

**ZDRAVSTVENA VZGOJA -  
MOČ MEDICINSKIH SESTER**

**Naslov:**

**ZDRAVSTVENA VZGOJA - MOČ MEDICINSKIH SESTER**  
**Zbornik prispevkov z recenzijo**

**Urednica:**

mag. Andreja Kvas

**Recenzentka prispevkov:**

dr. Silvestra Hoyer

**Jezikovni pregled:**

Mojca Hudolin

**Izdalo in založilo:**

Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana

**Za založnika:**

Đurđa Sima

**Oblikovanje naslovnice:**

Tomaž Kvas

**Grafična priprava in tisk:**

Tiskarna Kalipso d.o.o.

**Naklada:**

800 izvodov

Ljubljana, 2011

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

613:37(082)

ZDRAVSTVENA vzgoja - moč medicinskih sester : zbornik prispevkov  
z recenzijo / [urednik Andreja Kvas]. - Ljubljana : Društvo  
medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2011

ISBN 978-961-92811-6-1

258984960

# KAZALO

UVODNE MISLI – Đurđa Sima, dipl. m. s.	IV
1. <b>Promocija zdravja</b> doc. dr. Tanja Kamin	1
2. <b>Meje in pasti vpeljevanja izraza 'edukacija'</b> doc. dr. Irena Lesar	21
3. <b>Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo?</b> viš. pred. mag. Andreja Kvas, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.	33
4. <b>Potencial vzpostavljen mreže zdravstvenovzgojnih centrov za preprečevanje in obvladovanje kroničnih bolezni</b> asist. Sanja Vrbovšek, dipl. m. s., univ. dipl. soc.	47
5. <b>Izzivi zdravstvenovzgojnih centrov v Zdravstvenem domu Ljubljana</b> Alenka Slapšak, dipl.m.s., Majda Šmit, dipl.m.s., Majda Brandt, prof. zdr. vzg., Valerija Palkovič, dipl.m.s., Danijela Šenkinc-Vovk, dipl.m.s., Martina Vidmar, prof.zdr.vzg., Beti Zafran, mag. zdravstvene nege	59
6. <b>Pomen neprekinjene edukacije v prvem letu odkritja sladkorne bolezni tip 2 v Zdravstvenemu domu Ljubljana</b> Majda Mori Lukančič, prof. zdr. vzg., Andreja Semolič Valič, dipl. m. s., Danijela Šenkinc Vovk, dipl. m. s., Tatjana Lekšan, dipl. m. s., Marta Peklar, dipl.m.s.	67
7. <b>Vloga medicinske sestre – tehnika pri izvajanju hiperbarične oksigenoterapije</b> pred. Željko Vuković, viši medicinski tehničar	77
8. <b>Asistirano življenje pacientov z duševnimi motnjami v skupnosti – vidiki zdravstvene nege</b> dr. Radojka Kobentar, viš. med. ses., prof. def. in Marija Smolič, viš. med. ses., spec. patr. zdrav. nege, ET	97
9. <b>Zdravstvenovzgojno delo v ambulanti za srčno popuščanje: živeti s kronično boleznijo</b> Katja Janša-Trontelj, dipl. m. s.	107
10. <b>Opolnomočenje pacienta s kronično boleznijo</b> viš. pred. mag. Tamara Štemberger Kolnik, dipl. m. s., ET	119

## UVODNE MISLI

S pričujočo publikacijo bralcem in udeležencem 12. simpozija Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana želimo osvetliti več pojmov, ki se v praksi prepletajo. Definicije ne rešujejo zdravstvenega problema, zaradi česar je potrebna intervencija na področju pridobivanja znanja, temveč nakazuje primernejšo obliko, da ta aktivnost učenja in vzgoje doseže primerne rezultate. Z vsem skupaj gradimo na nepretrganosti, ki je potrebna pri vseh oblikah sprejemanja novih znanj in veščin. Ko smo se v programskem odboru podali na pot razsvetljevanja pojmov – vzgoja, učenje, edukacija pacienta, smo se srečali z uganko, kdaj, kaj in kako uporabiti. Zato smo natančneje osvetlili pojme in razlage skozi delo različnih avtorjev iz pedagoške, socialne in zdravstvene sfere delovanja.

