukrep, s katerim izobražujemo, ozaveščamo, motiviramo in usposabljammo otroke, njihove starše, pedagoške delavce in druge posameznike, da bi zgoraj naštetje dejavnosti čim prej postale njihove trajne navade skozi vse življenjsko obdobje.

ZZV je lahko uspešna, če z njo začnemo dovolj zgodaj, jo izvajamo načrtno, sistematično in nepretrgoma. Pomembno je, da v proces aktivnega učenja in usposabljanja za ohranjanje zdravja zajamemo čim več otrok od najzgodnejšega obdobja dalje, pa tudi tiste osebe, ki se z otroki vsakodnevno srečujejo in imajo na oblikovanje njihovih navad največji vpliv. To so starši, vzgojitelji in učitelji (Kroflič, 2010).

ZZVP otrok in mladostnikov na primarni ravni našega zdravstva izvajamo že več desetletij. Prodrla je v praktično vse za vzgojo pomembne institucije, kot so vrtci, osnovne in srednje šole ter zavodi za otroke in mladostnike s posebnimi potrebami.

Glavnino opravljenega ZZV dela v teh institucijah predstavlja neposredno delo z otroki in mladostniki v skupinah oziroma razredih. Vključevanje celih razredov v preventivna prizadevanja se je izkazalo za učinkovito in smiselno (Mazi, 2017).

V ZZV delo vključujemo tudi starše, vzgojitelje, učitelje in druge strokovne delavce, in sicer na roditeljskih sestankih, predavanjih, učnih delavnicah, preko pogovorov, svetovanj ter posredovanja informacij in ZV gradiv ob rednih obiskih izvajalke v vrtcu ali šoli. S podajanjem znanja o pomenu zdravja mlečnih in stalnih zob, učinkovitem izvajanju preventivnih ukrepov, o vlogi staršev/vzgojiteljev/učiteljev jih motiviramo za skrb in pomoč otrokom pri oblikovanju higienskih, prehranskih in drugih za ustno zdravje pomembnih navad, da bodo čim prej postale del zdravega življenjskega sloga otroka/družine.

V vrtcu so v ZZVP delo vključeni otroci v starosti 3–6 let, vse pogosteje pa tudi skupine mlajših otrok (1–3). Dejavnosti, s katerimi lahko vzbudimo zanimanje otrok, so: pripovedovanje zgodb, spoznavanje zob in zobne lutke, različnih ščetk in drugih pripomočkov za ustno nego, ogledovanje slik in knjig, prek katerih spoznavajo nevidne bakterije, izvejo, zakaj so sladkarije škodljive, in se srečajo z likom zobozdravnika. Pogovore nadgradimo z umivanjem rok, ščetkanjem zob, igranjem usmerjenih igranic, igro vlog itn. Uporabljene metode in oblike dela v različnih skupinah prilagajamo razvojnim značilnostim otrok v posameznem starostnem obdobju ter individualnim posebnostim otrok. Pomembno je, da z otrokom vzpostavimo čim tesnejšo vez in da naše druženje pusti močan in prijeten vtis (Kroflič, 2010).

Procesi, zastavljeni v vrtcih, se nadaljujejo v osnovnih in srednjih šolah ter zavodih za otroke s posebnimi potrebami. Dejavnosti, ki se izvajajo na šolah so: naravoslovni dnevi, učne delavnice, predavanja, poduk o zdravi/nezdravi prehrani, prikaz in praktično ščetkanje zob ob uporabi ustreznih pripomočkov, fluoridizacija zob itn. Z odraščanjem se potrebe po znanju otrok večajo, zato je spoznavanje novih, starosti in razvojni stopnji primernih in aktualnih znanj o zobeh in ustni votlini na zanimiv ter razumljiv način lahko velik motivacijski dejavnik za učence in dijake. Pomembno je, da v razredu ustvarimo spodbudno vzdušje, ki spodbudi pogovor, izražanje in izmenjavo stališč, izkušenj, postavljanje vprašanj, iskanje odgovorov, reševanje nalog, praktično delo idr., saj dejavna vloga učencev lahko pripomore, da bodo pridobljeno znanje tudi uporabili v svojem vsakdanjem življenju.

Akcija, s katero v šolah in zavodih za posebne potrebe čez vse šolsko leto pri otrocih spodbujamo večerno in jutranjo ščetkanje zob, je Tekmovanje za čiste zobe ob zdravi prehrani. S testno tableto,

slabo očiščena mesta, jih motiviramo k njihovi odpravi in bolj natančni ustni higieni. Leta 2017 je ta izvorni slovenski program, ki ga pri nas izvajamo že več kot trideset let, prejel najvišje priznanje Svetovnega zobozdravniškega združenja FDI, SMILE AWARD, za najinovativnejši preventivni program na svetu, kar je zares velik dosežek.

Pretežno skupinsko izvajanje ZZVP dejavnosti v vrtcih in šolah dopolnjujemo z individualno ZZV obravnavo, ki je kot pomoč namenjena tistim otrokom in mladostnikom, ki zaradi različnih razlogov kljub prizadevanjem ohranjajo zelo slabo ustno higieno. Po napotitvi otroka na individualni poduk se ta izvaja v zdravstvenih domovih, po potrebi pa tudi na terenu. Vključuje individualno svetovanje, podajanje informacij in pomoč pri razvijanju veščine ščetkanja zob, ob pogostem vključevanju staršev.

Naštete dejavnosti od leta 2016 izvajamo pod enotnim naslovom Vsakodnevna skrb za ustno zdravje (Markočič Tadič, et al., 2016) in so skladne z usmeritvami za izvajanje ZZVP v okviru preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni in sprejetimi standardi dela.

Zdravstvena vzgoja za odraslo populacijo in starostnike

Namen promocije zdravja za odraslo populacijo je spodbujanje zdravega življenjskega sloga, ki vključuje izboljšanje prehranjevalnih navad, promoviranje telesne dejavnosti, opustitev kajenja in slabih navad, omejitev konzumiranja alkoholnih pijač ter ohranjanje dobrega duševnega zdravja. Glavno vlogo pri promociji zdravja imata izobraževanje in ozaveščanje ljudi o izboljšavah njihovega zdravja in preprečitvi oziroma čim zgodnejšem odkritju morebitne bolezni (Rihar Škoflek, 2018).

V ZVC se izvajajo ZV delavnice za odraslo populacijo s ciljem, da bi posamezniki spremenili svoj nezdrav življenjski slog. Osebe, ki jih napotujejo osebni zdravniki in diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki, so posamezniki s prisotnimi dejavniki tveganja, osebe, ogrožene za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni, in osebe, ki imajo že prisotne kronične bolezni. Nosilci ZV programov so zdravstveni delavci z ustrezno zdravstveno izobrazbo: diplomirane medicinske sestre s specialnimi znanji, diplomirani fizioterapevti in univerzitetni diplomirani psihologi. V kratkih ZV delavnicah posamezniki spoznajo, kako nezdrav življenjski slog kratkoročno in dolgoročno vpliva na njihovo zdravje. Lahko testirajo svoje prehranjevalne in gibalne navade, zdravstveni delavci pa jih z različnimi motivacijskimi tehnikami spodbudijo k spremembi nezdravih navad. V delavnicah so udeleženci razdeljeni v skupine, v katerih se oblikujejo tudi specifične norme vedenja, ki v glavnem podpirajo in usmerjajo posameznika in skupino k doseganju individualnih ali skupinskih ciljev. V posameznih primerih zaradi vpliva različnih dejavnikov napredek ni takšen, kot ga posameznik pričakuje. Sodelovanje v skupini lahko posameznika podpira ali demotivira. V takih primerih je vloga vodje skupine zelo pomembna. S pravilnim pristopom so dosežki v skupini veliko večji kot pri individualnem delu, ki je v posameznih primerih nujno potrebno.

Kratkih delavnic Zdravo živim, Ali sem fit, Zvišan krvni tlak, Zvišane maščobe v krvi, Zvišan krvni sladkor, Sladkorna bolezen tipa 2 in Tehnike sproščanja se lahko posamezniki udeležujejo večkrat, tudi na lastno pobudo. Torej napotitev s strani osebnega zdravnika ali dipl. m. s./dipl. zdravstvenika ni nujna. Na delavnicah iščejo področja, na katerih je posameznik šibek in potrebuje spremembe, in dobra področja, ki jih lahko okrepijo. V delavnici Zdravo živim udeležencem podajo znanja za

krepitev zdravja v smislu navodil za zdravo prehranjevanje in gibanje, jih opozorijo na slab vpliv uživanja alkohola, kajenje itn. Na delavnici Ali sem fit? (kamor spadajo preizkus hoje na 2 km, 6-min test hoje in 2-min test stopanja na mestu) posameznik pridobi informacijo o lastni telesni zmogljivosti in navodila za njeno izboljšanje. V kratkih delavnicah se udeleženci podučijo o naslednjih dejavnih tveganja za zdravje: visok holesterol, visoki trigliceridi, povišan krvni tlak in krvni sladkor. Pridobijo znanja in veščine, potrebne za izboljšanje lastnega zdravja. Tudi pri nezdravem življenjskem slogu je zelo pomembno osvojiti tehnike za bolj mirno življenje, za kar so v ZVC na voljo psihoedukativne delavnice, med katere spadajo tudi kratka delavnica Tehnike sproščanja, kjer se udeleženci naučijo sprostitve z dihalno tehniko, mišično relaksacijo in vizualizacijo; Spoprijemanje s stresom; Podpora pri spoprijemanju z depresijo in Podpora pri spoprijemanju s tesnobo. Za omenjene delavnice je veliko zanimanje. Udeleženci v psihoedukativnih delavnicah pogosto iščejo oporo in izhod iz vedno večjih zahtev na delovnih mestih in težav v osebnem življenju. Psiholog jih seznanja z orodji in tehnikami, s katerimi lažje izvajajo različne oblike samopomoči.

Zaradi kajenja letno umre skoraj 3600 prebivalcev Slovenije. Med dejavniki tveganja je kajenje tobaka najpomembnejši preprečljiv dejavnik za zgodnjo umrljivost (Koprivnikar, 2014). Delavnice opuščanja kajenja lahko potekajo v skupini ali v individualni obliki. Udeleženci se tudi po recidivu lahko brez napotitve vračajo na ponovitev delavnice, kar pomeni, da kljub neuspehu potrebujejo določeno oporo za spremembo vedenja.

Prehranske navade in prehranski status so pomembne determinante večine kroničnih nenalezljivih bolezni. Prebivalci Slovenije imajo v povprečju nezdrave prehranjevalne navade. Odrasli prebivalci Slovenije uživajo preveč zdravju škodljivih maščob, soli in sladkorja. Čezmerna hranjenost in debelost sta v svetu velik javnozdravstveni problem, ki se iz dneva v dan povečuje (Hlastan Ribič & Kranjc, 2014). To vpliva na kakovost življenja in povečuje obolenost za kroničnimi obolenji, kot so sladkorna bolezen, rakaste bolezni, povišan krvni tlak ter bolezni srca in ožilja. Večini teh težav so namenjene delavnice Zdravo hujšanje, Zdravo jem in Gibam se. Pri delavnici Zdravo jem in delavnici Zdravo hujšanje je poudarek predvsem na metodi zdravega krožnika, s katerim si lahko udeleženci oblikujejo vse dnevne obroke. Pomembno je, da so pozorni na število obrokov na dan, na pravičen režim/ritem prehranjevanja, na pestro izbiro živila iz vseh skupin živil in na pravilno količino ter način priprave hrane.

Vse dolge delavnice so prenovljene in težimo k daljšemu nadzoru nad udeleženci. Velik izziv je, da po opravljenih dolgih delavnicah pridejo pacienti na motivacijske sklope po možnosti v čim večjem številu. V obnovljenih delavnicah je večji poudarek na individualni obravnavi udeležencev. Na ta način dosežemo boljši končni rezultat pri spremembi življenjskega sloga.

Človeško telo je ustvarjeno za gibanje. Potreba po gibanju je fiziološka, tako kot potreba po hrani, vodi in svetlobi. Z razvojem človeštva se je vzorec obnašanja človeka močno spremenil, sodobna bitka s časom pa nas je pripeljala do tvegane telesne nedejavnosti. K temu je pripomogel tudi razvoj informacijske tehnologije. Večino dneva preživimo sede, v avtomobilu, na delovnem mestu, v šoli, pred televizorjem ali računalnikom (Poles, 2015). Prebivalci Slovenije na običajen delovni dan v povprečju presedijo pet ur, ob koncu tedna pa dobre štiri ure na dan. Na količino sedenja najbolj vpliva vrsta dela, ki ga opravljajo (Petrič & Remec, 2016). Po podatkih Svetovne zdravstvene

organizacije je nezadostna telesna dejavnost vzrok 3,2 milijona smrti letno (Knific, et al., 2016).

Zadostna telesna dejavnost je varovalni dejavnik zdravja, saj vpliva tako na telesno kot duševno zdravje in kakovost življenja. Epidemiološke študije kažejo, da redna telesna dejavnost varuje pred večino kroničnih nenalezljivih bolezni, krepi kosti in mišice, vzdržuje psihofizične in funkcionalne sposobnosti telesa, pripomore k zmanjšanju stresa in depresije ter pomaga pri dvigu samozavesti. V kombinaciji z ustrežno prehrano telesna dejavnost varuje tudi pred prekomerno telesno težo in debelostjo. Pomembna je predvsem redna in ustrezno intenzivna telesna vadba (Drev, 2013). Po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije za ohranjanje zdravja pri odraslih zadošča izvajanje 150 minut zmerne telesne dejavnosti na teden ali 75 minut visoko intenzivne telesne dejavnosti na teden. To lahko dosežemo z zmerno telesno dejavnostjo po 30 minut vsaj 5 dni v tednu ali pa visoko intenzivno telesno dejavnostjo po 25 minut vsaj 3 dni v tednu; seveda lahko kombiniramo telesno dejavnost obeh intenzivnosti. Šteje tudi telesna dejavnost, razdeljena na več manjših sklopov dnevno, vendar posamezen sklop ne sme biti krajši od 10 minut. Za otroke in mladostnike se priporoča vsaj 60 minut zmerne do visoko intenzivne telesne dejavnosti vsak dan. V večini primerov to najlažje in najhitreje dosežemo s vsakodnevnim/rednim pešačenjem in/ali kolesarjenjem. Vsaj dvakrat na teden se vsem starostnim skupinam priporoča tudi izvajanje vaj za krepitev večjih mišičnih skupin. Starejšim od 65 let in tistim, ki so slabše gibljivi, dodatno priporočamo izvajanje vaj za ravnotežje in preprečevanje padcev vsaj 3 dni v tednu. Če posameznik ne more dosežati priporočil, naj bo telesno dejaven v skladu s svojimi zmožnostmi in zdravstvenim stanjem (WHO, 2010).

Telesna dejavnost v preventivnih programih promocije zdravja se v obliki praktične izvedbe vključuje v delavnicah Zdravo hujšanje, Gibam se in kratki delavnici Ali sem fit?. Fizioterapevt v okviru delavnic vodi skupinsko vadbo, izvaja testiranja telesne pripravljenosti in opravlja individualne posvete z udeleženci (Knific & Backović Juričan, 2018). Glavni namen vključevanja telesne dejavnosti v dolge delavnice je opolnomočenje in motiviranje odraslih posameznikov za aktiven življenjski slog preko postopnega povečevanja ravni telesne dejavnosti in posledičnega spreminjanja gibalnih navad ter izboljšanja telesne pripravljenosti. Posamezniki prek dolgih delavnic pridobijo poglobljeno oceno lastne telesne pripravljenosti. Na podlagi tega postopno, v sodelovanju s fizioterapevtom, po individualnem programu, povečujejo količino telesne dejavnosti in spreminjajo gibalne navade. Udeleženci dolgih delavnic na skupinski vadbi pridobijo znanje in veščine za samostojno izvajanje telesne vadbe, z meritvami pa pridobijo informacijo o lastnem napredku v telesni dejavnosti, gibalnih navadah in telesni pripravljenosti (Backović, et al., 2017).

Na dolgih delavnicah se s področja telesne dejavnosti udeleženci praktično učijo o varni, zdravju koristni telesni dejavnosti in nevarnostih sedečega življenjskega sloga za zdravje, naučijo se vzdrževanja fiziološke telesne drže in pravilnega vzorca dihanja med izvajanjem telesne vadbe. Udeleženci spoznavajo tudi vaje, ki jih lahko izvajajo mimogrede za pravilen vzorec gibanja pri hoji, učijo se ocenjevanja intenzivnosti lastne telesne vadbe in prepoznavanja znakov pretirane telesne vadbe, pravilnega izvajanja različnih elementov telesne vadbe in vrst telesnih vaj (aerobne, dihalne vaje, vaje za gibljivost, ravnotežje in koordinacijo, vaje za krepitev mišic s pripomočki ali brez in sproščanje). Posameznik prepozna ovire za telesno dejavnost in išče ustrezne rešitve za ohranjanje življenjskega sloga. Na delavnici lahko pridobi informacije in napotke o možnostih za

redno telesno dejavnost v lokalnem okolju. Fizioterapevt s posameznikom izdelava prilagojen osebni načrt telesne dejavnosti in vadbe. Udeleženci na začetku in ob koncu delavnice opravijo poglobljeno testiranje telesne pripravljenosti zaradi merjenja napredka in spoznavajo, kako je mogoče s pomočjo telesne dejavnosti obvladovati kronične bolezni ali specifična zdravstvena stanja (Backović, et al., 2017). Telesna dejavnost udeležencem pomaga, da se počutijo povezani z drugimi, kar je ključnega pomena za človeško življenje (Sodržnik, 2015).

Diskusija

Vključevanje promocije zdravja v vrtce, šole in kontinuirano ZV delo z odraslo populacijo je ključnega pomena za dolgo in polno življenje. Rdeča nit promocije zdravja je razumevanje in učenje zdravega življenjskega sloga ter zdravih življenjskih navad, ki ohranjajo ustno, telesno in duševno zdravje posameznika.

Programi zdravja v šolah so lahko ena najbolj učinkovitih investicij, s katerimi izboljšamo zdravje in izobrazbo hkrati (Markočič Tadič, et al., 2016). Ustno zdravje otrok in mladostnikov se je pri nas močno izboljšalo. Danes je že več kot 41 % dvanajstletnih otrok brez kariesa, KEP indeks (povprečno število karioznih, ekstrahiranih in plombiranih zob) pa je padel na 1,5 zoba (Vrbič, 2019). Petersen (2002, citirano v Vrbič 2013), vodja ustnega zdravja pri SZO v Ženevi, je dejal, da smo v Sloveniji zahvaljujoč preventivnim programom, ki so zaživel po vrtcih in šolah, začrtane cilje na področju ustnega zdravja in preventive ne le dosegli, ampak tudi postali vzor svetu. Poleg otrok in mladostnikov pa v rizične skupine, katerim slaba skrb za ustno zdravje zada največ škode, spadajo tudi nosečnice, sladkorni bolniki, starostniki, bolniki z boleznimi srca in ožilja, osebe s posebnimi potrebami in socialno ogroženi (Artnik, 2009). Pri vseh je pomembna celovita zdravstvena obravnava. Ni dovolj le, da se zobozdravstveno osebje, ki obravnava omenjene rizične skupine, zaveda pomena vpliva ustnega zdravja na splošno zdravje ali dober potek primarne bolezni. Pomembno je tudi, da ostali zdravstveni delavci, ki obravnavajo omenjene skupine v splošnih ali specialističnih ambulantah, vedo, kako skrb za zobe in ustno zdravje vplivata na pacientovo splošno zdravje ter kakovost življenja. Ne zdi se nam dovolj, da je ZZV osredotočena le na zobozdravstveno varstvo otrok in mladine, pozdravljamo idejo o integraciji v vsa področja promocije zdravja. Zaradi dokazanih vplivov ustnega zdravja na splošno zdravje pa bi morala biti ZZVP del dejavnosti vseh splošnih in specialističnih ambulant, ki se srečujejo z omenjenimi rizičnimi skupinami/posamezniki. Zato je potrebna vključitev ustreznih zobozdravstveno-vzgojnih vsebin v programe srednje zdravstvene šole, v vse zdravstvene študije, predvsem pa v študij za dipl. m. s., ki ima na področju ZV velike kompetence. Medicinska sestra (Naidoo & Wills, 2005) v vlogi zdravstvene vzgojiteljice potrebuje dve kompetenci – izobraževalno in vzgojno. Prva se nanaša predvsem na znanstvena spoznanja, druga pa na vrednote, obe pa sta v veliki meri pogojeni z učiteljevo osebnostno strukturo. Ker medicinska sestra nikoli ne ve, kaj vse jo bodo pacienti vprašali, mora imeti široko znanje, ki ga mora nenehno dopolnjevati.

Otroštvo in mladostništvo je pomembno razvojno obdobje, v katerem se upravičeno svetuje krepitev zdravja. Z vidika preprečevanja težav v telesnem in duševnem zdravju so teme splošne ZV v vrtcih, osnovnih in srednjih šolah bistvenega pomena. Nadgradnja že osvojenih ZV vsebin iz otroštva se nadaljuje v preventivnih programih promocije zdravja v ZVC/CKZ po vsej Sloveniji.

Strokovnjaki v ZVC/CKZ posameznikom pomagajo pridobiti potrebna znanja, oblikovati stališča, osvojiti veščine in vedenjske vzorce za zdrav način življenja in krepitev duševnega zdravja ter jim pomagajo in jih podpirajo pri spreminjanju z zdravjem povezanih tveganih vedenj (Farkaš Lainščak, et al., 2015; Vrbovšek & Rebernik, 2017). Programi preventive kroničnih nenalezljivih bolezni (srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen tipa 2, rakasta obolenja, kronična obstruktivna pljučna bolezen, osteoporoza in druge degenerativne bolezni mišic in sklepov) in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih so namenjeni izboljšanju zdravja odraslih prebivalcev Slovenije (Noč & Bajda, 2019). Prisotnost redne telesne dejavnosti, ki varuje pred večino kroničnih nenalezljivih bolezni in krepi telesno in duševno zdravje, je bistvenega pomena v promociji zdravja za vse starostne kategorije prebivalstva. Vljenskih navad, ki ohranjajo ustno, telesno in duševno zdravje posameznika.

Zaključek

Promocija zdravja v Sloveniji obsega zobozdravstveno in zdravstveno vzgojo otrokin mladostnikov, individualno zobozdravstveno vzgojo, zdravstveno vzgojo ob sistemiki, zdravstveno vzgojo nosečnic, diabetikov in oseb z drugimi kroničnimi obolenji, vse zdravstveno-vzgojne delavnice in vključevanje v lokalno skupnost. Bistveno je zavedanje, da je promocija zdravja najučinkovitejša, če se izvaja kontinuirano in ne le v preventivnih programih. Zdravstveni delavci, zaposleni v ZVC/CKZ, delajo s posamezniki v različnih življenjskih obdobjih, s čimer lahko pomembno vplivajo na oblikovanje življenjskega sloga ter posledično na njihovo zdravje. ZVC/CKZ so med splošno populacijo vedno bolj prepoznavni, kar je zasluga tudi predanih izvajalcev primarne preventive. Multidisciplinarni pristop ter kakovostno timsko delo v promociji zdravja in izvajanju preventivnih programov krepi ter izboljša zdravje posameznika in skupnosti. Povezovanje različnih področij preventive je pogoj za dobro in kakovostno promocijo zdravja.