S približevanjem izbranih tem izvajalcem zdravstvene in babiške nege, ki so razdeljene po sklopih z namenom, da označimo ravni delovanja zdravstvene dejavnosti nakazujemo poti za svetovanje uporabnikom. Kje in kaj poiskati, oziroma kako navezati stike v postopkih zdravljenja. Načrtovana in kontinuirana zdravstvena vzgoja pacientov je integralni del zdravljenja. Skozi definiranje in opredelitev pojmov smo se dotaknili elementov javnega zdravja, kajti skozi aktivno vlogo medicinske sestre in babice pripomoremo, da ta status javnega zdravja doseže nacionalno vrednost. Ni za zanemarjati socialno sfero zdravja, ki močno nakazuje področja za delovanje izvajalcev zdravstvene in babiške nege na področju zdravstvene vzgoje prebivalstva. Tematska razdelitev je opravljena v treh delih, v prvem delu smo osredotočeni na ohranjanje zdravja in preprečevanje bolezni. V drugem in tretjem delu predstavljamo teme, ki nas usmerjajo v razumevanje bolezni, bolezenskih procesov in vloge medicinske sestre, ki jo opravi skozi zdravstveno vzgojo pacienta. Rdeča nit celega simpozija je povezovanje izvajalcev zdravstvene nege na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, skozi učenje in vzgojo pacientov.

Strateški cilji resornega ministrstva so usmerjeni v zagotavljanje pozitivnega zdravja prebivalstva Slovenije, med drugim kakovostna in varna zdravstvena zaščita, ter ekonomsko vzdržan sistem zagotavlja prebivalcem Slovenije učinkovito izrabo vseh resursov namenjenih ohranjanju in povrnitvi zdravja. Za ključne izzive si je minister za zdravje skupaj s sodelavci postavil v prvi vrsti preventivo in promocijo zdravja. V letošnjem koledarskem letu so se skozi referenčne – vzorčne ambulante realizirale nekatere naloge slovenskega javnega zdravstva, ki so na primarni ravni v preteklih letih zamrle. Obuditev oz. umestitev zdravstveno vzgojnega svetovanja je pozitiven korak k doseganju nacionalnih ciljev, katere, tako financerji, kot politiki nemalokrat zanemarjajo. Ne smemo spregledati evidentnih podatkov, da so kronične nalezljive bolezni v krepkem porastu, zato vse oblike

aktivnosti, ki so usmerjene v učenje in spreminjanje nezdravih življenjskih navad premaknejo meje razmišljanja posameznika in družbe. Naši ukrepi usmerjeni v učenje in osvajanje vzorcev zdravega načina obnašanja, so potrebni že v zibelki, z njimi nadaljujemo v dobi otroštva, mladostništva in odraslosti.

Izkoristimo vsako priložnost, ki nam je ponujena, ustvarimo novo in ustvarjalno okolje pozitivne prakse. Skozi obliko profesionalnega delovanja in nezanemarljivega prostovoljstva medicinske sestre in babice svoje profesionalno poslanstvo integriramo v lokalno skupnost. To občutno znižuje stroške, obenem vpliva na ohranitev in krepitev zdravja prebivalstva Slovenije.

Z delovanjem Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana v javnem interesu ponujamo znanje in svetovanje s kontinuiranim pristopom prebivalcem v ljubljanski regiji. Približevanje aktivnosti za promocijo zdravja v lokalni skupnosti krepi zdravje, življenje in produktivnost ljudi.

Predsednica DMSBZT Ljubljana

Đurđa Sima



# PROMOCIJA ZDRAVJA

*doc.dr. Tanja Kamin,*

*Fakulteta za družbene vede  
tanja.kamin@fdv.uni-lj.si*

V svetovnem merilu se za časovno prelomnico razvoja »novega« javnega zdravstva šteje leto 1986 oziroma prva mednarodna konferenca o promociji zdravja v Ottawi v Kanadi. Takrat so bili zastavljeni temeljni cilji javnega zdravstva, v katerih podstat je bil vgrajen koncept promocije zdravja.

Zgodovina termina »promocija zdravja« sicer sega nekaj desetletij pred Ottawsko listino o promociji zdravja. Prvič naj bi ta termin izpostavil znani zgodovinar medicine, Henry E. Sigerist, ki je leta 1945 promocijo zdravja opredelil kot eno izmed štirih temeljnih nalog medicine, torej poleg preprečevanja bolezni, zdravljenja bolnih in rehabilitacije. Zanj je promovirati zdravje pomenilo zagotavljati primerne življenjske razmere, izobrazbo, sredstva za počitek in rekreacijo ter ustrezno fizično kulturo. Sigerist je na teh družbenih področjih prepoznaval temeljne spodbujevalne in zaviralne dejavnike zdravja. Po njegovem mnenju naj bi zato vsak nacionalni program zdravja zagotavljal najprej brezplačno izobraževanje za vse ljudi, vključno z zdravstveno vzgojo, nato dobre delovne in življenjske pogoje ter dobre možnosti za počitek in rekreacijo. Šele na četrto prioriteto mesto nacionalnega programa za zdravje je postavil medicinsko oskrbo, ki naj bi bila na voljo vsem ljudem za ohranjanje zdravja in zdravljenje bolezni. Na peto mesto pa je uvrstil raziskovanje in zdravstveno usposabljanje. V promocijo zdravja naj bi bili zato poleg zdravnikov vključeni vsi državniki, delodajalci, industrija in izobraževalne ustanove (Terris, 1992: 268).

Promocija zdravja je bila sprva definirana zelo široko in celostno. Pravo zmedo pa je na to področje vneslo poročilo javnega zdravstva iz ZDA z naslovom *The Surgeon-General's Report on Health Promotion and Disease Prevention* iz leta 1979, ki je promocijo zdravja ločilo od preprečevanja bolezni in promociji zdravja ter preprečevanju bolezni podelilo enakovreden status. Promocija zdravja je bila označena z dejavnostmi za spremembe življenjskega stila, preprečevanje bolezni pa je bilo označeno z dejavnostmi preprečevanja okoljskih groženj zdravju. Od takrat naprej promocijo zdravja ljudje interpretirajo na zelo različne načine. Nekateri si predstavljajo, da promocija zdravja zajema zdravstvene storitve, drugi jo razumejo kot sinonim za preprečevanje bolezni in/ali za zgodnje odkrivanje bolezni, tretji kot široko področje delovanja, katerega del je tudi preprečevanje

bolezni (Terris, 1992: 270–71). Različna pojmovanja in razlage promocije zdravja so tudi v Sloveniji še vedno prisotni. Podatki kažejo, da politični dokumenti promocijo zdravja definirajo najširše, kot politični koncept, skladno s smernicami SZO, zdravstvene avtoritete pa promocijo zdravja pogosto interpretirajo ožje, nemalokrat jo omejijo na komunikacijsko raven upravljanja z življenjskimi stili prebivalstva (Kamin, 2004).

Glede na raziskave, ki so vedno znova izpostavljale pomen splošnih družbenih dejavnikov za varovanje zdravja, kot so izobrazba, življenjske in delovne razmere, socio-ekonomske razlike ipd., je bila leta 1986 na pobudo SZO, Health and Welfare Canada in Canadian Public Health Association organizirana mednarodna konferenca o promociji zdravja. Njen vidni rezultat je Ottawska listina za promocijo zdravja. Ta si je prizadevala za poenotenje razumevanja promocije zdravja. V nasprotju z ostalimi predhodnimi programi za promocijo zdravja je Ottawska listina vpeljala koncept opolnomočenega državljana (angl. *empowerment*), potrebo po usklajenem multisektorskem in medresornem delovanju, medije kot enega ključnih promotorjev zdravja in decentralizacijo promocije zdravja na način bolj aktivnega vključevanja ljudi v izvajanje strategij za promocijo zdravja na lokalni ravni oziroma na ravni skupnosti.

Jedro tako opredeljene promocije zdravja je predvsem političen koncept javnega zdravstva, ki se opira na pomen latinske besede *promovere* – »povišati v stopnji« ter na pozitivne moralne konotacije, ki jih spodbuja sama sintagma »promocija zdravja« (SSKJ, 1994: 1982). Njena najosnovnejša opredelitev je danes naslednja: »Promocija zdravja so različne kombinacije vzgoje za zdravje z organizacijskimi, političnimi in ekonomskimi posredovanji, ki so oblikovane z namenom vplivanja na vedenjske in okoljske spremembe za ohranjanje in izboljšanje zdravja« (Anderson v Paris, 1995: 21). Zelo podobna in pogosto navedena opredelitev v terminologiji javnega zdravstva pa pravi, da je promocija zdravja »kombinacija izobraževalnih in ekoloških podpor delovanju posameznika in življenjskim razmeram, ki pozitivno vplivajo na zdravje«. Pri tem se »kombinacija« nanaša na nujnost povezovanja številnih dejavnikov zdravja s številnimi posredovanji ali podpornimi viri, »ekološko« pa se nanaša na politične, ekonomske, organizacijske, družbene ipd. okoliščine, ki vplivajo na vedenje in posledično zdravje (Green in Kreuter v McKenzie in Smeltzer, 2001: 3).