Literatura

- Artnik, B. & Kosem, R., 2009. Zdravje ustne votline otrok in mladostnikov nekoč in danes. In: Ustna nega - vloga zdravstvene nege za zdravje ustne votline: zbornik predavanj. Strokovni seminar, 22. april 2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju, pp. 23–30. Dostopno na: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication__attachments/ustna_nega_-_vloga_zdravstvene_nege_za_zdravje_ustne_votline.pdf [28. 8. 2019].
- Culler, C., 2009. An outcomes evaluation of a comprehensive school-based oral health program: doktorska disertacija. Boston: Boston University, School of Public Health.
- Drev, A., 2013. Gibanje: Telesno dejavni vsak dan. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/gibanje_telesno_dejavni_vsak_dan.pdf [28. 8. 2019].
- Farkaš Lainščak, J., Huber, I., Maučec Zakotnik, J., Sedlar, N. & Vrbovšek, S., eds., 2015. Program integrirane preventive KNB in zmanjševanje neenakosti v zdravju pri odraslih. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Gregorič, M., Bevc, M. & Gabrijelčič Blenkuš, M., 2016. Izvajanje promocije zdravja v šolskem okolju. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 8–12.
- Hlastan Ribič, C. & Kranjc, M., 2014. Čezmerna hranjenost in debelost. In: Tomšič, S., Kofol Bric, T., Korošec, A. & Maučec Zakotnik, J. eds. Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja, Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 35–41.
- Hoyer, S., 2005. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
- Knific, T., Backovič Juričan, A. & Djomba, J.K., 2017. Opis strukture in vsebine delavnice ter navodila za izvajalce. In: Zupančič Tisovec, B., Ščepanovič, D. & Jakovljevič, M. eds. Gibam se: Priročnik za izvedbo delavnice. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 10–23.
- Jeriček Klanšček, H., 2015. Izzivi na področju zdravja, razvoja in kvalitete življenja otrok in mladostnikov. In: Jeriček Klanšček, H., eds. Zdravje skozi umetnost; smernice za pogovore o izbranih zdravstvenih temah za pedagoške delavce. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 15–17.
- Knific, T., Backovič Juričan, A., Djomba, J., K., Zupančič Tisovec, B. & Ščepanovič, D., 2016. Gibam se: Delovni zvezek za udeležence delavnice : z vztrajnostjo in ozaveščenostjo skupaj do boljšega zdravja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 12–24.
- Koprivnikar, H., 2014. Tobak. In: Tomšič, S., Kofol Bric, T., Korošec, A. & Maučec Zakotnik, J. eds. Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja; Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 55–60.
- Kosem, R., 2009. Skrb za ustno zdravje otroka in mladostnika. In: Ustna nega - vloga zdravstvene nege za zdravje ustne votline; zbornik predavanj. Strokovni seminar, Ljubljana 22. april 2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju, pp. 1–9. Dostopno na: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication__attachments/ustna_nega_-_vloga_zdravstvene_nege_za_zdravje_ustne_votline.pdf [28. 8. 2019].
- Kosem, R., Drevenšek, M. & Koželj, V., 2011. Ekstrakcije mlečnih zob. Zobozdravstveni vestnik, 66, (1-2), pp. 36–50.
- Kroflič, M., 2010. Že v ranem otroštvu prebudimo spoznanje o vrednosti zdravja zob. Vita, 16, (72), pp. 14–15.
- Naidoo, J. & Wills, J., 2005. Public health and health promotion: developing practice. 2nd ed. United Kingdom: Gail Wright.
- Noč, K. & Bajda, N., 2019. Multidisciplinarna obravnava v preventivnih programih za odrasle v osnovnem zdravstvu. In: Pesjak, K. & Pivač, V. eds. Zbornik predavanj 12. dan Angele Boškin, Multidisciplinarnost, kompetence, kultura varnosti,

Ali je pacient v središču zdravstvene obravnave?, Bled, pp. 24–29. World Health Organization, 2014. Oral Health. Dostopno na: http://www.who.int/topics/oral_health/en/ [20. 11. 2015].

Markočič Tadič, I., Čok, M. & Pucelj, V., 2016. Vsakodnevna skrb za ustno zdravje: usmeritve za izvajanje zobozdravstvene vzgoje in preventive v okviru preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Mazi, N., 2017. Oralno zdravje in socialno okolje. In: ISIS, 26 (12), pp. 32.

Ottawa Charter for Health Promotion An International Conference on Health Promotion. The Move Towards a New Public Health Ottawa, 1986. Dostopno na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawwa_Charter.pdf [12. 8. 2019].

Petrič, M. & Remec, M., 2018. Telesna dejavnost. In: Fajdiga Turk, V., et al., eds. Kako skrbimo za zdravje?: Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 21–25.

Poles, J., 2015. Šport starejših – medicinski vidik. In: Bučar Pajek, M., et al. eds. Kongres športa za vse: zbornik predavanj, 6. november 2015. Ljubljana: Olimpijski komite, Združenje športnih zvez, pp. 44.

Ranfl, M., Oikonomidis, C., Kosem, R. & Artnik, B., 2015. Vzgoja za ustno zdravje: Prehrana in higiena: strokovna izhodišča. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/vzgoja_za_ustno_zdravje_pop_17_03_2017 [12. 9. 2019].

Rihar Škoflek, E., 2018. Možnost odpravljanja stresa na delovnem mestu. In: Željeznov Seničar, M., eds. III mednarodna strokovna konferenca za pedagoške delavce, Promocija zdravja v vzgoji in izobraževanju. Ljubljana: MiB, pp. 93–94.

Skalerič, E., Gašpirc, B. & Skalerič, U., 2014. Metoda za oceno velikosti parodontalne rane in parodontalne vnetne obremenitve. Zobozdravstveni vestnik, 69, pp. 8–11.

Sodržnik, J., 2015. Vloga športa za vse v slovenski družbi. In: Bučar Pajek, M., et al. eds. Kongres športa za vse: zbornik predavanj, 6. november 2015. Ljubljana: Olimpijski komite, Združenje športnih zvez, pp. 21.

Vrbič, V., 2019. Epidemiologija zobnega kariesa pri 12-letnikih v republikah in pokrajinah bivše Jugoslavije od 1986 do 2017. In: ISIS, 46, (6), pp. 46.

Vrbič, V., 2012. Ob letošnjem svetovnem dnevu ustnega zdravja. In: ISIS, 21, (11), pp. 25–26.

Vrbič, V., 2013. Zaključek poročila o svetovnem dnevu ustnega zdravja. In: ISIS, 22, (5), pp. 33.

Vrbovšek, S. & Rebernik, K., 2017. Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

World Health Organization, Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the international Health Conference, 1948. New York.

World Health Organisation, Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organisation, 1998. Dostopno na: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1> [20. 8. 2019].

World Health Organisation, 2010. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organisation, pp. 15–33.

World Health Organization, 2014. Oral Health. Dostopno na: http://www.who.int/topics/oral_health/en/ [20. 11. 2015].

Zdravje, 2018. Dostopno na: <https://sl.wikipedia.org/wiki/Zdravje> [10. 9. 2019].

DIPLOMIRANA MEDICINSKA SESTRA V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE (ADM) – ISKANJE ZDRAVJA

A registered nurse at the family medicine clinic (FMC) – in search of the health

mag. Barbara Švigelj Rogelj, dipl. m. s., univ. dipl. org.
Zdravstveni dom Ljubljana
barbara.svigelj-rogelj@zd-lj.si

Izvleček

Aprila leta 2011 so se zdravnikom in srednjim medicinskim sestram/zdravstvenim tehnikom (v nadaljevanju SMS) pridružile diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki (v nadaljevanju DMS) in vzpostavljena je bila referenčna ambulanta družinske medicine, ki se je na pobudo Ministrstva za zdravje leta 2018 preimenovala v ambulanto družinske medicine (ADM). DMS je po opravljenih dodatnih izobraževanjih suverena nosilka preventivnih dejavnosti ter lahko ustrezno spremlja parametre urejenih kroničnih bolnikov.

Namen vzpostavitve sistema ADM je v kontinuirani, kakovostni in celostni obravnavi zdravih ljudi, ljudi, ki imajo dejavnike tveganja, in tudi vodenje dobro urejenih kroničnih bolnikov. ADM deluje timsko, z DMS, ki nudi kakovostno zdravstveno vzgojo in usmerja zdrave in bolne ljudi k zdravemu življenjskemu slogu. Ob zaznanih dejavnih tveganja, zaznani bolezni ali njenem poslabšanju se v skladu s smernicami in protokoli DMS posvetuje z zdravnikom, ki bolnika lahko pregleda še isti dan. Naloga DMS je tudi ozaveščanje ljudi o nezdravih življenjskih navadah ter najpogostejših znakih in simptomih s tem povezanih bolezni, vključno z rakavimi obolenji. Medicinska sestra opozori ljudi na državne presejalne programe odkrivanja raka dojke, debelega črevesja in danke ter materničnega vratu in jih motivira za udeležbo. V ADM vodi in posodablja register kroničnih bolnikov, kakovost in učinkovitost dela pa trenutno dokazuje 56 kazalnikov kakovosti. V prispevku je prikazan način dela DMS v ADM, podana pa je tudi analiza prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti, povezanih z delom teh ambulant.

Ključne besede: zdravstvena nega, preventiva, kurativa, izobraževanje

Abstract

In April 2011, the registered nurses (hereinafter: RN) joined the physician and the state enrolled nurses (hereinafter: SEN) and the referential family medicine clinic was established which later changed its name and became the family medicine clinic (FMC) in 2018 on the proposal of the Ministry of Health. After the performed additional education, the RN is an independent holder of the preventive activities and can follow the parameters of the regulated patients with a chronic disease accordingly. The purpose of establishing the FMC system is a continuous, qualitative, and integral treatment of healthy people, the people with risk factors, and also guiding well-regulated

patients with a chronic disease. The FMC operates as a team with an RN who offers qualitative healthcare education and guides healthy and sick people to a healthy lifestyle. When risk factors are detected, when a disease is detected or when the disease gets worse, the RN consults with the physician in accordance with the directives and protocols. The physician can examine the patient on the same day. The task of the RN is also to raise awareness of the people on unhealthy living habits and the most common signs and symptoms of the connected diseases, including cancerous diseases. The RN warns and motivates people to participate in the national screening programs of the detection of breast cancer, colon and rectal cancer, and cervical cancer. The RN keeps records and updates registers of patients with a chronic disease in the FMC. The quality and efficiency of work are currently demonstrated by 56 indicators of quality. In the paper, the method of work of the RN in the FMC and the analysis of strengths, weaknesses, opportunities, and threats connected with the work at these clinics are presented.

Keywords: healthcare, preventive health care, curative health care, education

Uvod

Zaradi hitrih demografskih sprememb prebivalstva, vse večjega prenosa zdravstvenih obravnav bolnikov na primarno raven, vse večje izobrazbenosti in zahtevnosti bolnikov ter hitrega razvoja medicinskih znanosti, ne nazadnje pa tudi zaradi pomanjkanja družinskih in splošnih zdravnikov, so v Sloveniji že od leta 2002 vse ambulante družinske medicine začele z izvajanjem programa Primarne preventivne srčno-žilnih obolenj (v nadaljevanju SŽO) in drugih kroničnih nenalezljivih bolezni (v nadaljevanju KNB) (Bulc & Vračko, 2017). Pobuda za projekt referenčne ambulante družinske medicine (RADM) sega v leto 2008, ko se je vabilu po nadgradnji dela ambulant družinske medicine (v nadaljevanju ADM) odzvala večina najvidnejših predstavnikov stroke (Poplas Susič, Švab & Kersnik, 2013). Projekt je bil predstavljen Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in Ministrstvu za zdravje (MZ), ki sta projekt tudi podprla. Aprila 2011 se je zdravniku splošne medicine in srednji medicinski sestri (v nadaljevanju SMS) prvič pridružila diplomirana medicinska sestra (v nadaljevanju DMS), z namenom zmanjšanja obremenjenosti zdravnikov in povečanja učinkovitosti osnovnega varstva (Poplas Susič & Marušič, 2011). Ambulanta z razširjenim timom se je tako preimenovala v RADM (Poplas Susič, Švab & Kersnik, 2013). Število nosilcev RADM se je z začetnih 60 zdravnikov postopno večalo in se letu 2019 povečalo na 864 ambulant (Projektna pisarna, 2019), od tega sto v Zdravstvenem domu Ljubljana (v nadaljevanju ZDL). Ambulante z razširjenim timom so bile že na samem začetku enakomerno regijsko zastopane po ozemlju vse države. MZ je leta 2018 RADM preimenoval v ADM zaradi poenotenja načina dela in obravnave ter izvajanja v skladu z načinom dela RADM (Poplas Susič, 2018). DMS v ADM spremlja parametre določenih kroničnih bolezni ter izvaja preventivne dejavnosti. Za samostojno in suvereno opravljanje dela ima DMS dodatna specialna znanja.

V prispevku bomo prikazali razvoj in delo DMS v ADM od ustanovitve leta 2011 pa do danes, s ciljem širšega razumevanja učinkov in problematike dela ADM, ter na nekaj primerih dobre prakse predstavili potek in način dela ADM. Analizirali bomo tudi prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti, povezane z delom ADM.

Vloga, priložnost in razvoj diplomirane medicinske sestre v ambulanti družinske medicine

DMS je pridružena članica tima, zaposlena za polovični delovni čas. Svoje delo opravlja samostojno; če je potrebno, pa usmeri bolnika k izbranemu osebnemu zdravniku (v nadaljevanju IOZ) (Mauček Zakotnik, et al., 2017). Novo odkriti kronični bolniki ali bolniki, katerim se zdravstveno stanje poslabša, ter seveda vsi bolniki z akutno boleznijo ostajajo v domeni IOZ (Poplas Susič, Švab Kersnik, 2013). DMS ravna v skladu s smernicami in protokoli, ki so bili potrjeni na projektnem svetu in so javno dostopni na spletni strani RADM (Projektna pisarna, 2019). Smernice in protokoli so nastali z namenom ustrezne delitve dela med zdravnikom in DMS in so plod dela strokovnjakov družinske medicine in strokovnjakov kliničnih strok s sekundarne in terciarne ravni (Govc Eržen, 2017). Smernice in protokoli so živ dokument. Njihova vsebina in obseg se spreminjata glede na razvoj medicinske stroke in stroke zdravstvene nege, glede na naravo dela, potrebe in probleme, zaznane v samem procesu dela.

Pri izvajanju preventivne obravnave in pri vodenju urejenih kroničnih bolnikov DMS potrebuje specifična znanja, ki so pogoj za samostojno opravljanje dela v ADM. Z dodatnim izobraževanjem, ki poteka v obliki modularnega pridobivanja potrebnih znanj, je DMS postala suverena nosilka preventivne dejavnosti in ustrezno spremlja parametre pri urejenih kroničnih bolnikih, obenem pa ima vlogo svetovalke, edukatorice in povezovalke v timu (Poplas Susič, Švab & Kersnik, 2013). Na izobraževalnih modulih DMS dobijo vpogled v vsebino in organizacijo dela. Program izobraževanja je vpisan v Nacionalni register specialnih znanj. Na podlagi opravljenih vseh predpisanih modulov DMS pridobi specialna znanja s področja dela v ADM. Specialno znanje je klinični privilegij, kar pomeni, da je DMS usposobljena za delo na ožjem strokovnem področju v zdravstveni in babiški negi, pri čemer specialnih znanj za to področje ni pridobila v okviru izobraževanj za pridobitev poklicne kvalifikacije (Pravilnik o nacionalnem registru, 2018). DMS ima znanja, odgovornosti in določene kompetence, s katerimi vodi posameznika do zdravega načina življenja, do zmanjševanja dejavnikov tveganja za nastanek SŽO in do urejenega zdravstvenega stanja pri kronični bolezni (Terbovec & Gomišček, 2017). V času opravljanja modulov in uvajanja v delo ADM mora imeti novo zaposlena DMS mentorja s predhodnimi izkušnjami, ki ima že opravljene module in dela v ADM.

DMS v ADM omogoča celostno, kakovostno, varno ter kontinuirano obravnavo pacienta. Poleg eksistenčnih pogojev za delo je izrednega pomena dejavna vključitev celotnega tima, sodelovanje z zdravstvenovzgojnimi centri (v nadaljevanju ZVC) in patronažno službo, povezovanje in sodelovanje z ostalimi zdravstvenimi strokovnjaki na sekundarni in terciarni ravni ter povezovanje z društvi, ki so prisotna v lokalni skupnosti. DMS izvaja dela in naloge po načelih medicinske znanosti in znanosti zdravstvene nege, kar zajema (Govc Eržen, Čuš & Vračko, 2017):

- preventivo in zgodnje odkrivanje nekaterih pogostejših kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB),
- vodenje kroničnih bolnikov,
- obravnavo novonastalih stanj in bolezni,
- vodenje registrov kroničnih in ogroženih bolnikov,
- doseganje kazalnikov kakovosti,
- opravljanje določenih posegov na primarni ravni.

Preventivna obravnava in obravnava kroničnega bolnika v ambulanti družinske medicine

Preventivna obravnava posameznika in obravnava kroničnega bolnika potekata po enotnih smernicah in protokolih. Na preventivni pregled se vabi posameznika na pet let od dopolnjenega 30. leta starosti oz. tudi pred 30. letom starosti, če je zaznana družinska obremenjenost s SŽO, z družinsko hiperholesterolemijo, dislipidemijo in sladkorno boleznijo (SB) (Maučec Zakotnik, et al., 2017). Ob ugotovljenih dejavnikih tveganja, ogroženosti za razvoj KNB ali že prisotne KNB obravnavanega posameznika povabimo že čez eno leto oz. v skladu smernicami in protokoli ali v skladu s presojo IOZ.

Preventivni pregled je sestavljen iz štirih faz. Vse faze so podrobno predstavljene v priročniku za zdravnike družinske medicine, ki je javno dostopen na spletni strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje NIJZ (v nadaljevanju Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017). V ADM spremljamo in vodimo kronične bolnike z urejeno arterijsko hipertenzijo (v nadaljevanju AH), koronarno boleznijo (v nadaljevanju KB), sladkorno boleznijo (v nadaljevanju SB), astmo, kronično obstruktivno pljučno boleznijo (v nadaljevanju KOPB), osteoporozo, depresijo in benigno hipertrofijo prostate (v nadaljevanju BHP). Protokoli za vodenje kroničnih bolnikov so ravno tako objavljeni in javno dostopni na spletni strani referenčne ambulante (Projektna pisarna, 2019).

Po končani obravnavi v ADM ima pacient možnost in priložnost nadgradnje v obravnavi z napotitvijo v ZVC, kjer se glede na zaznane dejavnike tveganja vključi v zdravstveno vzgojno in/ali psihoedukativno delavnico.

Vodenje registrov v ambulanti družinske medicine

Za vsako izbrano skupino kroničnih bolezni, ki jo vodijo in spremljajo DMS v ADM, so vzpostavljeni in vodeni registri kroničnih bolezni. Spremembe v registru se sprti posodobljajo (novo odkriti, izpisani, umrli bolniki). DMS mora enkrat letno opraviti pregled in posodobitev registrov, vodenih v ADM. Na podlagi vzpostavljenih registrov je moč ugotoviti, da je daleč največje število bolnikov z AH, sledijo bolniki z osteoporozo in SB, nato bolniki z BHP, depresijo in astmo (Poplas Susič, 2018). Bolniki z astmo in koronarno boleznijo so zastopani v enakem deležu, najmanj pa je bolnikov s KOPB.

Kakovost dela in kazalniki kakovosti

Kazalniki kakovosti so oblikovani tako, da omogočajo spremljanje učinkov dela zdravnika družinske medicine in DMS na področju preventivne dejavnosti, spremljanje in oskrbo kroničnih bolnikov ter spremljanje učinkovitosti organizacije dela (Govc Eržen, 2017). Z vprašalnikom se enkrat letno spremlja kakovost dela, tako glede zadovoljstva posameznikov, ki so obravnavani v ADM, kot zadovoljstva zaposlenih. Vsi podatki in rezultati analize in kakovosti dela ADM so zbrani in objavljeni na spletni strani MZ (Ministrstvo za zdravje, 2019).

Z uvedbo projekta, takrat še RADM, leta 2011 sta bila prisotna dva kazalnika kakovosti (Rant, 2018). Število kazalnikov kakovosti se je postopoma večalo, največji preskok je bil iz leta 2014, ko je bilo devet kazalnikov kakovosti, na leto 2015, ko je bilo ob uvedbi avtomatiziranega spremljanja kazalnikov kakovosti teh 36. Na začetku leta 2018 so bili kazalniki kakovosti ponovno dopolnjeni in prenovljeni. Trenutno se delo ADM spremlja s 56 kazalniki kakovosti.

Pot do zdravja ali iskanje bolezni

“K vam sem prišel zdrav, zdaj pa očitno nisem več,” je pogost stavek, s katerim se DMS srečuje v ADM, saj pri zdravi populaciji pogosto zazna dejavnike tveganja in/ali neodkrito bolezen. V letu 2017 je bil delež oseb, pri katerih ni bil zaznan noben dejavnik tveganja, manjši od 10 % (Poplas Susič, 2018). V nadaljevanju je predstavljenih le nekaj uspešnih zgodb bolnikov, ki so vstopili v sistem ADM.

Primer 1:

Gospod, star 55 let, prvič se vabilu s strani ADM ni odzval. Po obveznem opravljenem preventivnem zdravstvenem pregledu na Centru za medicino dela prometa in športa je bil v ADM ponovno poslan s strani izbranega osebnega zdravnika (IOZ). Čeprav je imel arterijsko hipertenzijo (v nadaljevanju AH), terapije ni upošteval. Imel je povišan krvni sladkor (v nadaljevanju KS), postavitev diagnoze in predpis terapije s strani IOZ, povišan indeks telesne mase (v nadaljevanju ITM), bil pa je tudi kadilec. Pri bolniku je bila potrebna sprememba življenjskega sloga ob redni predpisani terapiji. Bolnik ima sedaj urejen KS in krvni tlak (v nadaljevanju KT), redno upošteva terapijo, spremenil je stare nezdrave navade, zmanjšal telesno težo in prenehal kaditi. Za SB in AH se vodi v ADM v skladu s smernicami in protokoli.

Primer 2:

Gospa, stara 59 let, vabljen na preventivni pregled, kjer so bili odkriti AH, hiperlipidemija in povišan ITM. Gospa je družinsko obremenjena s SB in AH. Po posvetu z IOZ so bili predpisani antihipertenzivi in statini, od nefarmakoloških ukrepov pa je bila pomembna sprememba življenjskega sloga s ciljem zmanjšanja in ohranjanja telesne teže. Cilj je dosežen, gospa ima dobro urejeno kronično bolezen, z opustitvijo nezdravih življenjskih navad pa je izgubila 8 kg. V skladu s smernicami in protokoli se vodi v ADM.