Ta definicija v procesu promocije zdravja izpostavlja dvojje: aktivno vlogo posameznika in delovanje družbenih struktur. Brez ustrezne strukturne podpore oziroma temeljnih pogojev in virov za zdravo delovanje, kot so mir, bivališče, hrana, izobrazba, dohodek, stabilen ekonomski sistem, socialna pravičnost in enakost ipd., posamezniku tudi zavedanje o do zdravja prijaznem vedenju ne ponuja



veliko izbire in možnosti za zdravo življenje. Brez strukturne podpore opolnomočenje državljanov in skupnosti, ki je eno izmed ključnih vodil sodobne promocije zdravja, ne more niti pomensko zaživetiti, kaj šele, da bi prispeval k boljšemu zdravju prebivalstva.

## OPOLNOMOČENOST

Beseda »opolnomočen« je bila v slovenščini prvotno pravniški pojem, ki se je uporabljal kot sinonim za besedo pooblaščen. Danes je v tem ozkem pomenu označen kot zastarel izraz (SSKJ, 1994: 778), se je pa uveljavil kot termin v sociologiji dela, v socialnem delu, teoriji organizacij in upravljanja s človeškimi viri, pa tudi na drugih področjih, ki prevzemajo angleški koncept *empowerment*. Zanj se v slovenskih prevodih pogosto pojavijo pojmi »krepitev moči«, »usposabljanje za participacijo« ipd. V sklopu javnega zdravstva ima taka terminološka postavka pomembno ideološko raven, tudi če termin razumemo v zastarelem, pravniskem smislu. Če naj bi bil posameznik opolnomočen oziroma pooblaščen za svoje zdravje, potem je zanj tudi odgovoren. Opolnomočenost posamezniku torej ne zagotavlja le pravic in možnosti, ampak tudi dolžnosti, odgovornosti in omejitve. Dejansko gre v sistemu promocije zdravja za pooblastitev, ne le krepitev moči državljanov, kar je tako pogosto poudarjano. Posamezniki morajo skrbeti za svoje zdravje, morajo se privezati v avtu, morajo preventivno obiskovati zobozdravnika ipd. Ker tisti, ki zapoveduje, ve najbolje, kaj je dobro za vse.

Pri opolnomočenju gre torej za pooblastitev z vidika dolžnosti in odgovornosti za to dolžnost. To je veliko več kot 'podelitev' moči posameznikom, da se bodo za eno ali drugo vedenje, izbiro ipd. odločili brez posebnih posledic. Zato se name-noma izogibam prevajanju pojma *empowerment* z npr. 'krepitev moči' ali 'usposabljanje posameznikov in/ali skupnosti za sodelovanje' ipd. Taki prevodi poudarjajo predvsem tisti vidik opolnomočenosti, ki se nanaša na pravice in možnosti. Hkrati se te možnosti prepogosto enačijo z najenostavnejšim modelom v promociji zdravja, modelom zaupanja v zdravje. Bistvo tega modela je predpostavka, da posameznik deluje skladno s svojo informiranostjo o zdravju. Informiranost je seveda lahko prvi pogoj za suvereno delovanje, a to ni dovolj, da bi bilo posamezniku, ki ve in zna, hkrati omogočeno, da skladno z informiranostjo tudi deluje. Zgolj informiranost še ne zagotavlja opolnomočenosti.

Hkrati bistvo opolnomočenja niso le pravice, temveč so v enaki meri tudi dolžnosti. Te dolžnosti so v sodobnih programih za varovanje zdravja celo bolj prepoznavne kot pravice posameznikov. Opolnomočenje državljanov na področju zdravstva je v veliki meri individualizacija odgovornosti za zdravje in tudi eden

od načinov, da se država in javno zdravstvo razbremenita odgovornosti za zdravje državljanov. V tem primeru programi za varovanje zdravja odgovornost za zdravje razpršijo med številne akterje, četudi je v izhodiščni definiciji promocije zdravja izrazito poudarjen prav tisti del termina »opolnomočenje«, ki izpostavlja krepitve moči posameznika.