Primer 3:

Gospod, star 69 let, z AH, se je odzval po drugem vabljenju ADM. Predpisano terapijo je redno upošteval, v času obravnave pa je navajal težko sapo. Narejena je bila spirometrija (kadilec 50 let, povprečno 30 cigaret na dan). V ADM je bil seznanjen s potrebnimi informacijami glede kajenja in posledic, ki jih kajenje prinaša. Zaradi slabega izvida spirometrije je bil naročen k IOZ, ki ga je napotil k pulmologu, kjer mu je bila postavljena diagnoza kronična obstruktivna pljučna bolezen (v nadaljevanju KOPB). Gospod je prenehal kaditi in je sedaj pri pulmologu voden zaradi KOPB, v ADM pa se vrača in je voden v skladu s protokoli zaradi AH.

Primer 4:

Gospod, star 44 let, z diagnozo AH in hiperlipidemija, s povišanim ITM, vendar brez družinske obremenjenosti glede srčno-žilnih bolezni (v nadaljevanju SŽO). V ADM je bil poslan s strani IOZ z namenom znižanja telesne teže. Gospod je v ADM dobil potrebne informacije glede sprememb nezdravih življenjskih navad. Visoko motiviran je bil napoten v ZVC na delavnico “Šola hujšanja”, ki jo je gospod redno obiskoval in sledili so rezultati. Gospod je v enem letu izgubil 30 kg, ima urejen krvni tlak in je sedaj povsem brez terapije. Cilj pri gospodu je dosežen.

Opisani primeri skušajo prikazati glavni namen in cilj ustanovitve ADM. Zavedati se je treba, da so s spremembo življenjskega sloga in s tem izboljšanja zdravstvenega stanja privarčevana tudi

denarna sredstva, ki bi bila vložena v zdravljenje po napredovanju bolezni.

Diskusija

Letos poteka že osmo leto od ustanovitve ADM in lahko zaključimo, da je sistem vzpostavitve ADM nadgradnja in velik prispevek v sistemu primarnega zdravstva v Sloveniji, predvsem v obdobju drastičnega primanjkljaja zdravnikov, ki imajo malo časa za bolnika. Medtem je DMS z dodatnimi specialnimi znanji na voljo bolniku in zdravi populaciji. Z ustreznim in stalnim strokovnim izpopolnjevanjem, spremljanjem kazalnikov kakovosti, rednimi strokovnimi nadzori nad delom tima ADM (namen nadzora je v izboljšanju dela), ustrezno podprto informacijsko tehnologijo in odličnim sodelovanjem tima lahko potrdimo, da je kakovostna obravnava bolnika ali zdravega človeka zagotovljena. Nadgradnja informacijskega sistema je omogočila, da so predvsem DMS vnašale podatke, na podlagi katerih so sedaj v Sloveniji vzpostavljeni registri posameznih obolenj. Velik delež najdenih kroničnih bolnikov in ljudi z dejavniki tveganja spodbuja k nadaljnji nadgradnji ADM in ne nazadnje tudi k razvoju raziskovalnega dela. Z vzpostavitvijo ADM se DMS odpirajo nove možnosti in priložnosti v razvoju ZN na področju primarnega zdravstva. Ena od pomembnih priložnosti je tudi graditev stroke kot profesije. Skela Savič (Skela Savič, 2019a) pravi, da stroke postane profesija, kadar s sistematičnim pristopom ustvarja nova znanja in jih prenaša v neposredno delo. Zavedati se je treba, da znanje, pridobljeno z raziskovalnim delom, najbolj loči profesije v zdravstvu med seboj. Ob tem poudarja, da tudi nekatere medicinske sestre raziskovanje še vedno zaznavajo kot odmik od pacienta. Medicinske sestre, ki imajo strokovni magisterij ali vsaj specializacijo, lahko izvajajo visoko kakovostno in zdravnikom primerljivo zdravstveno obravnavo za določene skupine bolnikov na primarni ravni. Dejstvo je, da se pogosto, tudi v ADM, pojavlja nezaupanje v DMS v smislu, da niso upoštevane kot enakovreden partner v timu, temveč le kot pomoč zdravniku. Zelo pomemben dogodek in korak naprej pa se je zgodil maja letos s sprejetjem dokumenta Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege. Kot poudarja Skela Savič (Skela Savič, 2019b) je sprejetje tega dokumenta pomemben mejnik v razvoju ZN v Sloveniji, saj smo na dobri poti, da se ZN prizna status stroke in znanosti.

Pogosto se nezaupanje zdravnika v delo DMS izkazuje v nesodelovanju. Če zdravniki svojih pacientov ne pošiljajo v ADM, je to delo prepuščeno DMS, ki se ji s tem poveča obseg administrativnega dela, medtem ko so učinki slabši. Odziv pacientov na vabilo DMS je namreč bistveno slabši kot v primeru, če pacienta napoti IOZ. Nezaupanje v DMS se v ADM kaže tudi v še vedno precej omejenem obsegu pristojnosti, saj DMS ne sme sama napotiti bolnika k preiskavam, ki so nujne glede na njegovo bolezen. Takšen primer je napotitev na slikanje očesnega ozadja za SB.

Od leta 2019 se zaradi novega načina financiranja s strani ZZZS in določitve količnikov (1200 storitev/leto) DMS v ADM srečujejo s problemom, kako dosegati in doseči določeno število storitev, ob tem pa zagotavljati kakovostno obravnavo bolnikov. Vrednotenje ADM le glede na število opravljenih storitev je pristransko, saj so storitve različno zahtevne. Preventivni pregled bolnika z dejavniki tveganja zahteva od DMS enak čas obravnave kot na primer pregled kroničnega bolnika, le da je pri slednjem lahko bistveno več storitev. Posledično se lahko v skrbi za doseganje zahtevanega števila storitev zmanjša število preventivnih pregledov, tako da se ADM osredotoči bolj na starejše kronične bolnike, s tem pa ogrozi osnovni cilj ADM, tj. presejanje zdrave populacije. Problem je še

posebej pereč, če ni zadostnega sodelovanja v timu. Že Poplas Susič (2018) navaja, da število preventivnih pregledov iz leta v leto upada, kar je sicer lahko tudi posledica naraščanja kroničnih bolnikov in tistih z dejavniki tveganja. Na način vrednotenja in še mnoga druga vprašanja in dvome, ki se pojavljajo, medicinske sestre spet nimajo vpliva. Eder (2019) navaja, da ZZZS ni upošteval številnih argumentov Zbornice – Zveze (ZZ) glede koncepta dela ADM, kjer je poudarek na kakovosti. ZZZS je brez sklepa uveljavil prej omenjeni normativ, ki v prihodnje ne prinaša dobrih obetov.

V ZDL si dejavno prizadevamo za stalno izboljševanje dela ADM. Leta 2017 je bila pod okriljem Komisije zdravstvene nege ustanovljena delovna skupina medicinskih sester v ADM, katere namen je poenotenje dela znotraj zavoda, tako na organizacijskem kot strokovnem področju dela ADM.

V tabeli 1 so predstavljene prednosti in slabosti (notranje okolje) ter priložnosti in nevarnosti (zunanje okolje) za ADM po metodi SWOT (ang. SWOT: strengths, weaknesses, oportunitis and threats).

Tabela 1: SWOT analiza v ambulanti družinske medicine ADM

	PREDNOSTI (Strengths)	SLABOSTI (Weaknesses)
N	<ul style="list-style-type: none"> • pridobivanje dodatnih znanj in izkušenj • samostojnost in odgovornost • pozitivni kazalniki kakovosti 	<ul style="list-style-type: none"> • slabo sodelovanje v timu se izkazuje v premajhnem številu storitev • pogosto slabi fizični pogoji dela (primernost delovnih prostorov, odmaknjenost od splošnih ambulant) • nezaupanje v DMS kot enakovrednega partnerja v ADM
	PRILOŽNOSTI (Opportunities)	NEVARNOSTI (Threats)
Z	<ul style="list-style-type: none"> • nadgradnja in razvoj dela ADM (razširjena vsebina obravnav, razširitev kompetenc DMS) • vzpostavitev enotne klinične poti ne le s strani DMS, temveč ostalih članov tima • razvoj raziskovalnega dela 	<ul style="list-style-type: none"> • kvantiteta nad kakovostjo opravljenih storitev • manj preventivnih presejanj zaradi načina vrednotenja storitev

Zaključek

Od uvedbe pa do danes se DMS v ADM srečujejo s številnimi izzivi, priložnostmi in problemi, tako v neposrednem delu z bolniki kot tudi z organizacijo in načinom dela ADM. Z uvedbo določenih normativov s strani ZZSZ se pojavlja dvom v zagotavljanje kakovostne, kontinuirane, celostne in dolgoročno stroškovno učinkovite obravnave bolnikov. Glede na to, da se populacija stara in da je v Sloveniji 19,8 % (Statistični Urad RS, 2019) starejših od 65 let, je v prihodnje pričakovati vse več bolezni, povezanih s starostjo. Zavedati se je treba, da sta dve skupini bolezni, bolezni srca in ožilja ter rak, v razvitem delu sveta najpogostejši skupini obolenj in z njima povezane invalidnosti in smrti. Zato je zelo pomembno ozaveščanje in izobraževanje ljudi o preprečevanju in prepoznavanju bolezni in posledično zmanjševanje zdravstvenih posledic, ki so povezane z nezaznano in/ali neurejeno boleznijo. Še toliko bolj pomembna je torej kakovostna in kontinuirana zdravstvena nega, s poudarkom na preprečevanju in zgodnjem odkrivanju bolezenskih stanj.

Literatura

Bulc, M. & Vračko, P., 2017. Preventivni pregled z oceno tveganja. In: Govc Eržen, J. & Petek Šter, M., eds. Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 53–57.

Eder, J., 2019. (Referenčne) ambulante družinske medicine – normativi uničujejo kakovost. In: Ažman, M., eds. Utrip: glasilo Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 27 (3), pp. 29. Dostopno na: <https://www.zbornica-zveza.si/sl/splosno/utrip-april-2019> [30. 9. 2019].

Govc Eržen, J., 2017. Organizacija dela v referenčni ambulanti družinske medicine, kazalniki kakovosti, poročanje in informacijska podpora. In: Govc Eržen, J., Petek Šter, M., eds. Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 47–51.

Govc Eržen, J., Čuš, B. & Vračko, P., 2017. Referenčne ambulante družinske medicine – opis projekta. In: Govc Eržen, J. & Petek Šter, M., eds. Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 26–30.

Maučec Zakotnik, J., Čuš, B., Vrbovšek, S., Govc Eržen, S. J. & Medved, N., 2017. Program integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni pri odraslih – opis preventivne poti obravnavane osebe. In: Govc Eržen, J. & Petek Šter, M., eds. Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 10–16.

Ministrstvo za zdravje, 2019. Referenčna ambulanta: analiza delovanja. 2019. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/referencne_ambulante/analiza_delovanja/ [9. 7. 2019].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. Priročnik za zdravnike družinske medicine. Govc Eržen J. & Petek Šter, M., eds. Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/publikacije/prirocnik-za-zdravnike-druzinske-medicine> [9. 7. 2019].

Poplas Susič, T., 2018. Referenčna ambulanta družinske medicine do konca leta 2017. Kopčavar-Guček, N. & Petek, D., eds. Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini: 44. strokovno srečanje timov: Zbornik predavanj, 16 (2), pp. 90–94.

Poplas Susič, T. & Marušič, D., 2011. Referenčna ambulanta: model practices. Bilt - Ekon Organ Inform Zdrav, 27 (1), pp. 9–17.

Poplas Susič, T., Švab, I. & Kersnik, J., 2013. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji: The project of model practices in family medicine in Slovenia. Zdravstveni vestnik, 82, pp. 635–647.

Projektna pisarna, 2019. Referenčna ambulanta 2019. Dostopno na: http://www.referencna-ambulanta.si/wp-content/uploads/Seznam_vseh_RA_MZ_apr_2019.pdf [9. 7. 2019].

Rant, Ž., 2018. Informacijska rešitev Referenčne ambulante v okviru eZdravja. In: Strokovno srečanje SDMI 2018. Zreče. Dostopno na: https://sdmi.si/files/strokovna_srecanja/MI2018/3-RA-MI2018.pdf [9. 7. 2019].

Skela Savič, B., 2019a. Medicinske sestre in babice, zagovornice zdravja za vse: Zbornik prispevkov z recenzijo. In: Štemberger Kolnik, T. & Majcen, S., eds. Zdravstvena nega kot stroka v sistemu zdravstvenega varstva – kritična analiza diskurza. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 15–20.

Skela Savič, B., 2019b. Smo na dobri poti, da se zdravstveni negi prizna status stroke in znanosti. In: Ažman, M. & Prestor, J., eds. Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 13.

Statistični Urad RS, 2019. Število in sestava prebivalstva. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/17/104> [9. 7. 2019].

Terbovec, A. & Gomišček, B., 2017. Obvladovanje dejavnikov tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni v referenčni ambulanti družinske medicine. In: Skela Savič, B., eds. Obzornik zdravstvene nege, pp. 34–41.

PROCENA KVALITETA ŽIVOTA ŽENA OBOLELIH OD RAKA DOJKE

The quality of life assessment in women with breast cancer

Živana Vuković-Kostić mr.
Željko Vuković, dipl. med. zdr. nege
Stanar Ranka Stanar, viša med. sestra
Udruženje medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srpske,
Banja Luka Republika Srpska
zivana1964@gmail.com

Rezime

Uvod

Rak dojke je najčešći tip raka među ženama, koji svake godine pogađa 2,1 miliona žena. Procena kvaliteta života kod lečenih žena predstavlja važan predmet istraživanja i sastavni je deo evaluacije rehabilitacionih i terapijskih postupaka.

Cilj rada jeste uraditi procenu kvaliteta života žena lečenih od raka dojke i relativno zdravih žena bez navedenog oboljenja.

Metod

Istraživanjem je obuhvaćeno 100 članica Udruženja žena obolelih od raka dojke „ISKRA“ Banja Luka i 100 zdravih članica „Udruženja medicinskih sestara i tehničara regije Banja Luka“, starosti od 20 do 75 godine. U istraživanju su korišćena dva upitnika EORTC QLQ sa ukupno 53 pitanja i to upitnici: EORTC QLQ-C 30 (version 3.0.) sa 30 i EORTC QLQ – BR 23 sa 23 pitanja. Za statističku analizu korišćeni su softverski statistički programi SPSS i Microsoft Excel, kao i testovi značajnosti prikladni za ovo istraživanje, uz grafički i tabelarni prikaz statističkih parametara.

Rezultati

Statistički su značajno niže srednje vrednost skora za emocionalnu skalu kod žena lečenih od raka dojke ($35,71 \pm 25,16$) u odnosu na kontrolnu grupu žena ($70,24 \pm 24,7$) starosti od 35 do 55 godina. Više od 2/3 lečenih žena u ovom dobu bile su razdražljive i potištene. U starosnom dobu od 35 do 55 godine, bile su statistički značajno niže srednje vrednost skora za socijalnu funkciju kod žena lečenih od raka dojke ($36,01 \pm 29,3$) u odnosu na kontrolnu grupu žena ($78,6 \pm 25,3$). Finansijske teškoće imaju preko 3/4 (prilično 40 % i mnogo 38 %) lečenih žena, daleko više uz statistički značajnu razliku u odnosu na kontrolnu grupu žena.

Diskusija

Kod obolelih žena u svim starosnim grupama skor je najniži za emocionalnu skalu i za socijalno funkcionisanje. Skoro 2/3 obolelih žena starosti od 35 do 55 godina reklo je da lečenje prilično i

mного utiče na njihov život i na društvene aktivnosti i statistički se značajno razlikuje u odnosu na odgovore kontrolne grupe žena iste starosti. Više od 2/3 obolelih žena starosti od 35 do 55 godina reklo je da su bile napete i zabrinute uz statistički značajnu razliku više od 1/5 kontrolne grupe žena istog doba.

Zaključak

Skorovi za socijalno i emocionalno funkcionisanje niži su kod žena lečenih od raka dojke u odnosu na kontrolnu grupu. Procena kvaliteta života žena lečenih od raka dojke bitna je zbog prevencije pojedinih neželjenih efekata u navedenim skalama funkcionisanja.

Ključne reči: žene, rak dojke, kvalitet života

Summary

Introduction

Breast cancer is the most common cancer among women, affecting 2.1 million women every year. Assessment of quality of life in treated women is an important subject of research and it is an integral part of rehabilitation evaluations and therapeutic procedures. The aim of this paper is to evaluate the quality of life of women treated with breast cancer and relatively healthy women without mentioned disease.

Method

The study included 100 members of the Association of Women with Breast Cancer "ISKRA" Banja Luka and 100 healthy members of the "Association of Nurses and Technicians of the Banja Luka Region", ages 20-75. Two EORTC QLQ questionnaires with a total of 53 questions were used in the study: EORTC QLQ-C30 (version 3.0.) with 30 questions and EORTC QLQ - BR23 with 23 questions. For statistical analysis, the SPSS and Microsoft Excel software statistical programs were used, and significance tests appropriate for this study, with a graphical and tabular presentation of statistical parameters.

Results

There are statistically significant lower average values for the emotional scale in treated women with breast cancer (35.71 ± 25.16) compared to the control group (70.24 ± 24.7) of women aged 35 to 55 years of age. More than 2/3 of the treated women at this age were irritable and depressed. Between 35 and 55 years of age, there are statistically significant lower average value for social function in treated women with breast cancer (36.01 ± 29.3) compared to the control group (78.6 ± 25.3). Financial difficulties are experienced by over 3/4 (quite a lot 40% and 38% many difficulties) of treated women, far more with a statistically significant difference compared to the control group of women.

Discussion

The lowest score in diseased women in all age groups is for emotional scale and social functioning. Almost 2/3 of the diseased women aged 35-55 years of age, said that treatment had a quite and significant impact on their lives and social activities and it was statistically significant difference

in comparison of the responses of the control group of women of the same age. More than 2/3 of the diseased women, aged 35-55, said that they were nervous and anxious with a statistically significant difference from more than 1/5 of the control group of women of the same age.

Conclusion

The scores for social and emotional functioning of women treated with breast cancer are lower in comparison to the control group. The assessments of quality of life of breast cancer treated women is essential to preventing certain side effects in these functioning scales.

Keywords: women, breast cancer, quality of life

Uvod

Rak dojke je najčešći tip raka među ženama, koji svake godine pogađa 2,1 milion žena, a i uzrok je najvećeg broja smrtnih slučajeva povezanih s rakom. Procenjuje se da je tokom 2018. godine od raka dojke umrlo 627.000 žena – što je približno 15 % svih smrtnih slučajeva od raka kod žena. Iako su stope raka dojke više kod žena u razvijenijim regijama, stope su u porastu u gotovo svim regijama na globalnom nivou. Za poboljšanje ishoda i preživljavanja u slučajevima raka dojke bitno je rano otkrivanje (Svetska zdravstvena organizacija, 2018).

U Republici Srpskoj, maligne bolesti predstavljaju glavni uzrok hospitalizacije, a na drugom mestu su kao uzrok umiranja. Incidenca malignih neoplazmi sve je veća i sa tendencijom je daljeg rasta (Gavrić, 2006).

Smatra se da na ovakvo kretanje incidence utiče produžetak očekivanog trajanja života, sve prisutniji kancerogeni u životnoj i radnoj sredini, bolja dijagnostika i kvalitetnija evidencija ovih oboljenja. U trendovima incidence i smrtnosti od raka dojke (BC) u zemljama jugoistočne Evrope (SEE) postoje značajne varijacije. Godišnje stope incidence značajno su porasle u zemljama (SEE) i starosnim grupama, za 2–4 % (15–39 godina), 2–5 % (40–49), 1–4 % (50–69) i 1–6 % (na 70+). Stope smrtnosti značajno su se smanjile u svim starosnim grupama u većini zemalja, ali su porasle do 5% godišnje kod osoba starijih od 55 godina u Ukrajini, Srbiji, Moldaviji i Kipru. Kvalitet registracije raka dojke ocenjen je međunarodno dogovorenim pokazateljima koji su izgledali nedovoljni za Moldaviju, Bosnu i Hercegovinu i Rumuniju. Iako se stopa smrtnosti uglavnom smanjuje, verovatno zbog poboljšanog tretmana obolelih od raka i uvođenja efikasnih režima sistemskog lečenja, zabrinjavajući trendovi povećanja smrtnosti u starosnim grupama od 55 godina u nekim zemljama ističu potrebu da se ovim problemom pozabave zdravstveni radnici i stvarajući politika. Za procenu i praćenje efekta aktivnosti suzbijanja raka u regiji potrebna su značajna ulaganja (Dimitrova, et al., 2017).

Na osnovu mnogobrojnih studija koje su proučavale odnos između socijalnog statusa i oboljevanja od raka dojke, pokazalo se da je bolest češća u grupama sa višim socijalnim i ekonomskim statusom, a niža u siromašnim grupacijama (Babić, et al., 2012).

Rakdojke kao oboljenje utiče i na finansijsko i zdravstveno predstavlja ekonomski teret zato što uzrokuje troškove bolesti koji se sastoje od direktnih troškova, idu i troškovi lečenja i cene smrtnosti. U poslednjih

nekoliko godina kvalitet života predstavlja veoma aktuelan vid posmatranja ishoda oboljenja i uspešnosti terapijske procedure. U današnje vreme ciljevi zdravstvene zaštite ne odnose se samo na produžetak života već i na porast kvaliteta života. Kvalitet života obuhvata zadovoljstvo životom i ukupno blagostanje. Na kvalitet života utiče lično iskustvo osobe, verovanja, očekivanja i opažanja. Zbir svih ovih shvatanja određuje stav prema zdravlju i verovanje u sposobnost da se bolest savlada, koji su jedinstveni za svakog pojedinca. Čak i kada se nekoliko osoba nalazi u istom stanju sa istom dijagnozom, svako od njih će reagovati sa sasvim ličnog stanovišta (Fallowfield, 2002; Brown & Kroenke, 2009).

Procena kvaliteta života postao je važan predmet istraživanja u različitim disciplinama i danas predstavlja sastavni deo evaluacije rehabilitacijskih i terapijskih postupaka. Pitanje faktora ličnog kvaliteta života vrlo je aktuelno kako na području zdravstvene zaštite hroničnih bolesnika tako i opšte populacije. Tehnološki napredak i nove dijagnostičke metode i terapije rezultirali su dugotrajnijim preživljavanjem bolesnika obolelih od raka dojke, a posledica toga je postojanje sve većeg interesa u proceni kvaliteta života tih bolesnika (Fallowfield, 2002; Brown & Kroenke, 2009).

Procena kvaliteta života smatra se subjektivnom percepcijom pacijenta kao važan korak ka sveobuhvatnijem i humanijem pristupu u lečenju raka (Burgoss, et al., 2005).