V sodobnih programih za varovanje zdravja je mogoče zaznati navezovanje koncepta opolnomočenosti s podjetniško kulturo in menedžerskimi pristopi v zdravstvu. Ti poudarjajo, da prodiranje podjetniške kulture v javno zdravstvo spodbuja t.i. »win-win« situacijo. To je situacija, v kateri naj bi vsi udeleženci pridobivali (glej Rose v Cameron 2000). Gre pravzaprav za potrošniški pristop k opolnomočenju v zdravstvu oziroma za proces preobrazbe državljana v potrošnika zdravja. Potrošniški pristop k zdravstvu naj bi se kazal tako, da posamezniki prostovoljno izbirajo med danimi ponudbami na trgu zdravja in tako sami najboljše regulirajo delovanje ponudnikov v zdravstvu, pa tudi ostale akterje, ki pomembno vplivajo na zdravje, na primer podjetja v lokalni skupnosti, zakonodajajo, prehransko industrijo, komunalo ipd. Ne nazadnje naj bi s tem kot skupine pritiska nadzorovali tudi delovanje države. Opolnomočeni posamezniki naj bi torej s svojimi odločitvami in glasovi upravljali zelo širok trg zdravja. Na primer, da bi se posamezniki za preventivni pregled ali za zdravljenje svoje bolezni prostovoljno odločali, katerega zdravnika ali zdravilca oziroma zdravstveno ustanovo bodo izbrali na podlagi svojih informacij o zdravnikih ali zdravilcih, pa tudi izkušenj z njimi in z zdravstvenimi ustanovami. S svojo izbiro naj bi posamezniki sami vplivali na nadzor zdravstvenega trga. Pod vplivom njihovih izbir naj bi trg slabe zdravnike in zdravilce izločil, zdravstvene ustanove pa naredil bolj prijazne in učinkovite.

Model možnosti, ki naj bi jih imel posameznik za vplivanje na ponudnike v tržnem sistemu, Hirschman (1970) zajame s konceptom »izhod-glas-lojalnost« (angl. *exit voice loyalty*). Ta model zahteva vsaj dva izpolnjena pogoja: možnost alternativ in racionalnega posameznika, ki se vselej odloča skladno s svojimi interesi. Možnost alternativ bi v javnem zdravstvu lahko preučevali z vidika števila ponudnikov, cenovne dostopnosti ponudnikov zdravstvenih storitev, akutnosti problema, čakalnih vrst pri posameznem ponudniku ipd.

V modelu izbir med alternativami za posameznika seveda ni dovolj, da ima sposobnost racionalne presoje. Ta model predpostavlja tudi, da posameznik razpolaga z zadostnim kulturnim, ekonomskim in socialnim kapitalom. Nemaokrat posameznik zaradi določenih dejavnikov ne more ravnati skladno s svojimi interesi in pravicami. Lahko mu primanjkuje informacij, znanja, denarja, časa ipd. Dolge čakalne vrste za zdravstveno storitev posameznika lahko prisilijo, da se odloči, denimo, za samoplačniško storitev, četudi bi se sicer raje odločil za storitev,

do katere je kot dolgoletni plačnik zdravstvenega zavarovanja upravičen brezplačno. In tudi za to se bo lahko odločil le, če bo razpolagal z zadostnim kapitalom.

Model izbire v potrošniškem pristopu k zdravju in zdravstvu presega samo ponudbo zdravstvenih storitev. V konceptu opolnomočenosti v promociji zdravja posega tudi na raven posameznikovih izbir glede vedenja, na primer izbire polnozrnatega kruha pred belim, če ve, da je prvi bolj zdrav kot drugi. Tudi te izbire naj bi za vse udeležence na trgu prinašale zmagovalno situacijo. Posamezniki naj bi se bolje počutili, zdravstvo bi bilo manj obremenjeno s čakanimi vrstami, ponudniki bolj zdravih izdelkov naj bi imeli več dobička ipd.