Anksioznost i depresija, koje su među najrasprostranjenijim psihološkim poremećajima kod bolesnika obolelih od raka, predstavljaju važne varijable u istraživanjima pomoću kojih se procenjuje kvalitet života, naročito kod bolesnika obolelih od raka dojke. Činjenica da se pacijent bori sa bolešću koja je potencijalno neizlečiva kao i da lečenje povlači mnoštvo sporednih efekata čini lako shvatljivim da neminovno dolazi do pojave psihičkih i emotivnih problema. Lečenjem raka dojke relativno lako se postiže i desetogodišnje preživljavanje. Samim tim psihološke, seksualne i fizičke disfunkcije izazvane dijagnostikom i lečenjem maligniteta značajno utiču na kvalitet života žene. Postoji relativno široka lepeza tretmana sa sličnim terapijskim odgovorom i preživljavanjem, ali sa ogromnim razlikama u uticaju na fizičku i emotivnu dobrobit žene (Victorson, 2007).

Kod praćenja različitih domena kvaliteta života, uključujući emocionalni, fizički, seksualni i društveni domen uočavamo određene promene kod obolelih od raka dojke.

Fizički domen se odnosi na subjektivnu procenu zdravstvenog stanja i telesnog funkcionisanja (npr. bol, umor, inkontinencija, limfedem), dok emocionalna komponenta obuhvata psihološko funkcionisanje, uključujući i pozitivne i negativne pokazatelje raspoloženja (npr. anksioznost, simptomi depresije, teskoba) i ograničenja zbog emocionalnih problema. Seksualni kvalitet života uopšteno odnosi se na percipiranje polnog funkcionisanja, promene u seksualnim željama i u vezi sa slikom tela. Socijalni domen često uključuje uticaj bolesti na pojedinca, društvenu ulogu i percipiranje korisnosti socijalne podrške. Ovi domeni su međusobno povezani (Stanton, et al., 2007; Coleman, 2008).

Upitnik za ocenu kvaliteta života obolelih od karcinoma dojke (QLQ-BR23) Evropske organizacije za istraživanje i lečenje raka (EORTC) i osmišljen je kako bi se procenio uticaj sveobuhvatnog lečenja karcinoma dojke (operacije, hemoterapija, radioterapija ili hormonska terapija) na žensko blagostanje (EORTC-2001).

Cilj istraživanja jeste proceniti kvalitet života žena lečenih od raka dojke primenom osnovnog EORTC upitnika QLQ-C30 i specifičnog modula za rak dojke QLQ-BR23. Postavili smo cilj istraživanja: dokazati da li postoji razlika u kvalitetu života između žena koje su lečene od raka dojke i relativno zdravih žena bez navedenog oboljenja?

Metode

Za procenu kvaliteta života koristili smo kvantitativni metodološki pristup uz upotrebu upitnika Evropske organizacije za istraživanje i lečenje raka (EORTC).

Opis instrumentarija

Za procenu kvaliteta života koristili smo upitnike o kvalitetu života obolelih od raka (Quality of Life C30 version 3.0 – QLQ C30 version 3) Evropske organizacije za istraživanje i lečenje raka. Upitnik se sastoji od pet skala funkcija: telesno, poslovno, kognitivno, emocionalno i socijalno funkcionisanje; tri skale simptoma: umor, bol, mučnina/povraćanje; skale opšteg zdravstvenog statusa/kvaliteta života i šest individualnih čestica simptoma najčešće povezanih s malignim oboljenjem, kao što su: teškoće u disanju, gubitak apetita, poremećaj spavanja, konstipacija, dijareja i finansijske teškoće kao posledica bolesti i lečenja.

Uz ovaj upitnik o kvalitetu života korišten je i upitnik za procenu kvaliteta života obolelih od karcinoma dojke QLQ-BR23 sa 23 pitanja. Čestice su bodovane po Likertovoj skali od 4 stepena, u rangu od 1 (nimalo) do 4 (mnogo), a veći broj bodova na česticama označava lošije funkcionisanje, odnosno veći broj simptoma. Izuzetak je skala opšteg zdravlja/kvaliteta života, koja je bodovana sa 7 bodova analogno skali gde veći broj bodova označava veće zadovoljstvo opštim zdravstvenim stanjem i kvalitetom života.

Procena kvaliteta života odnosi se na sedam dana koji su prethodili danu ispitivanja. Svi dobijeni rezultati na funkcionalnim skalama i pojedinim česticama pretvoreni su u skalu od 0 do 100 pri čemu rezultati na funkcionalnim skalama označavaju bolje funkcionisanje, a na skalama simptoma više prisutnih simptoma tj. veći broj bodova predstavlja veći („bolji“) nivo funkcioniranja, ili viši („lošiji“) nivo simptoma.

Opis uzorka

Uzorak je obuhvatao 100 žena koje su lečene od karcinoma dojke iz Udruženja „Iskra“ iz Banja Luke i 100 žena koje nemaju ovo oboljenje (kontrolna grupa zdravih žena) iz Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srpske u starosnom dobu od 20 do 75 godine. Na anketni upitnik odgovorilo je svih 200 žena, međutim zbog nepotpunih odgovora isključeno je 5 anketnih upitnika u kontrolnoj grupi. U odnosu na starosno dobu u kontrolnoj grupi je bio veći procenat 45,6 % žena u dobu do 35 godine starosti, dok je u grupi obolelih žena bio veći procenat žena u dobu preko 55 godine starosti 32 %.

Opis postupka istraživanja i obrade podataka

Kriterijumi za uključivanje u anketno ispitivanje bili su: osobe starosnog doba od 20 do 75 godina, članice udruženja i dobrovoljnost učešća.

Udruženje „Iskra“ iz Banja Luke jeste organizacija čiji je cilj pružanje psihosocijalne podrške ženama

obolelim od karcinoma dojke od strane profesionalaca i žena koje su preživele karcinom dojke, uz osmišljavanje edukativnih programa koji se bave ranom detekcijom ove bolesti. Sve učesnice u anketnom istraživanju dobile su anketni upitnik uz objašnjenje na koji način treba da ga popune, a dobile su i formular o davanju pristanka na anonimno anketiranje uz objašnjenje da u svakom trenutku bez objašnjenja mogu da prekinu da učestvuju u anketiranju.

Za opis parametara od značaja i u zavisnosti od njihove prirode, korišćene su mere deskriptivne statistike: frekvencije, procenti, srednja vrednost (prosek), statistički testovi prikladni za ovo istraživanje uz značajnosti razlika sa stepenom značaja $p < 0,05$. Za statističku analizu dobijenih podataka korišćen je statistički programi: SPSS za Windows softver (SPSS 13.0, Inc, Chicago, Illinois, SAD) i Microsoft Excel (Microsoft 11, Corporation, Redmond, WA, SAD), uz grafički i tabelarni prikaz statističkih parametara.

Rezultati

U tabeli 1 prikazane su žene lečene od karcinoma dojke (kao Grupa I) i žene bez navedenog oboljenja (zdrave žene, kao kontrolna grupa, Grupa II) grupisane po starosti.

Tabela 1: Anketirana grupa žena lečenih od karcinoma dojke i kontrolna grupa zdravih žena prema starosnim grupama

Starostne dobi	Grupa I		Grupa II		UKUPNO	
	n	%	n	%	n	%
< 30	4	4,0	28	29,5	32	16,4
30–39	5	5,0	20	21,0	25	12,8
40–49	38	38,0	23	24,2	61	31,3
50–59	32	32,0	20	21,0	52	26,7
60–69	13	13,0	4	4,2	17	8,7
> 70	8	8,0	0	0,0	8	4,1
UKUPNO	100	100	95*	100,0	195	100,0
Min. godina	28		20			
Maks. godina	75		68			
Mean (± SD)	51,8 (± 11,23)		40,2 (± 12,3)			
Wilcoxon rank sum test: $W = 7194,5$ $p = 0,0$ ($p = 5,35$ e-10)						
35–55	56	56,0	42	44,0	98	100,0
Mean (± SD)	Mean (± SD) 46,8 (± 4,4)		45,7 (± 5,6)			
Wilcoxon rank sum test: $W = 1321$ $p = 0,2968$						

Mean – srednja vrednost *Pet anketnih upitnika isključeno iz istraživanja.

U odnosu na starosno doba u kontrolnoj grupi bio je veći procenat žena starosti do 35 godine, dok je u grupi obolelih žena bio veći broj žena starosti preko 55 godina, te prema ukupnim starosnim grupama postoji statistički značajna razlika u odnosu na starost ispitanica u grupi obolelih i u kontrolnoj grupi ($W=7194,5$; $p < 0,01$). Iz tog razloga smo izdvojili ukupno 98 žena (56 iz grupe obolelih i 41 iz kontrolne grupe) u starosnu grupu od 35 do 55 godina, i u ovoj starosnoj grupi nema statistički značajne razlike u odnosu na starost ispitanica ($W=7194,5$; $p > 0,05$) (Tabela 1).

Tabela 2: Odgovori lečenih žena i kontrolne grupe žena starosti od 35 do 55 godina na pitanja u vezi sa emocionalnom funkcijom

PITANJA	*GRUPA	ODGOVORI									
		nimalo		malo		prilično		mnogo		Ukupno	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Da li ste bili napeti?	I	0	0	18	32	24	43	14	25	56	100
	II	13	31	19	45	7	17	3	7	42	100
Fisher Exact test $p = 0,0$ ($p = 8,207$ e-07)											
Da li ste bili zabrinuti?	I	2	3	14	25	26	46	14	25	56	100
	II	11	26	21	50	7	17	3	7	42	100
Fisher Exact test $p = 0,0$ ($p = 1,49$ e-05)											
Da li ste bili razdražljivi?	I	0	0	17	30	25	45	14	25	56	100
	II	18	43	15	36	7	17	1	2	42*	100
* nedostaju dva odgovora Fisher Exact test $p = 0,0$ ($p = 1,52$ e-09)											
Da li ste bili potišteni?	I	2	4	16	28	23	41	15	27	56	100
	II	18	43	19	45	3	7	1	2	42*	100
* nedostaju dva odgovora Fisher Exact test $p = 0,0$ ($p = 1,79$ e-16)											
UKUPNO	I	Srednja vrijednost scora = 35,71 (± 25,16)									
	II	Srednja vrijednost scora = 70,24 (± 24,7)									
Wilcoxon ranzsum test $W = 419,5$ $p = 0,0$ ($p = 1,705$ e-09)											

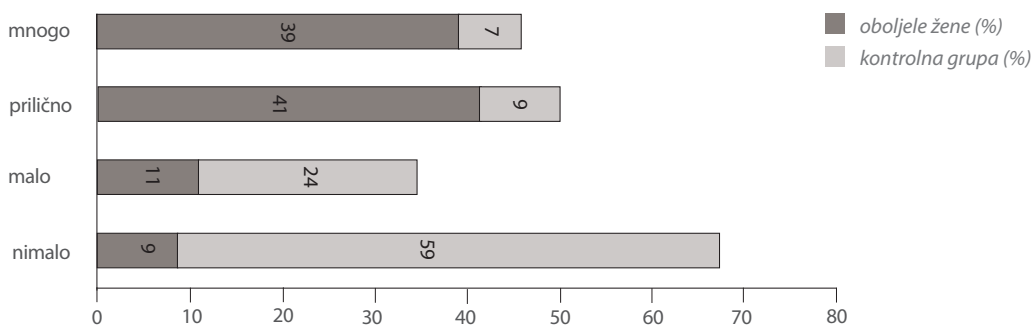
Srednje vrednosti skora emocionalne skale kod žena starosti od 35 do 55 godina bile su statistički značajno niže kod lečenih žena ($35,71 \pm 25,16$) nego kod kontrolne grupe žena ($70,24 \pm 24,7$). Više od 2/3 lečenih žena starosti od 35 do 55 godina reklo je da su bile napete (prilično 43 % i mnogo 25 %) i zabrinute (prilično 46 % i mnogo 25 %) što je statistički značajno više u odnosu na 1/5 žena u kontrolnoj grupi iste starosti koje su bile napete i zabrinute (prilično 17 % i mnogo 7 %). Takođe više od 2/3 lečenih žena starosti od 35 do 55 godina bile su razdražljive (prilično 45 % i mnogo 25 %) i potištene (prilično 41 % i mnogo 27 %) što je statistički značajno više u odnosu na kontrolnu grupu žena iste starosti, koje su bile razdražljive (prilično 17 % i mnogo 2 %) i potištene (prilično 7 % i mnogo 2 %) (Tabela 2).

Tabela 3: Odgovori lečenih žena i kontrolne grupe žena starosti od 35 do 55 godina na pitanja u vezi sa socijalnom funkcijom

PITANJA	*GRUPA*	ODGOVORI									
		nimalo		malo		prilično		mnogo		Ukupno	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Da ki je vaše zdravstveno stanje ili vaše liječenje uticalo na vaš porodični život?	I	3	5	13	23	24	43	16	28	56	100
	II	22	52	13	31	6	14	1	2	42	100
Fisher Exact test p = 0,0 (p = 7.57 e-09)											
Da ki je vaše zdravstveno stanje ili vaše liječenje uticalo na vaše društvene aktivnosti?	I	4	7	14	25	22	39	16	28	56	100
	II	24	57	11	26	6	14	1	2	42	100
* nedostaje jedan odgovor Fisher Exact test p = 0,0 (p = 1,62 e-19)											
UKUPNO	I	Srednja vrijdnost scora= 36,01 (± 29,3)									
	II	Srednja vrijdnost scora = 78,6 (± 25,3)									
Wilcoxon rangsum test W = 351,5 p = 0,0 ip = 1,174e-09)											

Statistički značajna razlika u socijalnoj skali postoji između lečenih žena starosti od 35 do 55 godina starosti u odnosu na kontrolnu grupu iste starosti. Srednje vrednosti skora socijalne skale kod lečenih žena starosti od 35 do 55 godina (36,01 ±29,3) niži je u odnosu na kontrolnu grupu žena iste starosti (78,6±25,3) uz statistički značajnu razliku (W=351,5; p<0,01).

Da zdravstveno stanje ili liječenje može prilično i mnogo da utiče na njihov život i na društvene aktivnosti reklo je skoro 2/3 lečenih žena starosti od 35 do 55 godina, što se statistički značajno razlikuje u odnosu na odgovore kontrolne grupe žena iste starosti.(Tabela 3).



Grafikon 1: Procenat odgovora lečenih žena i kontrolne grupe žena starosti od 35 do 55 godina u vezi sa finansijskim teškoćama

Lečene žene starosti od 35 do 55 godina finansijske teškoće imaju (mnogo 39 % i prilično 41 %) uz statistički značajnu razliku u odnosu na kontrolnu grupu anketiranih žena iste starosti koje su odgovorile finansijske teškoće imaju nimalo (59 %) i malo (24 %).

Diskusija

U našem istraživanju zdravstveno stanje ili liječenje prilično i mnogo uticalo je na život i na društvene aktivnosti (skoro 2/3) lečenih žena starosti od 35 do 55 godina.

U praćenju kvaliteta života žena lečenih od raka dojke u sprovedenom istraživanju, najniže na funkcionalnoj skali parametara bile su vrednosti za emocionalnu skalu. Gotovo 1/2 žena koje su se lečile od raka dojke izjavila je da su imale bolove koji su ograničavali njihove svakodnevne aktivnosti, dok je više od 1/2 od njih imalo nesanicu a više od 2/3 bilo je zabrinuto za svoje zdravlje u budućnosti. Ove promene na emocionalnoj skali ukazuje na potrebu praćenja kvaliteta emocionalnog zdravlja pacijenata s karcinomom dojke kako bi se sproveli preventivni programi za pomoć ženama koje se leče od raka dojke i kako bi im se pomoglo da se nose s tim problemom (Gavric, 2014).

U našem istraživanju srednje vrednosti skora emocionalne skale kod žena starosti od 35 do 55 godina bile su statistički značajno niže kod obolelih žena (35,71±25,16) nego kod kontrolne grupe žena (70,24±24,7).

Rak dojke utiče na sve domene kvaliteta života ali su najizraženiji u domenu emocionalnog i socijalnog funkcionisanja kao i funkcionalne uloge. A najznačajni uticaj na ove komponente imaju simptomi zamora, nesaniče i bola. Rak dojke imao je uticaj i na skale funkcionalnosti naročito na srednje vrednosti skora izgleda tela kao i na skali simptoma u kojoj su najveće srednje vrednost skora bile vezane za simptome opadanja kose. Da bi se poboljšao kvalitet života kod žena sa rakom dojke naročito u domenima zdravlja u kojem su najviše narušeni bilo bi dobro uvesti multidisciplinarni tim u radu sa obolelim ženama (Gavric, 2015).

Prosečni rezultati globalnog zdravstvenog stanja u grupi žena s karcinomom dojke (29,5) statistički su značajno niže nego u kontrolnim grupama žena (65,8) svih starosnih grupa.

Medicinsko stanje ili liječenje imali su znatno veći uticaj na porodični i društveni život žena s karcinomom dojke sa statistički značajnom razlikom u odnosu na žene iz kontrolne grupe. Srednje vrednosti rezultata emocionalne i socijalne skale bile su značajno niže kod bolesnih žena nego u kontrolnoj grupi žena. Istraživanja sprovedena u vezi s praćenjem kvaliteta života žena s karcinomom dojke pokazala su da je za postizanje boljeg emocionalnog i socijalnog funkcioniranja potrebno osigurati bolju podršku celoj porodici, okolini i zajednici žena koje žive s karcinomom dojke (Gavric & Vukovic-Kostic, 2016)

Istraživanje koje je sprovedeno u Hrvatskoj imalo je za cilj da utvrdi razlike u kvalitetu života između osoba sa malignim oboljenjem zdravih osoba. Procena kvaliteta života sprovedena je na dvema grupama ispitanika: prvu grupu činile su odrasle osobe obolele od raka dojke, raka debelog creva i raka grla (n=54), a drugu odrasle osobe bez malignog oboljenja (n=266). U poređenju sa osobama

bez oboljenja, oboleli su procenili svoje stanje slabije u telesnom, poslovnom i emocionalnom funkcionisanju, uz više simptoma umora i bola. Isto tako, oboleli su procenili lošijim svoje socijalno funkcionisanje, naveli su više simptoma mučnine i više finansijskih teškoća nastalih kao posledica oboljenja nego ispitanici bez oboljenja. Oboleli su ukupni kvalitet života i zdravstveno stanje procenili lošijim od ispitanika bez oboljenja. Žene s malignim oboljenjem i žene bez oboljenja procenile su lošijim svoje poslovno, telesno, emocionalno funkcionisanje, više simptoma na svim varijablama kvaliteta života i više finansijskih teškoća u odnosu na muškarce iz istih grupa, međutim, žene bez oboljenja procenile su svoj opšti kvalitet života boljim od muškaraca iste grupe. Žene s rakom dojke na gotovo svim varijablama svoj kvalitet života procenile su lošijim u odnosu na ispitanike s ostalim vrstama malignog oboljenja, dok su muškarci s rakom grla procenili svoj ukupni kvalitet života i zdravstveno stanje značajno boljim nego oboleli od raka dojke i raka debelog creva. Dobijeni podaci pokazuju da su oboleli procenili svoj kvalitet života zadovoljavajućim, međutim u nekim oblastima uz medicinsku potrebna im je i kontinuirana psihosocijalna podrška, naročito ženama s rakom dojke (Pinjatela, 2008).

U Sarajevu je rađeno istraživanje koje je obuhvatalo 100 članica udruženja „Renesansa“ starosti iznad 20 godina i to pacijentkinja lečenih od karcinoma dojke u Kantonu Sarajevo, a cilj je bio da se proceni kvalitet života pacijentkinja lečenih od karcinoma dojke u odnosu na korektibilne faktore rizika stila života: indeks telesne mase (BMI), fizičku aktivnost, pušačke navike i konzumiranje alkohola. Procena kvaliteta života vršena je na osnovu upitnika o kvalitetu života Evropske organizacije za istraživanje i lečenje raka QLQ-C30 (verzija 3.) kao i korelisanjem dobijenih vrednosti u odnosu na korektibilne faktore rizika stila života. Prosečna starost ispitanica bila je 58 godina, a 71% ispitanica imalo je mastektomiju sa disekcijom aksile, 79% radioterapiju, što za posledicu ima učestaliju manifestnost sekvela medicinskih intervencija: 49% ispitanica je imalo limfedem ruke, 39% imalo je ograničen obim pokreta ramena na strani operisane dojke, 27% njih je imalo obe sekvele, što je znatno uticalo na kvalitet njihovog života, a samo 39% ispitanica je bilo bez sekvela. Korelacija procene kvaliteta života ispitanica sa sekvelama medicinskih intervencija u odnosu na ispitanice bez sekvela pokazala je postojanje statistički značajnu razliku procene kvaliteta života navedene dve grupe ispitanica, pri čemu su sekvele medicinskih intervencija uticale negativno na kvalitet života ispitanica (Sarić, 2009).

Kod praćenja kvaliteta života 235 žena koje imaju metastaze izazvane rakom dojke u Velikoj Britaniji skor za ukupan kvalitet života bio je nizak. Niski rezultati su vidljivi za fizičko, socijalno, emocionalno i funkcionalno blagostanje. Teret simptoma je velik problem. Kod više od trećine žena (34%) javlja se visok nivo bola i drugi nekontrolisani simptomi. U višestruko regresijskoj analizi društvenog blagostanja rezultat je bio značajno bolji za starije žene ($p < 0,001$), s tim da su vrednosti bile niže samo kod onih sa koštanim metastazama ($p=0,002$). Funkcionalna dobrobit bila je značajno viša kod žena bez dece ($p=0,004$). Uprkos poboljšanjima u lečenju i preživljavanju žena s metastatskim rakom dojke, ova grupa pokazuje visoke simptome tereta i nezadovoljstva elementima njihove nege, što pokazuje da alternativni modeli pružanja usluga moraju da budu istraženi (Reed, Simmonds, Haviland & Corner, 2011).

Zaključak

U većini istraživanja kao i u našem istraživanju skorovi za socijalno i emocionalno funkcionisanje niži su kod lečenih žena od karcinoma dojke u odnosu na kontrolnu grupu. Značaj emocionalne podrške lečenim ženama jako je bitan kao i socijalna podrška u smanjenju socijalne nesigurnosti koja se javlja zbog finansijskih teškoća lečenih žena. Iz tog razloga bi bilo potrebno razvijati zdravstvene programe u cilju socijalne i emocionalne podrške ovoj grupi žena u cilju njihove rehabilitacije i uključivanja u normalne tokove života.

Literatura

Babić, N., Vilendečić, R., Inić, M. % Novaković, P., 2002. Tumori ženskih polnih organa i dojke-priručnik za žene. Biblioteka Medicinska knjiga.Podgorica: pp. 120--121.

Brown, L.F. & Kroenke, K., 2009. Cancer related fatigue and its associations with depression and anxiety: a systematic review. *Psychosomatics*, 50(5), pp. 440-47. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19855028> [25.6.2019].

Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. & Ramirez, A., 2005. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*, 26, pp. 330. Dostupno na: <https://www.researchgate.net/publication/8036190>. [25.6.2019].

Coleman, M.P., Quaresma, M., Berrino, F., De Angelis, R., Copocaccia, R., Bailli, P., et al., 2008. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol*, 9 (8), pp. 730-56.

Dimitrova, N., Znaor, A., Agius, D., Eser, S., Sekerija, M., Ryzhov, A., et al., 2017. Breast cancer in South-Eastern European countries since 2000: Rising incidence and decreasing mortality at young and middle ages. *European Journal of Cancer*, 83, pp. 43-55.

EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. Dostupno na: <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/eortc-quality-of-life-questionnaire-core-questionnaire>. [25.6.2019].

Fallowfield, L., 2002. Quality of life: a new perspective for cancer patients. *Nat Rev Cancer*, 2, pp. 873-79. Dostupno na: <https://www.nature.com/articles/nrc930>. [25.6.2019].

Gavrić, Z., 2006. Incidenca malignih tumora u Republici Srpskoj. Zbornik radova I međunarodni kongres ekologija, zdravlje, rad, sport. Banja Luka: Univerzitet u Banja Luki, pp 244-248.

Gavric, Z., 2014. The Impact of Breast Cancer on the Emotional Component of Health. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, 2(3), pp. 104-114.

Gavric, Z., 2015. Quality of Life of Women with Breast Cancer-Emotional and Social Aspects. *American Journal of Cancer Prevention*, 3 (1), pp. 13-18.

Gavric, Z., Vukovic-Kostic, Z., 2016. Assessment of Quality of Life of Women with Breast Cancer. *Glob J Health Sci*, 8(9) pp. 527-92.

Pinjatela, R., 2008. Neke karakteristike kvalitete života osoba sa i bez malignog oboljenja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 44 (2), pp. 79-98.

Reed, E., Simmonds, P., Haviland, J. & Corner, J., 2011. Quality of Life and Experience of Care in Women With Metastatic Breast Cancer: A Cross-Sectional Survey. *J Pain Symptom Manage*, 15. [Epub ahead of print].

Reed, E., Simmonds, P., Haviland, J. & Corner, J., 2011. Quality of Life and Experience of Care in Women With Metastatic Breast Cancer: A Cross-Sectional Survey. *J Pain Symptom Manage*, 15. [Epub ahead of print].

Sarić, S., 2009. Breast cancer patient's quality of life compared to correctible risk factors of life style. *HealthMED*, 3(3), pp. 267–272.

Stanton, A.L., Revenson, T.A. & Tennen, H., 2007. Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annu Rev Psychol*, 58, pp. 565–92. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16930096>. [25.6.2019].

Victorson, D., Cella, D., Wagner, L., Kramer, L. & Smith M.L., 2007. Measuring quality of life in cancer survivors. In: Feuerstein M, eds. *Handbook of cancer survivorship*. New York: Springer, pp. 79–110.

World Health Organization. Breast cancer and fact sheet. 2018 Dostupno na: <http://who/> [25.6.2019].

World Health Organization, 2008. Key facts and Global burden of cancer. Geneva:WHO.

OCENA KAKOVOSTI ŽIVLJENJA PRI ŽENSKAH, OBOLELIH ZA RAKOM DOJKE The quality of life assessment in women with breast cancer

Živana Vuković-Kostić, mag.

Željko Vuković, dipl. med. zdr. nege

Ranka Stanar, viš. med. ses.

Združenje medicinskih sester, tehnikov in babic Republike Srbske, Banja Luka

Republika Srbska

zivana1964@gmail.com

Izvleček

Uvod

Rak dojke je najpogostejši rak pri ženskah, ki vsako leto prizadene 2,1 milijona žensk. Ocena kakovosti življenja pri zdravljenih ženskah je pomembna raziskovalna tema ter sestavni del ocene rehabilitacijskih in terapevtskih postopkov.

Namen te študije je ovrednotiti kakovost življenja žensk, zdravljenih za rakom dojke, in relativno zdravih žensk brez navedene bolezni.

Metode

V raziskavi je sodelovalo 100 članic Združenja žensk, obolelih za rakom dojke, »ISKRA« Banjaluka ter 100 zdravih članic »Združenja medicinskih sester in tehnikov regije Banjaluka«, starih od 20 do 75 let. V študiji sta bila uporabljena dva vprašalnika EORTC QLQ s skupno 53 vprašanji, in sicer: EORTC QLQ-C30 (različica 3.0) s 30 in EORTC QLQ-BR23 s 23 vprašanji. Za statistično analizo sta bila uporabljena statistična programa SPSS in Microsoft Excel ter preizkusi pomembnosti, primerni za to študijo, z grafičnim in tabelarnim prikazom statističnih parametrov.

Rezultati

Rezultati emocionalne lestvice so pri ženskah, zdravljenih za rakom dojke, izkazovali statistično pomembno nižje srednje vrednosti ($35,71 \pm 25,16$) v primerjavi s kontrolno skupino žensk ($70,24 \pm 24,7$), v starosti od 35 do 55 let. Več kot 2/3 zdravljenih žensk v tej starosti je bilo razdražljivih in potrlih. Rezultati glede socialne funkcije so pri ženskah, zdravljenih za rakom dojke, izkazovali statistično pomembno nižje srednje vrednosti ($36,01 \pm 29,3$) v primerjavi s kontrolno skupino žensk ($78,6 \pm 25,3$), v starosti od 35 do 55 let. Finančne težave ima več kot 3/4 (strinjam se 40 % in popolnoma se strinjam 38 %) zdravljenih žensk, veliko več ob statistično pomembni razliki glede na kontrolno skupino žensk.

Razprava

Pri obolelih ženskah v vseh starostnih skupinah je izkazan najnižji rezultat pri emocionalni lestvici in pri socialnem delovanju. Skoraj 2/3 obolelih žensk v starosti od 35 do 55 let je izjavilo, da zdravljenje precej in zelo vpliva na njihovo življenje in družbene dejavnosti, statistično pa se odgovori pomembno razlikujejo glede na odgovore kontrolne skupine žensk iste starostne skupine. Več kot 2/3 obolelih žensk v starosti od 35 do 55 let je povedalo, da so bile nervozne in zaskrbljene, ob statistično pomembni razliki več kot 1/5 kontrolne skupine žensk iste starostne skupine.

Zaključek

Rezultati glede socialnega in emocionalnega delovanja so nižji pri ženskah, zdravljenih za rakom dojke, glede na kontrolno skupino. Vrednotenje kakovosti življenja žensk, zdravljenih za rakom dojke, je bistvenega pomena za preprečevanje nekaterih neželenih učinkov na teh lestvicah funkcionalnosti.

Ključne besede: ženske, rak dojke, kakovost življenja.

Abstract

Introduction

Breast cancer is the most common cancer among women, affecting 2.1 million women every year. Assessment of quality of life in treated women is an important subject of research and it is an integral part of rehabilitation evaluations and therapeutic procedures. The aim of this paper is to evaluate the quality of life of women treated with breast cancer and relatively healthy women without mentioned disease.

Method

The study included 100 members of the Association of Women with Breast Cancer "ISKRA" Banja Luka and 100 healthy members of the "Association of Nurses and Technicians of the Banja Luka Region", ages 20-75. Two EORTC QLQ questionnaires with a total of 53 questions were used in the study: EORTC QLQ-C30 (version 3.0.) with 30 questions and EORTC QLQ - BR23 with 23 questions. For statistical analysis, the SPSS and Microsoft Excel software statistical programs were used, and significance tests appropriate for this study, with a graphical and tabular presentation of statistical parameters.

Results

There are statistically significant lower average values for the emotional scale in treated women with breast cancer (35.71 ± 25.16) compared to the control group (70.24 ± 24.7) of women aged 35 to 55 years of age. More than 2/3 of the treated women at this age were irritable and depressed. Between 35 and 55 years of age, there are statistically significant lower average value for social function in treated women with breast cancer (36.01 ± 29.3) compared to the control group (78.6 ± 25.3). Financial difficulties are experienced by over 3/4 (quite a lot 40% and 38% many difficulties) of treated women, far more with a statistically significant difference compared to the control group of women.

Discussion

The lowest score in diseased women in all age groups is for emotional scale and social functioning. Almost 2/3 of the diseased women aged 35-55 years of age, said that treatment had a quite and significant impact on their lives and social activities and it was statistically significant difference in comparison of the responses of the control group of women of the same age. More than 2/3 of the diseased women, aged 35-55, said that they were nervous and anxious with a statistically significant difference from more than 1/5 of the control group of women of the same age.

Conclusion

The scores for social and emotional functioning of women treated with breast cancer are lower in comparison to the control group. The assessments of quality of life of breast cancer treated women is essential to preventing certain side effects in these functioning scales.

Keywords: women, breast cancer, quality of life

Uvod

Rak dojke je najpogostejši rak pri ženskah, ki vsako leto prizadene 2,1 milijona žensk, zaradi njega pa umre največ ljudi, obolelih za rakom. Ocenjuje se, da je v letu 2018 za rakom dojke umrlo 627.000 žensk – to je približno 15 % vseh smrtnih primerov zaradi raka pri ženskah. Čeprav je stopnja raka dojke višja pri ženskah v razvitejših območjih, pa na globalni ravni ta stopnja narašča skoraj na vseh območjih. Za izboljšanje rezultatov in preživetje je pomembno zgodnje odkrivanje raka dojke (World Health Organization, 2018).

V Republiki Srbski so rakave bolezni glavni vzrok za hospitalizacijo v bolnicah, kot vzrok umiranja pa so na drugem mestu. Pojavnost malignih novotvorb narašča ob trendu nadaljnje rasti (Gavrić, 2006).

Na ta trend pojavnosti naj bi vplivali podaljšanje pričakovane življenjske dobe, vse večja prisotnost rakotvornih snovi v bivalnem in delovnem okolju, boljša diagnostika ter bolj kakovostna evidenca teh bolezni. Trendi pojavnosti in umrljivosti zaradi raka dojke (BC) v državah Jugovzhodne Evrope (SEE) se močno razlikujejo. V državah so letne stopnje pojavnosti pomembno narastle po starostnih skupinah: za 2–4 % (15–39 let), 2–5 % (40–49), 1–4 % (50–69) in 1–6 % (nad 70 let). Stopnje umrljivosti so se v večini držav znižale v vseh starostnih skupinah, vendar so se zvišale do 5 % na leto pri osebah, starih nad 55 let, v Ukrajini, Srbiji, Moldaviji in na Cipru. Kakovost registracije BC se ocenjuje z mednarodno dogovorjenimi kazalniki, ki so bili za Moldavijo, Bosno in Hercegovino ter Romunijo nezadostni. Čeprav se stopnja umrljivosti na splošno znižuje, verjetno zaradi izboljšane oskrbe obolelih za rakom in uvedbe učinkovitih sistemov zdravljenja, se je zaradi zaskrbljujočih trendov povečanja umrljivosti v starostnih skupinah nad 55 let v nekaterih državah pokazala potreba, da se s tem problemom začnejo ukvarjati zdravstveni delavci in oblikovalci politik. Za oceno in spremljanje učinka dejavnosti za zatiranje raka v regiji so potrebna velika vlaganja (Dimitrova, et al., 2017).

Številne študije, ki preučujejo razmerje med socialnim statusom in obolelostjo za rakom dojke, so pokazale, da je bolezen pogostejša v skupinah z višjim socialnim in ekonomskim statusom, manj

pogosta pa v revnejših skupinah (Babić, et al., 2012).

Rak dojke kot bolezen vpliva tudi na finančne stroške in je ekonomsko breme, saj so poleg stroškov bolezni, ki zajemajo neposredne stroške, prisotni tudi stroški zdravljenja in stroški ob smrti. V zadnjih letih je kakovost življenja zelo aktualen vidik opazovanja izida bolezni in uspešnosti postopka zdravljenja. Danes cilj zdravstvenega varstva ni samo podaljševanje življenja, ampak tudi izboljšanje kakovosti življenja. Kakovost življenja je odvisna od življenjskega zadovoljstva in splošnega počutja. Na kakovost življenja vplivajo osebne izkušnje, lastna prepričanja, pričakovanja in opažanja. Seštevek vseh teh spoznanj določa odnos do zdravja in vero v sposobnost obvladovanja bolezni, ki sta edinstvena za vsakega posameznika. Tudi ko ima več oseb enako diagnozo in so v enakem stanju, se bo vsaka od njih nanjo odzvala s povsem osebnega stališča (Fallowfield, 2002; Brown, & Kroenke, 2009).

Vrednotenje kakovosti življenja je postalo pomemben predmet raziskav v različnih disciplinah ter je danes sestavni del vrednotenja rehabilitacijskih in terapevtskih postopkov. Vprašanje dejavnikov osebne kakovosti življenja je zelo aktualno tako na področju zdravstvenega varstva kroničnih bolnikov kot tudi splošne populacije. Tehnološki napredek ter nove diagnostične metode in terapije so povzročile dolgoročneje preživetje bolnic z rakom dojke, zato je vse večje zanimanje za vrednotenje kakovosti življenja teh bolnic (Fallowfield, 2002; Brown, & Kroenke, 2009).

Vrednotenje kakovosti življenja je pacientova subjektivna percepcija ter velja za pomemben korak k celovitejšemu in humanemu pristopu k zdravljenju raka (Burgoss, et al., 2005). Anksioznost in depresija, ki sta med najpogostejšimi psihičnimi motnjami pri bolnikih z rakom, sta pomembni spremenljivki v študijah, ki ocenjujejo kakovost življenja, zlasti pri bolnicah z rakom dojke. Zaradi dejstva, da se pacient bori z boleznijo, ki je potencialno neozdravljiva, in da ima zdravljenje veliko stranskih učinkov, je povsem razumljivo, da se neizogibno pojavijo psihične in čustvene težave. Z zdravljenjem raka dojke je razmeroma preprosto doseči tudi desetletno preživetje. Zato psihološke, spolne in fizične disfunkcije, ki jih povzročata diagnoza in zdravljenje raka, pomembno vplivajo na kakovost življenja ženske. Obstaja razmeroma širok razpon zdravljenj s podobnim terapevtskim odzivom in preživetjem, vendar z ogromnimi razlikami glede vplivanja na fizično in čustveno blagostanje žensk (Victorson, 2007).

Pri spremljanju različnih področij kakovosti življenja, vključno s čustvenimi, fizičnimi, spolnimi in socialnimi domenami, opazamo nekatere spremembe pri obolelih za rakom dojke.

Fizična domena se nanaša na subjektivno vrednotenje zdravja in telesnega delovanja (npr. bolečina, utrujenost, inkontinenca, limfedem), medtem ko čustvena komponenta vključuje psihološko delovanje, vključno s kazalniki pozitivnega in negativnega razpoloženja (npr. anksioznost, simptomi depresije, tesnoba) ter omejitvami zaradi čustvenih težav. Kakovost spolnega življenja se na splošno nanaša na dožemanje spolnega delovanja, spremembe želja v spolnosti in telesno podobo. Socialna domena pogosto zajema vpliv bolezni na posameznika, družbeno vlogo in dožemanje koristnosti socialne podpore. Ti domeni sta med seboj povezani (Stanton, et al., 2007; Coleman, 2008).

Vprašalnik za oceno kakovosti življenja Evropske organizacije za raziskave in zdravljenje raka (EORTC) in obolelih za rakom dojke (QLQ-BR23) je zasnovan za vrednotenje vpliva sočasnega

zdravljenja raka dojke (operacija, kemoterapija, radioterapija ali hormonska terapija) na počutje žensk (EORTC-2001). Cilj študije je ovrednotiti kakovost življenja žensk, ki se zdravijo zaradi raka dojke, ob pomoči vprašalnika Evropske organizacije za raziskave in zdravljenje raka (EORTC) za kakovost življenja QLQ-C30 in obolelih za rakom dojke (QLQ-BR23).

Zastavili smo raziskovalno vprašanje: Ali lahko dokažemo, da obstaja razlika v kakovosti življenja med ženskami, ki se zdravijo za rakom dojke, in relativno zdravimi ženskami brez te bolezni?

Metode

Za oceno kakovosti življenja smo uporabili kvantitativni metodološki pristop z vprašalnikom Evropske organizacije za raziskave in zdravljenje raka (EORTC).

Opis instrumentarija

Za oceno kakovosti življenja smo uporabili vprašalnik o kakovosti življenja obolelih za rakom (Quality of Life C30, različica 3.0 – QLQ-C30, različica 3) Evropske organizacije za raziskave in zdravljenje raka. Vprašalnik je sestavljen iz več sklopov: pet na področju funkcionalnosti (telesno, poslovno, kognitivno, emocionalno in socialno delovanje); trije za najpogostejše simptome: utrujenost, bolečina, slabost/bruhanje, ter en sklop za splošno zdravstveno stanje / kakovost življenja; pridruženih je pet samostojnih vprašanj o simptomih, ki so najpogosteje povezani z rakavimi obolenji (težko dihanje, izguba teka, motnje spanja, zaprtje, diareja), ter vprašanje o finančnih težavah kot posledica bolezni in zdravljenja.

Poleg tega vprašalnika o kakovosti življenja je bil uporabljen tudi vprašalnik za oceno kakovosti življenja obolelih za rakom dojke, QLQ-BR23 s 23 vprašanji. Odgovori se točkujejo po Likertovi 4-stopenjski merski lestvici, od 1 (sploh se ne strinjam) do 4 (zelo se strinjam), pri čemer višje vrednosti pomenijo slabše delovanje oz. večjo izraženost simptomatike. Izjema je lestvica za splošno zdravstveno stanje / kakovost življenja, ki je 7-stopenjska, pri čemer pomenijo višje vrednosti večje zadovoljstvo s splošnim zdravstvenim stanjem in kakovostjo življenja.

Vprašanja glede ocene kakovosti življenja se nanašajo na pretekli teden pred anketiranjem. Vsi dobljeni rezultati na funkcionalnih lestvicah in pri posameznih sklopih so pretvorjeni v lestvico 0–100, pri čemer rezultati na funkcionalnem področju označujejo boljše delovanje, pri vprašanjih o simptomih pa več prisotnih simptomov, torej višje vrednosti pomenijo višjo (»boljšo«) raven delovanja ali pa višjo (»slabšo«) raven simptomov.

Opis vzorca

Vzorec je zajemal 100 žensk, zdravljenih za rakom dojke, iz Združenja »Iskra« iz Banjaluke ter 100 žensk brez navedene bolezni (kontrolna skupina zdravih žensk) iz združenja medicinskih sester, tehnikov in babilic Republike Srbije v starostni dobi od 20 do 75 let. Na anketni vprašalnik je odgovorilo vseh 200 žensk, vendar je bilo iz kontrolne skupine zaradi nepopolnih odgovorov

izločenih pet vprašalnikov. Glede na starostne skupine je bil v kontrolni skupini večji delež (45,6 %) žensk, starih do 35 let, v skupini obolelih pa je bil večji delež žensk, starejših od 55 let (32 %).

Opis postopka raziskave in obdelave podatkov

Merila za vključitev v anketni vprašalnik so bila: osebe, stare 20–75 let, članice združenja in prostovoljno sodelovanje.

Združenje »Iskra« iz Banjaluke je organizacija, katere cilj je zagotoviti strokovno psihosocialno podporo ženskam z rakom dojke s strani strokovnjakov in oseb, ki so prebolele raka dojke, z oblikovanjem izobraževalnih programov, ki se ukvarjajo z zgodnjim odkrivanjem te bolezni. Vse sodelujoče v anketi so prejele vprašalnik s pojasnilom, kako naj ga izpolnijo, in obrazec, s katerim dajejo soglasje za anonimno anketiranje, ob tem pa lahko sodelovanje kadar koli brez obrazložitve prekinejo. Za opis pomembnosti parametrov in v odvisnosti od njihove narave so bile uporabljene mere deskriptivne statistike: frekvenca, odstotki, povprečje, statistični testi, primerni za to študijo, ob pomembnosti razlik s stopnjo pomembnosti $p=0,05$.

Za statistično analizo dobljenih podatkov sta bila uporabljena naslednja statistična programa: SPSS for Windows softver (SPSS 13.0, Inc, Chicago, Illinois, SAD) in Microsoft Excel (Microsoft 11. Corporation, Redmond, WA, SAD), z grafičnim in tabelarnim prikazom statističnih parametrov.

Rezultati

V preglednici 1 so prikazane ženske, ki se zdravijo zaradi raka dojke (kot skupina I), in ženske brez navedene bolezni (zdrave ženske kot kontrolna skupina, skupina II), razvrščene po starosti.

Tabela 1: Anketirana skupina žensk, zdravljenih za rakom dojke, in kontrolna skupina zdravih žensk po starostnih skupinah

Starostne skupine	Skupina I		Skupina II		SKUPAJ	
	n	%	n	%	n	%
< 30	4	4,0	28	29,5	32	16,4
30–39	5	5,0	20	21,0	25	12,8
40–49	38	38,0	23	24,2	61	31,3
50–59	32	32,0	20	21,0	52	26,7
60–69	13	13,0	4	4,2	17	8,7
> 70	8	8,0	0	0,0	8	4,1
SKUPAJ	100	100	95*	100,0	195	100,0
Min. let	28		20			
Maks. let	75		68			
Mean (± SD)	51,8 (± 11,23)		40,2 (± 12,3)			
Wilcoxon rank sum test: $W = 7194,5$ $p = 0,0$ ($p = 5,35 e-10$)						
35–55	56	56,0	42	44,0	98	100,0
Mean (± SD)	Mean (± SD) 46,8 (± 4,4)		45,7 (± 5,6)			
Wilcoxon rank sum test: $W = 1321$ $p = 0,2968$						

Mean – srednja vrednost * Pet anketnih vprašalnikov je bilo izločenih iz študije.

Glede na starostne skupine je bil v kontrolni skupini večji delež žensk, starih do 35 let, medtem ko je bil v skupini obolelih večji delež žensk, starejših od 55 let; glede na starostne skupine skupaj obstaja statistično pomembna razlika glede na starost anketiranke v skupini obolelih in v kontrolni skupini ($W = 7194,5$; $p < 0,01$). Zaradi tega smo izločili skupno 98 žensk (56 iz skupine obolelih in 41 iz kontrolne skupine) iz starostne skupine od 35 do 55 let, v tej starostni skupni ni statistično pomembne razlike glede na starost anketirank ($W=7194,5$; $p > 0,05$), (Tabela 1).

Tabela 2: Odgovori zdravljenih in kontrolne skupine žensk v starosti od 35 do 55 let na vprašanja glede emocionalne funkcije

VPRAŠANJA	*SKUPINA*	ODGOVORI									
		sploh se ne strinjam		ne strinjam se		strinjam se		popolnoma se strinjam		Skupaj	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ali ste bili nervozni?	I	0	0	18	32	24	43	14	25	56	100
	II	13	31	19	45	7	17	3	7	42	100
Fisher Exact test $p = 0,0$ ($p = 8,207 e-07$)											
Ali ste bili zaskrbljeni?	I	2	3	14	25	26	46	14	25	56	100
	II	11	26	21	50	7	17	3	7	42	100
Fisher Exact test $p = 0,0$ ($p = 1,49 e-05$)											
Ali ste bili razdražljivi?	I	0	0	17	30	25	45	14	25	56	100
	II	18	43	15	36	7	17	1	2	42*	100
* manjkata dva odgovora Fisher Exact test $p = 0,0$ ($p = 1,52 e-09$)											
Ali ste bili potrti?	I	2	4	16	28	23	41	15	27	56	100
	II	18	43	19	45	3	7	1	2	42*	100
* manjkata dva odgovora Fisher Exact test $p = 0,0$ ($p = 1,79 e-16$)											
SKUPAJ	I	Srednja vrednost rezultata = 35,71 (± 25,16)									
	II	Srednja vednost rezultata = 70,24 (± 24,7)									
Wilcoxon ranzsum test $W = 419,5$ $p = 0,0$ ($p = 1,705 e-09$)											

Srednje vrednosti rezultata emocionalne lestvice pri ženskah v starostni skupini od 35 do 55 let so bile statistično pomembno nižje pri zdravljenih ženskah ($35,71 \pm 25,16$) kot v kontrolni skupini ($70,24 \pm 24,7$). Več kot 2/3 zdravljenih žensk v starosti od 35 do 55 let je povedalo, da so bile nervozne (strinjam se 43 % in popolnoma se strinjam 25 %) in zaskrbljene (strinjam se 46 % in popolnoma se strinjam 25 %), ob statistično pomembni razliki več kot 1/5 kontrolne skupine žensk iste starostne skupine, ki so bile nervozne in zaskrbljene (strinjam se 17 % in popolnoma se strinjam 7 %). Več kot 2/3 zdravljenih žensk v starosti od 35 do 55 let je povedalo, da so bile nervozne (strinjam se 45

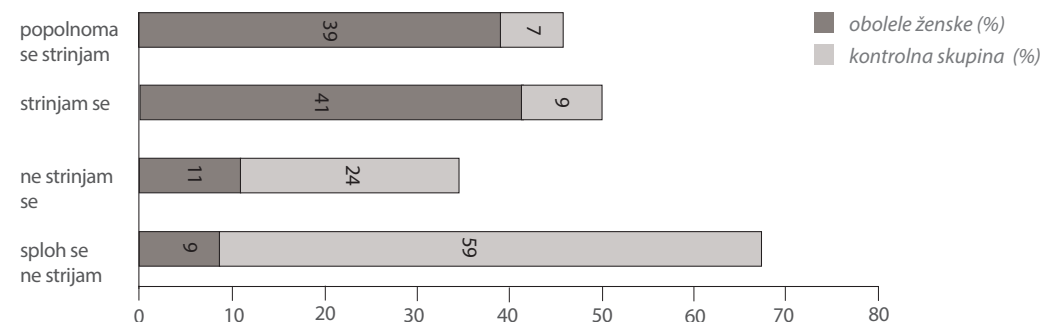
% in popolnoma se strinjam 25 %) in potrte (strinjam se 41 % in popolnoma se strinjam 27 %), ob statistično pomembni razliki glede na kontrolno skupine žensk iste starostne skupine, ki so bile nervozne in potrte (strinjam se 17 % in popolnoma se strinjam 2 %) (Preglednica 2).

Tabela 3: Odgovori zdravljenih in kontrolne skupine žensk v starosti od 35 do 55 let na vprašanja glede socialne funkcije

VPRAŠANJA	*SKUPINA*	ODGOVORI									
		sploh se ne strinjam		ne strinjam se		strinjam se		popolnoma se strinjam		Skupaj	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ali sta vaše zdravstveno stanje ali vaše zdravljenje vplivala na vaše družinsko življenje?	I	3	5	13	23	24	43	16	28	56	100
	II	22	52	13	31	6	14	1	2	42	100
Fisher Exact test p = 0,0 (p = 7.57 e-09)											
Ali sta vaše zdravstveno stanje ali vaše zdravljenje vplivala na vaše družbene dejavnosti?	I	4	7	14	25	22	39	16	28	56	100
	II	24	57	11	26	6	14	1	2	42	100
* manjka en odgovor	Fisher Exact test p = 0,0 (p = 1,62 e-19)										
SKUPAJ	I	Srednja vrednost rezultata = 36,01 (± 29,3)									
	II	Srednja vrednost rezultata = 78,6 (± 25,3)									
Wilcoxon rangsum test W = 351,5 p = 0,0 ip = 1,174e-09											

Statistično pomembna razlika pri socialni lestvici obstaja med zdravljenimi ženskami v starosti od 35 do 55 let glede na kontrolno skupine iste starostne skupine. Srednje vrednosti rezultata socialne lestvice pri zdravljenih ženskah v starosti od 35 do 55 let (36,01 ± 29,3) so nižje glede na kontrolno skupino žensk iste starosti (78,6 ± 25,3), ob statistično pomembni razliki (W = 351,5; p < 0,01).

Skoraj 2/3 zdravljenih žensk v starosti od 35 do 55 let je izjavilo, da zdravstveno stanje in zdravljenje precej in zelo vplivata na njihovo življenje in na družbene dejavnosti, statistično pa se odgovori pomembno razlikujejo glede na odgovore kontrolne skupine žensk iste starostne skupine (Preglednica 3).



Grafikon 1: Odstotek odgovorov zdravljenih in kontrolne skupine žensk v starosti od 35 do 55 let v zvezi s finančnimi težavami

Zdravljene ženske v starosti od 35 do 55 let imajo finančne težave (popolnoma se strinjam 39 % in strinjam se 41 %), ob statistično pomembni razliki glede na kontrolno skupino anketiranih žensk iste starostne skupine, ki so na vprašanje, ali imajo finančne težave, odgovorile: sploh se ne strinjam (59 %) in ne strinjam se (24 %).

Razprava

V naši raziskavi je zdravstveno stanje ali zdravljenje precej in zelo vplivalo na življenje in družbene dejavnosti (skoraj 2/3) zdravljenih žensk, starih od 35 do 55 let.

Pri spremljanju kakovosti življenja žensk, ki so se zdravile zaradi raka dojke, so bile v opravljeni raziskavi najnižje na funkcionalni lestvici vrednosti za emocionalno lestvico. Skoraj 1/2 žensk, ki so se zdravile za rakom dojke, je izjavila, da so imele bolečine, ki so omejevale njihove vsakodnevne dejavnosti, medtem ko jih je več kot 1/2 trpela za nespečnostjo, več kot 1/2 pa jih je bilo zaskrbljenih zaradi svojega zdravja v prihodnosti. Te spremembe na emocionalni lestvici kažejo na potrebo po spremljanju kakovosti emocionalnega zdravja bolnic z rakom dojke, za izvedbo preventivnih programov, s katerimi bi pomagali ženskam, ki se zdravijo za rakom dojke, da se spoprimejo s to težavo (Gavric, 2014).

V naši raziskavi so bile srednje vrednosti rezultata emocionalne lestvice pri ženskah v starosti od 35 do 55 let statistično pomembno nižje pri obolelih (35,71 ± 25,16) kot pri ženskah v kontrolni skupini (70,24 ± 24,7).

Rak dojke vpliva na vsa področja kakovosti življenja, vendar se najbolj izraža na področju emocionalnega in družbenega delovanja, kot tudi glede funkcionalne vloge. Na te komponente pa najbolj vplivajo naslednji simptomi: utrujenost, motnje spanja in bolečine. Rak dojke je vplival tudi na funkcionalne lestvice, zlasti na srednje vrednosti rezultata vprašanj glede telesne podobe, kot tudi na vprašanja o simptomih, kjer so največje srednje vrednosti za simptome izpadanja las. Za izboljšanje kakovosti življenja žensk z rakom dojke, zlasti na področjih zdravja, kjer so najbolj ranljive, bi bilo dobro ustanoviti večdisciplinarno ekipo za delo z obolelimi ženskami (Gavric, 2015).

Povprečni rezultati globalnega zdravstvenega stanja v skupini žensk z rakom dojke (29,5) so statistično pomembno nižji kot v kontrolnih skupinah žensk (65,8) vseh starostnih skupin. Zdravstveno stanje ali zdravljenje sta imela precej večji vpliv na družinsko in družabno življenje žensk z rakom dojke s statistično pomembno razliko v primerjavi z ženskami iz kontrolne skupine. Srednje vrednosti rezultata emocionalne in socialne lestvice so bile pomembno nižje pri obolelih ženskah kot pri kontrolni skupini žensk. Raziskave o spremljanju kakovosti življenja žensk z rakom dojke so pokazale, da je za boljše čustveno in socialno delovanje treba zagotoviti boljšo podporo celotni družini, okolju in skupnosti žensk, ki živijo z rakom dojke (Gavric & Vukovic-Kostic, 2016).

Raziskava, izvedena na Hrvaškem, je želela ugotoviti razlike v kakovosti življenja med osebami, obolelimi za rakom, in osebami brez navedene bolezni. Vrednotenje kakovosti življenja je bilo opravljeno pri dveh skupinah: v prvi skupini so bile odrasle osebe, obolele za rakom dojke, rakom debelega črevesa in rakom grla (n = 54), v drugi skupini pa so bile osebe brez rakavih obolenj (n = 266). V primerjavi z osebami brez bolezni so bolniki ocenili svoje stanje kot boljše v telesnem, poslovnem in čustvenem delovanju, z manj simptomi utrujenosti in bolečin. Prav tako so oboleli ocenili kot slabo svoje socialno delovanje, navedli so več simptomov slabosti in več finančnih težav, ki so posledica bolezni, kot pa anketiranci brez bolezni. Oboleli so skupno kakovost življenja in zdravstvenega stanja ocenili slabše kot anketiranci brez obolenj. Ženske z rakom in ženske brez te bolezni so svoje poslovno, telesno, čustveno delovanje ocenile kot slabše, več simptomov je bilo pri vseh spremenljivkah kakovosti življenja in več finančnih težav kot pri moških v istih skupinah, vendar so ženske brez bolezni ovrednotile splošno kakovost življenja boljše od moških iste skupine. Ženske z rakom dojke so skoraj pri vseh spremenljivkah ovrednotile kakovost svojega življenja slabše kot anketiranci z drugimi vrstami raka, medtem ko so moški z rakom grla svojo splošno kakovost življenja in zdravja ocenili bistveno boljše od tistih z rakom dojke in debelega črevesa. Dobljeni podatki kažejo, da so bolniki kakovost življenja ovrednotili kot zadovoljivo, na nekaterih področjih pa poleg medicinske podpore potrebujejo tudi nenehno psihosocialno podporo, zlasti ženske z rakom dojke (Pinjatela, 2008).

V Sarajevu je bila izvedena raziskava, v kateri je sodelovalo 100 članic združenja »Renesansa«, starejših od 20 let, in sicer bolnic, zdravljenih za rakom dojke v Kantonu Sarajevo, s ciljem ovrednotiti kakovost življenja bolnic, zdravljenih za rakom dojke, glede na korektivne dejavnike tveganja življenjskega sloga: indeks telesne mase (ITM), telesna dejavnost, razvada kajenja in uživanje alkohola. Vrednotenje kakovosti življenja je bilo izvedeno na podlagi vprašalnika o kakovosti življenja Evropske organizacije za raziskave in zdravljenje raka QLQ-C30 (različica 3) in korelacije dobljenih vrednosti glede na korektivne dejavnike tveganja življenjskega sloga. Povprečna življenjska doba anketirank je bila 58 let, 71 % anketirank je imelo mastektomijo z aksilarno disekcijo, 79 % radioterapijo, kar je povzročilo pogostejšo manifestacijo sekvela zdravstvenih posegov: 49 % anketirank je imelo limfedem roke, 39 % je imelo omejen obseg gibanja ramena na strani operirane dojke, 27 % je imelo oba sekvela, kar je precej vplivalo na kakovost njihovega življenja, samo 39 % anketirank je bilo brez sekvela. Povezava kakovosti življenja anketirank s posledicami zdravstvenih posegov v primerjavi z anketirankami, ki niso imele sekvelov, je pokazala statistično pomembno razliko v oceni kakovosti omenjenih dveh skupin anketirank, pri čemer so posledice zdravstvenih posegov negativno vplivale na kakovost življenja anketirank (Sarić, 2009).

Pri spremljanju kakovosti življenja 235 žensk z metastazami zaradi raka dojke v Veliki Britaniji je bila ocena za skupno kakovost življenja nizka. Nizki rezultati so vidni za fizično, socialno, emocionalno in funkcionalno blagostanje. Breme simptomov je velika težava, pri več kot tretjini žensk (34 %) se pojavlja visoka raven bolečine in drugi nenadzorovani simptomi. V večkratni regresijski analizi je bil rezultat socialnega blagostanja pri starejših ženskah bistveno boljši ($p < 0,001$), vrednosti so bile nižje le pri tistih s kostnimi metastazami ($P = 0,002$). Funkcionalno blagostanje je bilo pomembno višje pri ženskah brez otrok ($P = 0,004$). Kljub izboljšavam v zdravljenju in preživetju žensk z metastatskim rakom dojke ta skupina kaže veliko simptomov bremena in nezadovoljstva z elementi njihove nege, kar kaže, da je treba raziskati alternativne modele zagotavljanja storitev (Reed, Simmonds, Haviland & Corner, 2011).

Zaključek

V večini raziskav, kot tudi v naši raziskavi, so ocene za socialno in čustveno delovanje nižje pri zdravljenih ženskah z rakom dojke v primerjavi s kontrolno skupino. Čustvena podpora za zdravljenje ženske je izjemno pomembna, kot tudi socialna podpora za zmanjšanje socialne negotovosti, ki se pojavi zaradi finančnih težav zdravljenih žensk. Zaradi tega bi bilo treba razviti zdravstvene programe s ciljem nudenja socialne in emocionalne podpore tej skupini žensk za njihovo rehabilitacijo in vključevanje v običajni potek življenja.

Literatura

- Babić, N., Vilendečić, R., Inić, M. & Novaković, P., 2002. Tumori ženskih polnih organa i dojke-priručnik za žene. Biblioteka Medicinska knjiga.Podgorica: pp. 120–121.
- Brown, L.F. & Kroenke, K., 2009. Cancer related fatigue and its associations with depression and anxiety: a systematic review. *Psychosomatics*, 50(5), pp. 440-47. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19855028> [25. 6. 2019].
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. & Ramirez, A., 2005. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*, 26, pp.330. Dostopno na: <https://www.researchgate.net/publication/8036190>. [25. 6. 2019].
- Coleman, M. P., Quaresma, M., Berrino, F., De Angelis, R., Copocaccia, R., Bailli, P. et al., 2008. Cancer survival in five continents: a worldwide population – based study (CONCORD). *Lancet Oncol*, 9(8), pp. 730-56.
- Dimitrova, N., Znaor, A., Agius, D., Eser, S., Sekerija, M., Ryzhov, et al., 2017. Breast cancer in South-Eastern European countries since 2000: Rising incidence and decreasing mortality at young and middle ages. *European Journal of Cancer*, 83, pp. 43-55.
- EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. Dostopno na: <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/eortc-quality-of-life-questionnaire-core-questionnaire>. [25. 6. 2019].
- Fallowfield, L., 2002. Quality of life: a new perspective for cancer patients. *Nat Rev Cancer*, 2, pp. 873-79. Dostopno na: <https://www.nature.com/articles/nrc930>. [25. 6. 2019].
- Gavrić, Z., 2006. Incidenca malignih tumoru u Republici Srpskoj. Zbornik radova, I. međunarodni kongres: Ekologija, zdravlje, rad, sport. Banja Luka: Univerzitet u Banja Luki: pp. 244-248.

Gavric, Z., 2015. Quality of Life of Women with Breast Cancer-Emotional and Social Aspects. American Journal of Cancer Prevention, 3(1): pp. 13-18.

Gavric, Z. & Vukovic-Kostic, Z., 2016. Assessment of Quality of Life of Women with Breast Cancer. Glob J Health Sci, 8(9), pp. 527-92.

Pinjatela, R., 2008. Neke karakteristike kvalitete života osoba sa i bez malignog oboljenja. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 44(2), pp. 79-98.

Reed, E., Simmonds, P., Haviland, J. & Corner, J., 2011. Quality of Life and Experience of Care in Women With Metastatic Breast Cancer: A Cross-Sectional Survey. J Pain Symptom Manage, 15. [Epub ahead of print].

Sarić, S., 2009. Breast cancer patient's quality of life compared to correctible risk factors of life style. HealthMED, 3(3), pp. 267-272.

Stanton, A. L., Revenson, T. A. & Tennen, H., 2007. Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. Annu Rev Psychol, 58, pp. 565-92. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16930096>. [25. 6. 2019].

Victorson, D., Cella, D., Wagner, L., Kramer, L. & Smith, M. L., 2007. Measuring quality of life in cancer survivors. In: Feuerstein, M., eds. Handbook of cancer survivorship. New York: Springer, pp. 79-110.

World Health Organization, 2018. Breast cancer and fact sheet. Dostopno na: <http://who/> [25. 6. 2019].

World Health Organization, 2008. Key facts and Global burden of cancer. Geneva: WHO.

KOLIKO OD NAS A KOLIKO OD DRUGIH ZAVISI DA LI ĆEMO POSTIĆI CILJ ZDRAVLJA I ZADOVOLJSTVA

How much depends on us and how much on others to achieve the goals of health and satisfaction

Zorica Mihajlo, visoka strukovna sestra, specijalista
Potpredsednica Saveza udruženja zdravstvenih radnika Beograda
Republika Srbija
zmihajlo@yahoo.com

Rezime

Biti zdrav ima različito značenje za različite ljude. Za laike to najčešće znači ne biti bolestan, dok zdravstveni radnici pod zdravljem podrazumevaju odsustvo medicinski definisanih bolesti i nesposobnosti. Standardi o tome šta se može smatrati zdravim variraju i menjaju se, a ljudi najčešće procenjuju zdravlje subjektivno, što otežava merenje. Pored toga, za mnoge ljude zadovoljstvo je reč koja izaziva pomešana osećanja, i uvek je povezano sa nečim dobrim. To znači da je zdravlje izvor koji podržava funkciju pojedinca u širem društvu. Zdrav način života pruža sredstva za vođenje punog života. Ako želimo da postignemo cilj zdravlja i zadovoljstva u životu, moramo znati da su dobro postavljeni ciljevi jako važni.

Cljučne reči: zdravlje, zadovoljstvo, ciljevi, realnost, život, pojedinac

Abstract

Being healthy to each individual means something different. For laymen, this most often means that a person is not ill, but for healthcare professionals, this is the absence of medically defined illnesses and incapacity. Standards of what can be considered healthy are changing, and most often, people value health subjectively, making measurement difficult. For many, satisfaction is a word that causes mixed feelings and is always associated with something good. This means that health is a resource that supports the individual's functioning in the wider society. A healthy lifestyle provides the means to live life to the fullest. In order to achieve the goal of health and satisfaction in life, we must be aware of the importance of well-defined goals.

Keywords: health, satisfaction, goals, reality, life, individual.

Uvod

Zdravlje je resurs za svakodnevni život, a ne cilj života. Zdravlje je pozitivan koncept koji naglašava društvene i lične resurse, kao i fizičke kapacitete (SZO, 2017). Za ljudsko zdravlje dobro je ono što ga krepi, neguje, hrani, jača, oplemenjuje, podiže zadovoljstvo življenja. Nažalost, savremeni način

života uglavnom čini suprotno. Nedovoljno kretanje, brza hrana, energetske napici, ubrzan tempo života, stres, svakodnevna izloženost elektromagnetnom zračenju kroz stalnu upotrebu mobilnih telefona i sate koje provodimo pred kompjuterom, a ako se tome dodaju pušenje, gojaznost ili pojačano konzumiranje alkohola, put do dobrog zdravlja postaje sve duži.

U novije vreme, istraživači su definisali zdravlje kao sposobnost tela da se prilagođava novim pretnjama i slabostima. Oni to zasnivaju na ideji da je savremena nauka u poslednjih nekoliko decenija dramatično povećala svest ljudi o bolestima i o tome kako one deluju (Felman, 2017).

Neadekvatnom ishranom, pre svega velikim unosom testa, šećera, masnoća povećava se rizik od nastanka kardiovaskularnih oboljenja i to je put ozbiljnog narušavanja zdravlja. Nasuprot tome, niske vrednosti masnoća kao posledica raznih, popularnih i agresivnih dijeta, takođe narušavaju zdravlje. U dužem periodu, neadekvatna ishrana neminovno rezultira zdravstvenim problemima i manjkom hranljivih materija neophodnih za snažan imunitet i pravilno funkcionisanje organizma. (SZO, 2017). Zdravstvena statistika u Srbiji je alarmantna. Od bolesti srca i krvnih sudova svake godine umre više od 50.000 ljudi, maligne bolesti odnesu još 20.000 života, broj obolelih od šećerne bolesti bliži se milionu, a prema epidemiološkim prognozama, 2020. godine biće gojazno čak 44 % muškaraca i 31 % žena (Institut za javno zdravlje Srbije, 2019).

A zadovoljstvo, šta je zadovoljstvo? Ako ste malo zbunjeni zbog mnogih termina koji se tiču zadovoljstva životom, niste sami!

Zadovoljstvo životom je malo složenije nego što se čini. Ovaj se pojam ponekad koristi naizmenično sa srećom, ali to su zaista dva odvojena koncepta. Zadovoljstvo životom je procena nečijeg života u celini, a ne samo trenutni nivo sreće. Postoji nekoliko različitih radnih definicija zadovoljstva životom, uključujući dobrobiti i zadovoljstvo životom: „Zadovoljstvo je sveobuhvatna procena osećanja i stavova o nečijem životu u određenom trenutku, u rasponu od negativnog do pozitivnog“ (Buetell, 2010).

Druga popularna definicija zadovoljstva životom dolazi od drugog visoko cenjenog naučnika: „Zadovoljstvo životom je stepen do kojeg čovek pozitivno ocenjuje opšti kvalitet svog života u celini. Drugim rečima, koliko osoba voli život koji vodi“ (Veenhovena, 1996).

Iako postoje male razlike između definicija, osnovna ideja je ista: zadovoljstvo životom odnosi se na sveukupno osećanje pojedinca u vezi sa njegovim ili njenim životom. Drugim rečima, zadovoljstvo životom je globalna procena, a ne ocena koja je zasnovana u bilo kom određenom trenutku ili u bilo kojem određenom domenu.

Koliko od nas zavisi cilj zdravlja i zadovoljstva

Od nas zavisi zaista mnogo. Ali da krenemo redom, mnogo je faktora uticaja ali ovde će biti reč po nekoj skali o najvažnijim. Nedovoljno kretanje, brza hrana, energetske napici, ubrzan tempo života, stres, a ako se tome dodaju pušenje, gojaznost ili pojačano konzumiranje alkohola, put do dobrog zdravlja postaje sve duži.