Promocija zdravja je sicer s pomočjo opolnomočenja opredeljena kot »proces, ki omogoča posameznikom in skupnostim, da povečajo nadzor nad dejavniki zdravja oziroma da vplivajo na izboljšanje svojega zdravja« (WHO, 1998: 1). Nekateri zaradi take definicije dejansko vidijo bistvo promocije zdravja v krepitvi moči posameznikov. Da se uprejo industriji, ki jim prodaja slabe izdelke; na primer nehajo kupovati presladko ali premasno hrano, ki slabo vpliva na njihovo zdravje ipd. A posamezniki se, četudi so dobro informirani in četudi jim zdravje pomeni eno temeljnih vrednot, ne vedejo vedno skladno z njimi. Veliko je razlogov, zakaj je tako. Ne gre pa zanemariti strukturnih pogojev, ki posameznikom ne omogočajo, da bi bile zdrave oziroma priporočene izbire lažje dostopne in enostavnejše od alternativnih.

Zato ima zdravstvo težko nalogo, da motivira posameznike tako, da bodo sprejemali norme oziroma priporočena vedenja, hkrati pa imeli občutek, da delujejo prostovoljno in opolnomočeno. Opolnomočenje, če ga vzamemo popolnoma resno, javnemu zdravstvu pomeni tudi breme. Prvič zato, ker mora poskrbeti, da imajo posamezniki in skupnosti dejansko možnost, da se ravnavo skladno s priporočili. Drugič pa zato, ker javnemu zdravstvu ni zares v interesu, da se posamezniki prostovoljno odločajo o svojih zdravstvenih navadah oziroma da izbirajo vedenja, ki niso skladna s priporočili. Zato morajo zapovedi in norme prikazati kot prostovoljno odločanje in možnost izbire. Promocija zdravja je, pa kakorkoli jo obrnemo, proces, ki je usmerjen k spreminjanju posameznikovega delovanja v skladu z zdravstvenimi programskimi smernicami – normami – pa naj bo ta proces usmerjen k posameznikom neposredno, prek socialnega marketinga in komunikacijskih intervencij, ali posredno, prek političnega delovanja za spreminjanje družbenih, ekonomskih in okoljskih dejavnikov, ki po mnenju epidemiologov pomembno vplivajo na javno zdravje. Pri tem pa programske smernice in dejavnosti promocije zdravja predpostavljajo, da so promovirana zdravstvena vprašanja neizpodbitno v vseh primerih za vse in povsem dobra ter zaželeni. A ta predpostavka je več kot vprašljiva. Odvisna je v prvi vrsti od tega, kako in od koga je opredeljeno zdravje oziroma problem javnega zdravja.

## ZDRAVSTVENA PISMENOST

Za učinkovito izvrševanje temeljnih strategij promocije zdravja je bistveno, kot je zapisano v programih SZO, da v procesu promocije določenega zdravstvenega vprašanja aktivno sodelujejo vsi, ki so v to vprašanje kakorkoli vpleteni. Sodelovanje posameznikov v zdravstveni politiki, četudi le na ravni potrošnje, je torej obvezno, saj je zapisano kot eden izmed pogojev izvrševanja programov promocije zdravja. A temu je v verigi pogojev za izvajanje programov promocije zdravja predpisan še en pogoj, in sicer »zdravstvena pismenost« posameznikov (WHO, 1998: 2). Ta je definirana s sposobnostjo sprejemanja, procesiranja in razumevanja temeljnih informacij o zdravju in zdravstvenih storitvah, ki omogočajo posamezniku sprejemanje ustreznih odločitev glede zdravja (U.S. Department of Health and Human Services 2000). Nema lokrat se zdravstvena pismenost v programih za varovanje in promocijo zdravja pojmuje kar kot krepitev moči in/ali informiranost. A Nutbeam (2000: 264) opozarja, da je treba zdravstveno pismenost obravnavati širše kot zgolj informiranost in sposobnost branja letakov in brošur ter ustreznega izbiranja zdravstvenih storitev. V skladu z dokumenti SZO pomeni zdravstveno opismenjevanje pravzaprav posredovanje takih informacij, znanj in veščin, ki bodo oblikovali zdravju naklonjena stališča, motivirali ljudi za zdrave življenjske stile in dvigovali samozavest ljudi za delovanje v skladu z zdravstvenimi priporočili.