Ciljevi nam daju smisao životu i čine nas srećnima predstavljajući svrhu i smer našeg života. Bez želja, ciljeva, bez nečega čemu težimo potpuno bismo stagnerali. Zaglavili bismo se u rutini i nesigurno pravili svaki korak jer ne bismo bili sigurni šta je sledeće što treba uraditi.

Ono što je najbitnije jeste da naši ciljevi budu u skladu sa našom realnom situacijom, a što je važno za postavljenje ciljeva u životu. Jasno postavljen i realan cilj osnova je uspeha (Gilbert, 2010).

Da bismo bili uspešni u bilo kom području svog života, neophodno je da znamo tačno šta želimo. Tek kada znamo šta želimo i kada smo sigurni u svoje želje, znamo u kom smeru treba krenuti i samim tim koji prvi korak treba preduzeti. Svaki postignuti cilj jeste naš lični uspeh i osnova za napredak. Sigurno je da je realnost drugačija, i da pored životnog stila, tolerancija na frustracije, načina ishrane, vežbanja i genetike, koji su ključni faktori za dug život, ponekad i karakterne crte ličnosti mogu da utiču na dugovečnost. Potvrđeno je da lični rast koji ide ka samoostvarenju, koncept „ovde i sada“, kao i nastojanje da se razumeju drugi i njihove potrebe, aktivno utiče na dužinu ljudskog života. Aktivan odnos prema životu u celini nije jednostavno razviti kod sebe, ali vremenom pojedinac može da prevlada svaki problem, a to će najbolje učiniti ukoliko ga ne posmatra kao problem.

Cilj rada bio bi istražiti uticaj socijalne sredine, uključujući radno i porodično okruženje i bliske prijatelje na zadovoljstvo, ličnu sreću i zdravlje i u kojoj je meri pojedinac odgovoran za to (Gilbert, 2010).

Značaj ishrane

Znamo da se neadekvatnom ishranom, pre svega velikim unosom testa, šećera, masnoća povećava rizik od nastanka kardiovaskularnih oboljenja i to je put ozbiljnog narušavanja zdravlja. Od nas zavisi da li ćemo jesti zdravo, a to znači ili napuštanje ili samo retko konzumiranje hrane sa visokim sadržajem šećera, zasićenih masti i natrijuma. To uključuje većinu brze hrane, hrane sa mnogo kalorija, prerađene hrane poput čipsa i krepera, i sve što sadrži više miligrama soli nego kalorija u porciji (Jorga, 2016).

A evo i nekoliko vrlo dobrih razloga zašto bi trebalo da razmišljate o zdravoj ishrani na koju vi možete da utičete jer se radi o vama.

Povećanje produktivnosti

Kao što vodite računa o kvalitetu goriva koje sipate u vaš auto, tim pre bi trebalo da razmislite o kvalitetu goriva koje unosite u sebe. Vašem mozgu treba kvalitetno gorivo koje će ga pokretati. Energija koju obezbeđuju kalorije iz hrane potrebna je za svaku funkciju tela, uključujući misli, fizičku aktivnost i lečenje. Nezdrava ishrana značajno uvećava mogućnost smanjenja produktivnosti. Prema jednom istraživanju loša ishrana za čak 66 % uvećava verovatnoću smanjenja produktivnosti (Hoddinott, 2008). Svesni ste da smanjenje produktivnosti automatski znači slabije rezultate na poslu, a samim tim i slabije napredovanje.

Bolje raspoloženje

Ono što jedete ima uticaj na vaš mozak, uključujući i delove koji regulišu raspoloženje. Iako ne postoji nijedna hrana koja deluje kao dokazani antidepresiv, održavanje stabilnog nivoa šećera

u krvi kroz pravilnu ishranu pomoći će vam da se osećate bolje većim delom dana (Banna, 2018).

Kontrola telesne mase

Pored izgleda koji želimo da postignemo, gubitak telesne mase može pomoći da se smanji rizik od hroničnih stanja. Ako osoba ima prekomernu masu ili je gojazna, ona je u većem riziku od razvoja nekoliko zdravstvenih stanja, uključujući: bolest srca, dijabetes mellitus nezavisan od insulina i slaba gustina kostiju (Banna, 2018).

Značaj fizičke aktivnosti

Fizička aktivnost je jedan od najvažnijih koraka u poboljšanju zdravlja. Nepravilan način ishrane i manjak fizičke aktivnosti glavni su faktori rizika za nastanak hroničnih bolesti. Redovna umerena fizička aktivnost smanjuje rizik od nastanka srčanih bolesti, moždanog udara, osteoporoze, dijabetesa, depresije, gojaznosti. Kako nam vežbanje pomaže? Vežbanjem kontrolišemo telesnu masu, može da pomogne u sprečavanju taloženja viška kilograma ili održavanju željene telesne mase. Kada se bavite fizičkom aktivnošću, sagorevate kalorije. Što je aktivnost intenzivnija više kalorija trošite (Šabić, 2018).

Ne morate da odvajate mnogo vremena za vežbanje da biste imali koristi u pogledu telesne mase. Ako ne možete da vežbate, jednostavno budite aktivniji tokom dana – idite stepenicama umesto liftom ili se intenzivnije bavite kućnim poslovima. Fizička aktivnost povećava volumen mišića, povećava bazalni metabolizam, povećava energetske potrošnje. Posle treninga potrošnja energije viša je i do 72 sata nego u odnosu na stanje pre treninga što je vrlo značajno kod procesa mršavljenja ili održavanja telesne mase. Vežbanjem se borimo protiv stanja koje vode do bolesti i samih bolesti (Waters & Hawkins, 2018).

Pušenje

Da je pušenje cigareta štetno za zdravlje znaju svi. Većina ljudi puši uprkos tom saznanju, ali istina je da se svest o štetnosti tog poroka sve više podiže. Cene cigareta rastu, kutije u kojima se prodaju jasno i slikovito naglašavaju posledice njihove konzumacije, donose se zakoni o izolaciji prostorija gde je pušenje dozvoljeno, a takvih mesta sve je manje (Borović, 2003).

Alkoholizam

Nema društvenog događaja, čak i dešavanja iz oblasti kulture, ili su barem retki, koji mogu da prođu bez alkohola. Rođenja, rođendani, venčanja, smrti – sve ide uz alkohol. Ne samo da alkohol prati mnoge događaje već je često i centralna stavka događaja. Tako ljudi u Srbiji imaju veoma visoku toleranciju na alkohol i kod nas je društveno prihvatljivo da se konzumira alkohol. Doduše, alkohol je legalna supstanca i to nije diskutabilno, ali problem nastaje onda kada se konzumira u takvim količinama da šteti našem zdravlju. Srbija je ove godine „skočila“ na lestvici konzumiranja alkohola, „napredovali“ smo sa devet litara po glavi stanovnika od pre pet-šest godina, na 12 litara (Mladenović, 2019). Medicinski pristup alkoholizmu često je bio crno-beli, piješ ili ne piješ. Ako piješ, onda si alkoholičar, ako ne piješ onda je u redu. Crno-belo sagledavanje problematike očigledno

nema efekta, a može da se primenjuje godinama. Broj alkoholičara sve više raste, posebno mladih koji piju. Ovo je oblast koja se tek „načinje“ i ima dosta otpora u prihvatanju ovih novih koncepata. Dugi niz godina naši učitelji ovu problematiku posmatrali su crno-belo, savetovali samo da se uvede zabrana konzumiranja alkohola. Ono što treba uvesti naziva se moderacija pijenja. Vaša je odgovornost da li pijete, ali odgovornost je stručnjaka, medija da vas upozna sa tim kako treba da pijete, ako to već činite (Mladenović, 2019).

Značaj brige o svom zdravlju i zadovoljstvu

Kad ste zdravi, onda o zdravlju ni ne razmišljate, ali čim se pojave tegobe, donosite drastične odluke. Međutim, najmudrije je da delujete preventivno. Briga o zdravlju doživotna je navika, kultura i način življenja. Procenjuje se da se čak polovina hroničnih bolesti može sprečiti boljom brigom o zdravlju u svakom životnom dobu. Sistematski pregledi i blagovremeni odlazak lekaru jesu od velikog značaja. Za promene nabolje nikada nije kasno, pa zašto ne biste već danas doneli neke zdrave odluke? Nije lako rešiti se nezdravih navika, ali je moguće. Prestanak pušenja i smanjenje unosa alkohola odluke su koje će vam promeniti život, kao i fizička aktivnost (Institut za javno zdravlje Srbije, 2018).

Društvo bi trebalo da ulaže u prevenciju i zdravstvenu edukaciju stanovništva ali to je i pitanje odgovornosti svakog pojedinca. Redovne zdravstvene kontrole su važna mera prevencije jer omogućavaju da se bolest blagovremeno otkrije. I kada nemate zdravstvenih tegoba, obavezno jednom godišnje posetite izabranog lekara. Pregled će dati uvid u osnovne laboratorijske analize, vrednost krvnog pritiska, stanje srca i pluća, stanje krvnih sudova, a na vreme mogu biti uočeni povišen šećer u krvi ili neke druge negativne promene. Lekar će vam objasniti zašto je važno da se više krećete, kako da se pravilno hranite (Zakon o zdravstvenoj zaštiti R Srbije, 2019).

Koliko od drugih zavisi da li ćemo postići cilj zdravlja i zadovoljstva? Ko su ti drugi?

Porodica

Prema sistemskom shvatanju porodice, normalnom se smatra, pre svega, funkcionalna porodica. Dakle, normalna porodica nije samo ona koja ispunjava ekonomske, psihološke, socijalno-reproduktivne funkcije već pre svega ona koja se kreće putem rasta i razvoja i uzajamne pomoći i podrške (Drejper & Dalos 2014). Najčešće se kao reper funkcionalnosti porodice koristi njeno suočavanje sa stresnim ili kriznim situacijama različitih vrsta, kvalitet razrešavanja takvih situacija, kao i homeostaza po svaku cenu, tj. sposobnosti povratka u stanje kakvo je bilo pre nego što je došlo do poremećaja ravnoteže u odnosima. Porodica je ta koja će vam pomoći da dostignete cilj zdravlja i zadovoljstva (Moore, 2011).

Prijatelji

Od prijatelja kao i od porodice zavisi mnogo toga (Jul, 2017). Dobar prijatelj će nam pomoći da se rešimo loših navika, a u cilju dobrog zdravlja i zadovoljstva životom. Rešavanje loših navika nije lagan ni kratkotrajan proces, ali je itekako moguć. Zaista je veliki broj pušača koji povremeno pokušavaju da ostave pušenje, onih koji piju prekomerno ali retko razmišljaju o lečenju, onih koji jedu toliko da im težina ugrožava zdravlje a ponekad drže dijete i da većina njih povremeno hoće

da se reši tih loših navika. Odluka o suočavanju sa problemom treba da bude samo VAŠA, vas koji imate problem, ali bez podrške prijatelja koji vas neće nuditi cigaretama, ili koji će manje pušiti u vašem društvu, koji vas neće nuditi alkoholom niti piti pred vama, koji vas neće dovoditi u situacije gde nećete moći da se suzdržite da ne jedete, teško ćete uspeli.

Prijatelj je tu da vam kaže da idete kod lekara i rešite se problema da bi bili zdraviji i zadovoljniji (Damjanović, 2015).

Radno okruženje

Koliko je radno okruženje važno za naše zdravlje i zadovoljstvo znaju svi koji rade a na pitanje kako ti je na poslu, vo kakve odgovore najčešće dobijamo:

- loša je atmosfera, stalno smo pod nekim pritiskom;
- dobra mi je ekipa;
- super je atmosfera; ima dosta posla, ali je ok;
- ljudi su mi bezveze;
- šef mi je grozan, mnogo je naporan;
- svi su opušteni, ali kad je frka svi se aktiviraju i završimo sve što treba;
- svi se bave samo time kad je ko došao na posao, a ne šta i kada treba da se uradi;
- sviđa mi se što nema drame;
- neka je učmala energija, sve je po starom;
- stalno je neka gužva i panika.

Vrlo interesantno je da niko u prvi mah ne priča o poslu koji radi, nego o radnom okruženju. To nam pomaže da shvatimo koliko je radno okruženje značajno za zdravlje i zadovoljstvo. Veliki je dobitak i nagrada kada imate dobro radno okruženje, samim tim što tu provodite mnogo vremena svakog dana, što se na zaposlenog odražava dobro ili loše (Beutell, 2010).

Zdravstvena zaštita

Uvek se prvo ide od primarne zdravstvene zaštite, prvi nivo kontakta koji pojedinci, porodice i zajednica imaju sa zdravstvenim sistemom (Zakon o zdravstvenoj zaštiti R. Srbije 2019). To obuhvata brigu o čoveku putem pružanja usluga, promocije zdravlja, prevencije bolesti koja obuhvata razumevanje socijalnih, ekonomskih, kulturnih i političkih determinanti zdravlja. Redovne zdravstvene kontrole jesu važna mera prevencije jer omogućavaju da se bolest blagovremeno otkrije. I kada nemate zdravstvenih tegoba, obavezno jednom godišnje posetite izabranog lekara. Pregled će dati uvid u osnovne laboratorijske analize, vrednost krvnog pritiska, stanje srca i pluća, stanje krvnih sudova, a na vreme mogu biti uočeni povišen šećer u krvi ili neke druge negativne promene. Lekar će vam objasniti zašto je važno da se više krećete, kako da se pravilno hranite, kako da vodite zdrav život.

Diskusija

Cilj samog rada jeste da shvatimo i podsetimo značaj zdravlja i zadovoljstva za nas same i za sve oko nas, a ne samo kada je Svetski dan zdravlja ili slični povod. Na primer cilj preventivnih pregleda jeste da se na vreme otkriju i pravovremeno leče neke bolesti. Njihova svrha ogleda se u ranom otkrivanju bolesti što značajno može da poboljša kvalitet pa i dužinu života.

Ponekad stavite i sebe u prvi plan! Treba da vodimo računa o neophodnim lekarskim pregledima, da zaštitimo sebe i svoje zdravlje. Kada naći vremena za sve to? Kad obavimo sve naše obaveze koje su na prvom mestu, posao, kuća, deca i škola? U svemu tome nalazimo malo vremena za spavanje, odmor, druženje sa prijateljima i fizičku aktivnost. Potrebno je odlučno promeniti organizaciju i situaciju i učiniti život zdravim, zadovoljnijim, boljim, opuštenijim, raspoložnijim.

Ako smo mi zdravi i zadovoljni, onda je to pravo bogatstvo koga nismo ni svesni sve dok ga imamo. Ako se nikada do sada niste zapitali koliko je zdrav život koji vodite, pravo je vreme da to učinite sada, kada pročitate ovaj tekst. Iako je činjenica da svi živimo užurbano, istina je i ona narodna izreka: ko hoće, naći će način, a ko neće – izgovor. Mnogo je ljudi koje imaju mnogo obaveza a opet uspevaju da izgledaju divno i brinu o sebi (Institut za javno zdravlje, 2018).

Zaključak

Iz iskustva znamo da ima ljudi koji ne vode računa o svom zdravlju a zadovoljstvo im je usputna stvar, ima ljudi koji vode računa o svom zdravlju i zadovoljstvu i ima ljudi koji preteruju u tome. Treba naći meru i brinuti o svom zdravlju na pravi način i svakoga dana.

Mnogi ljudi tvrde da za zdrav život treba mnogo para, da su teretane skupe, da je zdrava hrana skupa i slično, ali vežbe se ne moraju raditi samo u teretani – postoje razne mogućnosti od dugih šetnji po prirodi, pa do konzumacije balansirane ishrane.

Pobrojali smo samo neke od važnih stavki za postizanje ciljeva za zdravlje i zadovoljstvo, kao na primer zdrava ishrana, značaj fizičke aktivnosti, prestanak pušenja, umereno pijenje alkohola, briga o zdravlju. I to je ono na šta mi možemo da utičemo, a da li ćemo uticati ili ne zavisi od mnogo čega. Pre svega od svesti ljudi o značaju svega ovoga, ali i od okoline, porodice, prijatelja, radnog okruženja, i od mogućnosti da na vreme koristimo zdravstvenu zaštitu. Ako ste zdravi, onda ste i zadovoljni. Još davno je rečeno da stil života dolazi kad tad na naplatu.

Literatura

Banna, J. & Bersamin, A., 2018. Community involvement in design, implementation and evaluation of nutrition interventions to reduce chronic diseases in indigenous populations in the U.S.: a systematic review. *International journal for equity in health*, 17(1), pp. 116.

Beutell, N.J., 2010. Health, supervisory support, and workplace culture in relation to work-family conflict and synergy. *Psychological Reports*, 107(1), pp. 3–14.

Borović, P., 2003. Pušenje. Beograd: Žarko Albulj, pp. 10-12.

Centar za kontrolu i prevenciju bolesti SAD. Fizička aktivnost i zdravlje. Ažurirano u junu 2015. godine. Dostupno na: <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/pa-health/> [22. 6. 2019].

Damjanović, B., 2015. Ne bih mogla ovo bez tebe. Beograd: Samoizdavač.

Drejper, R. & Dalos, R., 2014. Sistemska porodična terapija. Beograd: Psihopolis.

Gilbert, D.R., 2010. Mapa uspeha. Beograd: Čarobna knjiga, pp. 12-15.

Hoddinott, J., Maluccio, J.A., Behrman, J.R., Flores, R. & Martorell, R., 2008. Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. *Lancet*. 371, pp. 411–416.

Institut za javno zdravlje Srbije. 2018. Rezultati istraživanja zdravlja stanovništva Srbije. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije, 2018. Dostupno na: <http://www.batut.org.rs/index.php?content=1044> [22. 6. 2019].

Institut za javno zdravlje Srbije, 2015. Rezultati istraživanja zdravlja stanovništva Srbije. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije, 2015. Dostupno na: <http://www.batut.org.rs/index.php?content=1045> [22. 6. 2019].

Institut za javno zdravlje Srbije. Rezultati istraživanja zdravlja stanovništva Srbije. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije, 2013. Dostupno na: <http://www.batut.org.rs/index.php?content=1043> [22. 6. 2019].

Jorga, J., 2016. Uvod u kliničku ishranu sa osnovama medicinske nutritivne terapije. In: Jorga, J., eds. Higijena sa medicinskom ekologijom. Beograd: Data status, pp. 131-153.

Jul, J., 2017. Agresija-zbog čega je naophodna našoj deci i nama. Beograd: Laguna.

Mladenović, I., 2019. Vodič za odgovorno pijenje alkohola. Beograd: Institut za mentalno zdravlje Beograd.

Moore, B.C., Biegel, D.E. & McMahon, T.J., 2011. Maladaptive Coping as a Mediator of Family Stress. *Journal of social work practice in the addictions*, 11(1), pp. 17–39.

Šabić, E., 2018. Fizičke aktivnosti u stilovima života osoba srednje životne dobi: doktorska disertacija. Beograd: Beogradski Univerzitet, Medicinski fakultet, pp. 25-29.

Veenhoven, R., 1996. The study of life satisfaction. In: Saris, W.E., Veenhoven, R., Scherpenzeel, A.C. & Bunting B., eds. A comparative study of satisfaction with life in Europe. Eötvös University Press, pp. 11–48.

Waters, E. A. & Hawkins, E., 2018. Awareness of Health Outcomes Associated with Insufficient Physical Activity and Associations with Physical Activity Intentions and Behavior. *Journal of health communication*, 23(7), pp. 634–642.

WHO constitution. Dostupno na: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> [22. 6. 2019].

WHO. 2017. Globalni i regionalni obrasci i trendovi unosa hrane. Dostupno na: http://www.who.int/nutrition/topics/3_foodconsumption/en/print.html [22. 6. 2019].

WHO. Fizička aktivnost, pregled činjenica. Ažurirano u junu 2015. godine. Dostupno na: <http://www.who.int/mediacentre/> [22. 6. 2019].

Zakon o zdravstvenoj zaštiti R Srbije, 2019. Beograd: Službeni glasnik RS 25/201.

KOLIKO JE ODVISNO OD NAS IN KOLIKO OD DRUGIH, DA DOSEŽEMO CILJ ZDRAVJA IN ZADOVOLJSTVA

How much depends on us and how much on others to achieve the goals of health and satisfaction

Zorica Mihajlo, diplomirana medicinska sestra, specialistka
Podpredsednica Zveze združenj zdravstvenih delavcev Beograda, Republika Srbija
zmihajlo@yahoo.com

Povzetek

Biti zdrav vsakemu posamezniku pomeni nekaj drugega. Za laike to najpogosteje pomeni, da človek ni bolan, za zdravstvene delavce pa je to odsotnost medicinsko opredeljenih bolezni in nezmožnosti. Standardi o tem, kaj lahko štejejo za zdravo, se spreminjajo, ljudje pa zdravje najpogosteje vrednotijo subjektivno, kar otežuje merjenje. Za številne je zadovoljstvo beseda, ki povzroča mešane občutke in je vedno povezana z nečim dobrim. To pomeni, da je zdravje vir, ki podpira delovanje posameznika v širši družbi. Zdrav način življenja zagotavlja sredstva za življenje v polnosti. Če želimo doseči cilj zdravja in zadovoljstva v življenju, se moramo zavedati pomembnosti dobro zastavljenih ciljev.

Ključne besede: zdravje, zadovoljstvo, cilji, realnost, življenje, posameznik.

Abstract

Being healthy to each individual means something different. For laymen, this most often means that a person is not ill, but for healthcare professionals, this is the absence of medically defined illnesses and incapacity. Standards of what can be considered healthy are changing, and most often, people value health subjectively, making measurement difficult. For many, satisfaction is a word that causes mixed feelings and is always associated with something good. This means that health is a resource that supports the individual's functioning in the wider society. A healthy lifestyle provides the means to live life to the fullest. In order to achieve the goal of health and satisfaction in life, we must be aware of the importance of well-defined goals.

Keywords: health, satisfaction, goals, reality, life, individual.

Uvod

Zdravje je vir vsakodnevnega življenja, in ne cilj življenja. Zdravje je pozitiven koncept, ki poudarja družbene in osebne vire ter telesno sposobnost (WHO, 2017). Za človekovo zdravje je dobro tisto, kar ga krepi, neguje, hrani, plemeniti, dviguje zadovoljstvo življenja. Na žalost pa sodoben način

življenja deluje ravno nasprotno. Nezadostno gibanje, hitra prehrana, energijske pijače, hiter tempo življenja, stres, vsakodnevna izpostavljenost elektromagnetnim sevanjem pri redni uporabi mobilnih telefonov in urah sedenja pred računalnikom. Če k temu dodamo še kajenje, debelost ali povečano uživanje alkohola, postaja pot do dobrega zdravja vse daljša.

V novejšem času so raziskovalci zdravje opredelili kot sposobnost telesa, da se prilagodi novim grožnjam in slabostim. Trditev temelji na ideji, da je sodobna znanost močno povečala ozaveščenost ljudi o boleznih in o njihovem delovanju v zadnjih desetletjih (Felman, 2017).