Zdravstveno pismenost Nutbeam zato obravnava kot temelj opolnomočenosti v procesu promocije zdravja, ki ga označujeta izboljšanje dostopa do zdravstvenih informacij in sposobnost njihove učinkovite uporabe. Torej ne le »funkcionalna« pismenost, temveč tudi »interaktivna« in »kritična« pismenost sta pomembni v procesu promocije zdravja. Interaktivna pismenost pomeni veščine, ki skupaj s socialnimi veščinami posamezniku pomagajo, da sodeluje v vsakodnevnih dejavnostih v družbi, izlušči informacije in pomene iz različnih oblik komuniciranja in uporabi nove informacije glede na trenutne okoliščine. Kritična pismenost pa pomeni še naprednejše kognitivne sposobnosti, ki skupaj s socialnimi veščinami posamezniku omogočajo kritično analizo informacij in uporabo teh za krepitev nadzora nad lastnim življenjem in življenjskimi okoliščinami (Nutbeam, 2000: 265).

Zagotavljanje dobre zdravstvene pismenosti pri velikem številu prebivalstva naj bi imelo pozitivne dolgoročne posledice za širšo družbo. Predvsem zato, ker naj bi spodbujalo aktivno sodelovanje posameznikov in skupnosti v dejavnostih, ki bistveno vplivajo na zdravje skupnosti. Torej tudi sodelovanje pri oblikovanju lokalnih politik, delovnih in življenjskih razmer ipd. Z vidika komuniciranja o zdravju taka definicija zdravstvene pismenosti pomeni velik izziv, saj od posameznikov zahteva interakcijo, participacijo in kritično analizo. To pomeni, da komunikacijske

intervencije ne smejo biti osredotočene le na posredovanje informacij o tveganjih za zdravje in drugih zdravstvenih informacij. Razvijati morajo tudi izobraževanje o političnih in organizacijskih možnosti za vplivanje na socialne, ekonomske in okoljske dejavnike, ki vplivajo na zdravje posameznika in skupnosti (Nutbeam, 2000: 265).

### Ravni zdravstvene pismenosti

Rezultat promocije zdravja				
raven zdravstvene pismenosti in cilj zdravstvenega opismenjevanja	vsebina	pridobitev posameznika	pridobitev skupnosti/družbe	primeri izobraževalne dejavnosti
funkcionalna zdravstvena pismenost: informiranje	prenos dejstev in informacij o tveganjih za zdravje in o uporabi zdravstvenih storitev	izboljšano vedenje o tveganjih za zdravje in o zdravstvenih storitvah; privolitev v priporočena dejanja	povečana participacija v programih za varovanje zdravja prebivalstva (npr. cepljenje, preventivni pregledi ipd.)	prenos informacij v medosebnem komuniciranju in prek različnih sredstev množičnega obveščanja
interaktivna zdravstvena pismenost: razvijanje veščin	enako kot zgoraj; zagotavljanje priložnosti za razvoj veščin v podpornem okolju	izboljšana sposobnost za suvereno delovanje; izboljšana motivacija za priporočena vedenja in zaupanje vase	izboljšana sposobnost za vplivanje na družbene norme	prikrojeno komuniciranje o zdravju glede na specifične potrebe in posameznike; podpora skupinam za samopomoč in socialno oporo v skupnosti; kombiniranje različnih sredstev komuniciranja

kritična zdravstvena pismenost: opolnomočenje posameznika in skupnosti	enako kot zgoraj; seznanjanje o socialnih in ekonomskih dejavnikih zdravja; zagotavljanje priložnosti za doseganje sprememb na ravni politike in delovanja organizacij	izboljšana prilagodljivost glede na socialne in ekonomske spremembe v družbi	izboljšana sposobnost za vplivanje na družbene in ekonomske dejavnike zdravja; večja moč skupnosti	zagotavljanje tehničnih nasvetov za podporo delovanju skupnosti; lobiranje pri politikah in vodjah lokalnih skupnosti; podpora razvoja skupnosti
------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vir: Nutbeam (2000: 266)

## KOMUNIKACIJSKE INTERVENCIJE ZA PROMOCIJO ZDRAVJA

V temelju vsakega programa promocije zdravjaje torej predpostavka, da sta za spremembo posameznikovega vedenja ali vedenja skupnosti v skladu z zdravstvenimi priporočili bistveni informiranost in podučenos. Posamezniki morajo biti ustrezno zdravstveno usposobljeni, imeti morajo dostop do izobrazbe in ustreznih informacij o zdravstvenih vprašanjih. Strukturne, sistemske, okoljske ali ekološke politike pa naj bi bile posameznikom zgolj opora za realizacijo priporočenih oziroma zdravih vedenj.