Neustrezna prehrana, zlasti velik vnos ogljikovih hidratov, sladkorja in maščob, povečuje tveganje za srčno-žilne bolezni in vodi v resno poslabšanje zdravja. V nasprotju s tem pa tudi nizke vrednosti maščob kot posledica različnih priljubljenih in agresivnih diet prav tako škodujejo zdravju. Neustrezna prehrana na daljši rok neizogibno povzroči zdravstvene težave in pomanjkanje hranljivih snovi, potrebnih za dober imunski sistem in pravilno delovanje telesa. (WHO, 2017) Zdravstvena statistika v Srbiji je alarmantna. Vsako leto zaradi bolezni srca in ožilja umre več kot 50.000 ljudi, 20.000 jih umre zaradi rakavih obolenj, število sladkornih bolnikov se bliža milijonu, približno 44 % moških in 31 % žensk pa naj bi bilo leta 2020 prekomerno debelih (Inštitut za javno zdravje Srbije, 2019).

In zadovoljstvo, kaj je zadovoljstvo? Če ste morda malce zmedeni zaradi številnih terminov zadovoljstva z življenjem, niste edini!

Zadovoljstvo z življenjem je malce kompleksnejše, kot se zdi na prvi pogled; ta pojem se včasih uporablja tudi za srečo, vendar gre za dva različna koncepta. Zadovoljstvo z življenjem je ocena nekega življenja v celoti, in ne le trenutna raven sreče. Obstaja nekaj različnih delovnih definicij zadovoljstva z življenjem, vključno z blagostanjem in zadovoljstvom z življenjem: »Zadovoljstvo je celovito vrednotenje občutkov in mnenj o nekem življenju v določenem trenutku, v razponu od negativnega do pozitivnega« (Buetell, 2010).

Druga priljubljena definicija zadovoljstva z življenjem je od drugega izjemno cenjenega znanstvenika: »Zadovoljstvo z življenjem je tista stopnja, do katere pozitivno ocenjujemo splošno kakovost svojega življenja kot celote. Drugače povedano, v kolikšni meri ima oseba rada svoje življenje« (Veenhoven, 1996).

Čeprav so med definicijami majhne razlike, je osnovna ideja enaka: zadovoljstvo z življenjem se nanaša na posameznikovo splošno počutje v zvezi z njegovim življenjem. Z drugimi besedami, zadovoljstvo z življenjem je globalna ocena, in ne ocena, ki temelji na določenem trenutku ali na kakršnem koli določenem področju.

V kolikšni meri je cilj zdravja in zadovoljstva odvisen od nas

Od nas je odvisno veliko. Toda pojdemo po vrsti, obstaja veliko dejavnikov, ki vplivajo na to, na tem mestu pa bo govora o najpomembnejših. Nezadostno gibanje, hitra hrana, energijske pijače, hiter tempo življenja, stres, če pa k temu dodamo še kajenje, debelost ali povečano uživanje alkohola, postaja pot do dobrega zdravja vse daljša.

Cilji nam v življenju dajejo smisel in nas osrečujejo, saj predstavljajo namen in smer našega življenja. Brez želja, ciljev, brez nečesa, k čemur težimo, bi popolnoma zastali. Običajno bi v rutini in negotovo stopali naprej, ker ne bi bili prepričani, kaj je treba narediti.

Najpomembneje je, da so naši cilji v skladu z našo dejansko situacijo, kar je pomembno za postavljanje ciljev v življenju. Jasno postavljen in realen cilj je osnova uspeha (Gilbert, 2010).

Za uspeh na katerem koli področju svojega življenja moramo vedeti, kaj natančno želimo. Šele ko vemo, kaj hočemo, in ko smo prepričani v svoje želje, vemo, v katero smer naj gremo in kakšen bo prvi korak. Vsak dosežen cilj je naš osebni uspeh in temelj za napredovanje. Resničnost je zagotovo drugačna in poleg življenjskega sloga, tolerance do frustracij, načina prehranjevanja, gibanja in genetike, ki so ključni dejavniki dolgega življenja, včasih na dolgo življenje lahko vplivajo tudi osebnostne lastnosti. Potrjeno je, da osebna rast, ki gre v smeri samouresničitve, koncept »tukaj in zdaj«, pa tudi prizadevanje za razumevanje drugih in njihovih potreb aktivno vplivajo na dolžino človekovega življenja. Aktivnega odnosa do življenja v celoti pri sebi ni preprosto razviti, toda sčasoma lahko posameznik premaga katero koli težavo, to pa bo najbolje storil, če tega ne bo videl kot težavo.

Namen prispevka je raziskati vpliv družbenega okolja, vključno z delovnim in družinskim okoljem, bližnjimi prijatelji, na zadovoljstvo, osebno srečo in zdravje ter v kolikšni meri je za vse to odgovoren posameznik (Gilbert, 2010).

Pomen prehrane

Zavedamo se, da neustrezna prehrana, zlasti velik vnos ogljikovih hidratov, sladkorja in maščob, povečuje tveganje za srčno-žilne bolezni in vodi v resno poslabšanje zdravja. Od nas je odvisno, ali bomo jedli zdravo, kar pomeni bodisi opuščanje ali le redko uživanje hrane z veliko sladkorja, nasičenih maščob in soli. To vključuje večino hitre hrane, veliko kalorij, predelane hrane, kot so čips in krekerji, ter vse, kar vsebuje več miligramov soli kot kalorij v obroku (Jorga, 2016).

In tukaj je nekaj zelo dobrih razlogov, zakaj bi morali razmišljati o zdravi prehrani, na katero lahko vplivate, saj gre za vas.

Povečanje produktivnosti

Na tak način, kot skrbite za kakovost goriva, ki ga točite v svoj avtomobil, bi morali razmišljati tudi o kakovosti goriva, ki ga vnesete vase. Vaši možgani potrebujejo za pogon kakovostno gorivo. Energija, ki jo zagotavljajo kalorije iz hrane, je potrebna za vsako telesno funkcijo, vključno z mislimi, telesno dejavnostjo in zdravljenjem. Nezdrava prehrana znatno povečuje možnost zmanjšanja produktivnosti. Po eni izmed študij slaba prehrana za kar 66 % poveča verjetnost zmanjšanja produktivnosti (Hoddinott, 2008). Zavedati se je treba, da zmanjšanje produktivnosti samodejno pomeni slabše delovne rezultate in s tem slabše napredovanje.

Boljše razpoloženje

Vse, kar pojedete, učinkuje na vaše možgane, vključno s tistimi deli, ki uravnavajo vaše razpoloženje. Čeprav ne obstaja niti eno živilo, ki bi delovalo kot preizkušen antidepressiv, vam bo vzdrževanje stabilne ravni krvnega sladkorja s pravilno prehrano pomagalo, da se boste večino dneva počutili bolje (Banna, 2018).

Nadzor nad telesno težo

Poleg želenega videza lahko izguba telesne teže pomaga pri zmanjšanju tveganja za nastanek kroničnih bolezni. Če ima oseba prekomerno telesno težo ali debelost, obstaja večje tveganje za razvoj več zdravstvenih stanj, vključno z boleznimi srca, sladkorno boleznijo tipa II in majhno kostno gostoto (Banna, 2018).

Pomen telesne dejavnosti

Telesna dejavnost je eden najpomembnejših korakov za izboljšanje zdravja. Nepravilna prehrana in pomanjkanje telesne dejavnosti sta glavna dejavnika tveganja za nastanek kroničnih bolezni. Redna zmerna telesna dejavnost zmanjšuje tveganje za srčne bolezni, možgansko kap, osteoporozo, diabetes, depresijo in debelost. Kako nam telesna vadba pomaga? Z vadbo nadzorujemo telesno težo, pomaga nam pri preprečevanju pridobivanja odvečnih kilogramov ali pri ohranjanju zelene telesne teže. Ko telovadite, porabljate kalorije. Pri intenzivnejši vadbi porabite več kalorij (Šabić, 2018).

Ni vam treba porabiti veliko časa za vadbo, ki vam bo koristila pri zmanjšanju telesne teže. Če ne morete vaditi, bodite čez dan dejavnejši – pojdite po stopnicah namesto z dvigalom ali se intenzivneje lotite hišnih opravil. Telesna dejavnost poveča mišični volumen, poveča bazalni metabolizem in poveča porabo energije. Po treningu je celo do 72 ur večja poraba energije kot pred treningom, kar je zelo pomembno pri hujšanju ali vzdrževanju telesne teže. Z vadbo se borimo proti stanju pred boleznijo in proti bolezni (Waters & Hawkins, 2018).

Kajenje

Vsi vedo, da kajenje škoduje zdravju. Večina ljudi kljub temu kadi, res pa je, da zavedanje o škodljivosti te razvade raste. Cene cigaret se dvigujejo, škatlice, v katerih se prodajajo, jasno in nazorno poudarjajo posledice njihovega konzumiranja, sprejemajo se zakoni o izoliranju prostorov, v katerih je kajenje dovoljeno, a tovrstnih krajev je vse manj (Borović, 2003).

Alkoholizem

Ni dogodka ali pa je takih le malo, celo na področju kulture, ki bi potekal brez alkohola. Od praznovanja rojstev, rojstnih dni, poroke, smrti – povsod je prisoten alkohol. Ne le da številne dogodke spremlja alkohol, ampak je pogosto celo osrednja točka dogodka. V Srbiji imamo zelo visoko toleranco do alkohola in pri nas je normalno, da pijemo. Vprašanje je, kaj je normalno; alkohol je zakonita substanca, toda za nas je povsem normalno, da pijemo nekaj škodljivega, in v tem je težava. Letos smo »poskočili« na lestvici uživanja alkohola, »napredovali« smo z devetih litrov na prebivalca pred petimi, šestimi leti na 12 litrov (Mladenović, 2019). Medicinski pristop do alkoholizma je bil pogosto črno-bel – piješ ali ne piješ. Če piješ, si alkoholik, če ne piješ, je v redu. Črno-belo zdravljenje očitno ni učinkovito, uporablja pa se lahko vrsto let. Število alkoholikov vse bolj narašča, še posebno mladih. To je področje, ki se šele »načenja«, pri sprejemanju teh novih konceptov pa je veliko odpora. Naši učitelji so vrsto let na to temo gledali črno-belo in svetovali le – prepovedujte pitje. To, kar bi bilo treba storiti, se imenuje zmanjšanje pitja. Če pijete, je to

povsem vaša odgovornost, vendar je tudi odgovornost strokovnjakov, medijev, da vam razložijo, kako naj pijete, če to že počnete (Mladenović, 2019).

Pomen skrbi za vaše zdravje in zadovoljstvo

Ko ste zdravi, o zdravju niti ne razmišljate, ko pa se pojavijo težave, sprejemate drastične odločitve. Najpametneje pa je, da delujete preventivno. Skrb za zdravje je vseživljenjska navada, kultura in način življenja. Po ocenah lahko kar polovico kroničnih bolezni preprečimo z boljšo zdravstveno oskrbo v kateri koli starosti. Zelo pomembni so sistematični pregledi in pravočasen obisk zdravnika. Za spremembe na boljše ni nikoli prepozno. Zakaj torej ne bi že danes sprejeli kakšne zdrave odločitve? Ni se lahko znebiti nezdravih navad, vendar je mogoče. Prenehanje kajenja in manjši vnos alkohola sta odločitvi, ki vam bosta spremenili življenje, kot tudi telesna dejavnost (Inštitut za javno zdravje Srbije, 2018).

Vlagati je treba v preventivo in zdravstveno izobraževanje prebivalstva, vendar je to obenem tudi vprašanje odgovornosti vsakega posameznika. Redni zdravstveni pregledi so pomemben ukrep preventive, saj omogočajo pravočasno odkrivanje bolezni. Tudi ko nimate težav z zdravjem, obvezno enkrat na leto obiščite izbranega zdravnika. Pregled bo omogočil vpogled v osnovne laboratorijske preiskave, vrednosti krvnega tlaka, izvide glede srca in pljuč, stanje krvnih žil, pravočasno pa se lahko odkrije povišan krvni sladkor ali kakršne koli druge negativne spremembe. Zdravnik vam bo razložil, zakaj je pomembno več gibanja in kako se pravilno prehranjevati (Zakon o zdravstvenem varstvu Republike Srbije, 2019).

V kolikšni meri je odvisno od drugih, da dosežemo cilj zdravja in zadovoljstva? Kdo so ti drugi?

Družina

Po sistemskem razumevanju družine se za normalno šteje funkcionalna družina. Torej, normalna družina ni le tista, ki izpolnjuje ekonomske, psihološke, socialne in reproduktivne funkcije, ampak predvsem tista, ki gre skozi rast in razvoj ter medsebojno pomoč in podporo. (Drejper & Dalos 2014) Najpogosteje se kot merilo funkcionalnosti družine uporablja njeno obvladovanje stresnih ali kriznih situacij različnih vrst, kakovost reševanja le-teh, pa tudi vzdrževanje homeostaze za vsako ceno, tj. stabilnost, ki se upira spremembam. Prav družina vam bo pomagala doseči cilj zdravja in zadovoljstva (Moore, 2011).

Prijatelji

Veliko je odvisno od prijateljev in tudi od družine (Jul, 2017). Dober prijatelj nam bo pomagal, da se bomo za dobro zdravje in življenjsko zadovoljstvo znebili slabih navad. Odpravljanje slabih navad ni preprost ali kratkotrajen proces, vsekakor pa je izvedljiv. Resnično obstaja veliko kadilcev, ki občasno poskušajo opustiti kajenje, tistih, ki prekomerno pijejo, a redko razmišljajo o zdravljenju, tistih, ki pojedjo toliko, da njihova teža ogroža njihovo zdravje, včasih pa so celo na dieti, in večina se občasno želi znebiti teh slabih navad. Naj bo ta odločitev o spopadanju s težavo samo VAŠA, saj imate težavo vi, vendar boste brez podpore prijatelja, ki vam ne bo ponujal cigaret ali manj kadil

v vaši družbi, ki vam ne bo ponujal alkohola ali ne bo pil v vaši prisotnosti, vas ne bo zvaljal v restavracijo na prenegodanje, težko uspeli. Prijatelj je ob vas zato, da vam pove, da pojdite k zdravniku in se rešite težav, saj boste potem bolj zdravi in zadovoljnejši (Damjanović, 2015).

Delovno okolje

Vsi, ki so zaposleni, vedo, kako pomembno je delovno okolje za naše zdravje in zadovoljstvo. Ob vprašanju, kako je v službi, se najpogosteje srečujemo z naslednjimi odgovori:

- slaba delovna klima, nenehno smo pod pritiskom;
- imam dobro ekipo;
- delovna klima je super, sicer je veliko dela, ampak je v redu;
- sodelavci so brezzvezni;
- vodja je grozen, zelo je naporen;
- vsi so sproščeni, ko pa je treba poprijeti, se vsi aktivirajo in končamo vse, kar je treba;
- vsi se ukvarjajo samo s tem, kdaj je kdo prišel na delo, in ne kaj in kdaj je treba delati;
- všeč mi je, ker ni nobene drame;
- ni nobene energije, vse je po starem;
- nenehno je gneča in panika.

Zelo zanimivo je, da nihče ne govori o delu, ki ga opravlja, ampak le o delovnem okolju. Torej nam je jasno, kako pomembno je delovno okolje za zdravje in zadovoljstvo. Dobro delovno okolje je velika pridobitev in nagrada, saj vsak dan tam preživite veliko časa, kar se na zaposlenem izraža dobro ali slabo (Beutell, 2010).

Zdravstveno varstvo

Vedno je treba najprej izhajati iz primarnega zdravstvenega varstva, prve ravni stika, ki ga imajo posamezniki, družine in skupnost z zdravstvenim sistemom (Zakon o zdravstvenem varstvu Republike Srbije, 2019). Vključuje skrb za človeka z zagotavljanjem storitev, promocijo zdravja, preventivo bolezni, ki zajema razumevanje socialnih, ekonomskih, kulturnih in političnih determinant zdravja. Vlagati je treba v preventivo in zdravstveno izobraževanje prebivalstva, vendar je to obenem tudi vprašanje odgovornosti vsakega posameznika. Redni zdravstveni pregledi so pomemben ukrep preventive, saj omogočajo pravočasno odkrivanje bolezni. Tudi ko nimate težav z zdravjem, obvezno enkrat na leto obiščite izbranega zdravnika. Pregled bo omogočil vpogled v osnovne laboratorijske preiskave, vrednosti krvnega tlaka, izvide glede srca in pljuč, stanje krvnih žil, pravočasno pa se lahko odkrije povišan krvni sladkor ali kakršne koli druge negativne spremembe. Razložil bo, zakaj je potrebno več gibanja, kako se pravilno prehranjevati, da boste živeli zdravo.

Razprava

Cilj samega dela je razumeti in spomniti na pomen zdravja in zadovoljstva za nas same in za vse okoli nas, in to ne le ob svetovnem dnevu zdravja in podobno. Na primer, preventivni pregledi so namenjeni pravočasnemu odkrivanju in zdravljenju nekaterih bolezni, najpogostejši cilj pa je zgodnje odkrivanje bolezni, kar bo izboljšalo kakovost vašega življenja.

Včasih morate postaviti sebe na prvo mesto! Treba je skrbeti za redne zdravstvene preglede, saj s tem varujemo sebe in svoje zdravje. Kdaj najti čas za vse to? Ko opravimo vse naše obveznosti, ki so na prvem mestu – služba, dom, otroci, šola? Ob vsem tem najdemo malo časa za spanje, počitek, druženje s prijatelji in za telesno dejavnost. Odločno je treba spremeniti organizacijo in stanje ter življenje narediti zdravo, zadovoljnejše, bolj sproščeno, skratka boljše.

Če smo zdravi in zadovoljni, je to neizmerno bogastvo, ki se ga takrat ne zavedamo. Če še nikoli niste pomislili, ali je vaše življenje zdravo, je pravi čas, da to storite zdaj, ob branju tega besedila. Kljub dejstvu, da vsi živimo hitro, je res tudi trditev: »Kdor hoče, bo našel način, kdor noče, pa izgovor.« Številni imajo veliko obveznosti, vendar jim kljub temu uspe, da so videti odlično in skrbijo zase (Inštitut za javno zdravje, 2018).

Zaključek

Iz izkušenj vemo, da obstajajo ljudje, ki ne skrbijo za svoje zdravje in katerih zadovoljstvo je pač takšno, kot je, obstajajo ljudje, ki skrbijo za svoje zdravje in zadovoljstvo, ter obstajajo ljudje, ki v tem pretiravajo. Poiskati morate pravo mero in vsak dan skrbeti za svoje zdravje na pravi način. Mnogi trdijo, da je za zdravo življenje potrebno veliko denarja, da so telovadnice drage, da je hrana draga in podobno, vendar vadba ni le v telovadnici, obstajajo različne možnosti – od dolgih sprehodov do uravnotežene prehrane in podobno.

Našteli smo le nekaj pomembnih postavk za doseganje ciljev zdravja in zadovoljstva, na primer zdrava prehrana, pomen telesne dejavnosti, opustitev kajenja, zmerno pitje, skrb za zdravje. In to je del tega, na kar lahko vplivamo; ali bomo vplivali ali ne, pa je odvisno od številnih dejavnikov. Predvsem od ozaveščenosti ljudi glede pomena tega, pa tudi od okolja, družine, prijateljev, delovnega okolja in zmožnosti pravočasne uporabe zdravstvene oskrbe. Če ste zdravi, ste tudi zadovoljni. Stara modrost pravi, da vsak življenjski slog slej ko prej zahteva svoje plačilo.

Literatura

Banna, J. & Bersamin, A., 2018. Community involvement in design, implementation and evaluation of nutrition interventions to reduce chronic diseases in indigenous populations in the U.S.: a systematic review. *International journal for equity in health*, 17(1), pp. 116.

Beutell, N.J., 2010. Health, supervisory support, and workplace culture in relation to work-family conflict and synergy. *Psychological Reports*, 107(1), pp. 3–14.

Borović, P., 2003. Pušenje. Beograd: Žarko Albulj, pp. 10-12.

Centar za kontrolu i prevenciju bolesti SAD. Fizička aktivnost i zdravlje. Ažurirano u junu 2015. godine. Dostupno na: <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/pa-health/> [22. 6. 2019].

Damjanović, B., 2015. Ne bih mogla ovo bez tebe. Beograd: Samoizdavač.

Drejper, R. & Dalos, R., 2014. Sistemska porodična terapija. Beograd: Psihopolis,.

Gilbert, D.R., 2010. Mapa uspeha. Beograd: Čarobna knjiga, pp. 12-15.

Hoddinott, J., Maluccio, J.A., Behrman, J.R., Flores, R. & Martorell, R., 2008. Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. *Lancet*. 371, pp. 411–416.

Institut za javno zdravlje Srbije. 2018. Rezultati istraživanja zdravlja stanovništva Srbije. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije, 2018. Dostupno na: <http://www.batut.org.rs/index.php?content=1044> [22. 6. 2019].

Institut za javno zdravlje Srbije, 2015. Rezultati istraživanja zdravlja stanovništva Srbije. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije, 2015. Dostupno na: <http://www.batut.org.rs/index.php?content=1045> [22. 6. 2019].

Institut za javno zdravlje Srbije. Rezultati istraživanja zdravlja stanovništva Srbije. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije, 2013. Dostupno na: <http://www.batut.org.rs/index.php?content=1043> [22. 6. 2019].

Jorga, J., 2016. Uvod u kliničku ishranu sa osnovama medicinske nutritivne terapije. In: Jorga, J., eds. Higijena sa medicinskom ekologijom. Beograd: Data status, pp. 131-153.

Jul, J., 2017. Agresija-zbog čega je naophodna našoj deci i nama. Beograd: Laguna.

Mladenović, I., 2019. Vodič za odgovorno pijenje alkohola. Beograd: Institut za mentalno zdravlje Beograd.

Moore, B.C., Biegel, D.E. & McMahon, T.J., 2011. Maladaptive Coping as a Mediator of Family Stress. *Journal of social work practice in the addictions*, 11(1), pp. 17–39.

Šabić, E., 2018. Fizičke aktivnosti u stilovima života osoba srednje životne dobi: doktorska disertacija. Beograd: Beogradski Univerzitet, Medicinski fakultet, pp. 25-29.

Veenhoven, R., 1996. The study of life satisfaction. In: Saris, W.E., Veenhoven, R., Scherpenzeel, A.C. & Bunting B., eds. A comparative study of satisfaction with life in Europe. Eötvös University Press, pp. 11–48.

Waters, E. A. & Hawkins, E., 2018. Awareness of Health Outcomes Associated with Insufficient Physical Activity and Associations with Physical Activity Intentions and Behavior. *Journal of health communication*, 23(7), pp. 634–642.

WHO constitution. Dostupno na: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> [22. 6. 2019].

WHO. 2017. Globalni i regionalni obrasci i trendovi unosa hrane. Dostupno na: http://www.who.int/nutrition/topics/3_foodconsumption/en/print.html [22. 6. 2019].

WHO. Fizička aktivnost, pregled činjenica. Ažurirano u junu 2015. godine. Dostupno na: <http://www.who.int/mediacentre/> [22. 6. 2019].

Zakon o zdravstvenoj zaštiti R Srbije, 2019. Beograd: Službeni glasnik RS 25/201.