Zato v programih SZO in njenih članic prevladuje mnenje, da komuniciranje o zdravju postaja vse pomembnejši dejavnik za doseganje opolnomočenosti posameznikov in skupnosti v odnosu do zdravstvenih vprašanj (WHO, 1998: 8). Komuniciranje o zdravju, pa naj gre za konkretna, neposredna sporočila javnosti (denimo opominjanje kadičev na cigaretnih škaticah, da kajenje ubija, da povzroča impotenco itd.) ali za diskretna sporočila o zdravju, ki so lahko vključena tudi v zabavne medijske vsebine, je opredeljeno kot ključna strategija za informiranje javnosti o problemih zdravja, za vzdrževanje pomembnih tem zdravja na javni agendi in za upravljanje z zdravjem prebivalstva (Atkin in Wallack, 1991; Chapman in Lupton, 1994). Snovci strategij za promocijo zdravja vidijo veliko še neizkoriščenih možnosti za boljšo izrabo množičnih medijev (npr. Montgomery, 1990), zlasti pa 'novih' elektronskih komunikacijskih tehnologij, denimo interneta. Komuniciranje o zdravju na internetu in tako imenovanemu e-zdravju (angl. »e-health«) se v zadnjih letih namenja še posebno veliko raziskovalne pozornosti (Neuhauser in Kreps, 2003; Rice in Katz, 2001).

Tudi v Sloveniji predstavniki javnega zdravstva komuniciranju o zdravstvenih vprašanjih namenjajo vse več pozornosti. Raziskave kažejo, da je število komunikacijskih intervencij za promocijo zdravja, ki jih delno ali v celoti financira Ministrstvo za zdravje, v Sloveniji od leta 1991 vztrajno raslo. Do leta 2000 se je povečalo za 73 odstotkov. V dobrih dvanajstih letih je bilo izvedenih 472 komunikacijskih intervencij, od tega so se nekatere izvajale v enaki ali delno spremenjeni obliki več let zapored. V letu 2000 je bilo komunikacijskih intervencij za promocijo zdravja največ, kar 77 oziroma 16 odstotkov vseh. Od takrat naprej celotno število komunikacijskih intervencij sicer nekoliko pada. Vendar tega ne gre razumeti kot zmanjšanje intenzivnosti komuniciranja o vsebinah zdravja. Obsežnost in kompleksnost komunikacijskih intervencij sta se namreč celo povečali (Kamin, 2004: 108).

Vzroki za upadanje celotnega števila komunikacijskih intervencij so različni. Danes je komunikacijskih intervencij za promocijo zdravja številčno sicer manj, a jih je veliko zastavljenih bolj obsežno in dolgoročneje. V preteklosti so bile komunikacijske intervencije za promocijo zdravja večinoma izvedene s pomočjo posredovanja informacij le prek brošur, letakov ali plakatov. Danes je vsaka resnejša komunikacijska intervencija zastavljena tako, da sporočila prebivalstvu posreduje prek zelo različnih medijev hkrati. Torej komunicirajo o pravilni prehrani prek televizije, radia, revij, izobraževalno-zabavnih oddaj, pa tudi plakatov, letakov ipd.

/.../ Hkrati so h komuniciranju o zdravju in promociji zdravja pristopili tudi množični mediji. V medijih je vse več popularnih medicinskih, polstrokovnih prispevkov z vsebinami o zdravju in bolezni. Veliko se govori o prehrani in gibanju. Govor o zdravju je pogosto govor o lepoti, sreči, samouresničevanju, osebnosti ipd. To so vsebine, ki so bile v preteklosti praviloma v medijih označene za trivialne. Sčasoma so mediji ugotovili, da se zdravje dobro prodaja. Zdravstvene vsebine so za ljudi zanimive in tako privabljajo več občinstva k določenemu mediju. To pa je zanimivo tako z vidika prodaje medijske vsebine, npr. izvodov časopisa, televizijske oddaje, kot prodaje medijskega občinstva oglaševalcem, torej doseganja večje cene oglasnega prostora v posameznem mediju zaradi večje gledanosti, branosti in poslušnosti.

Tudi zdravstvenim avtoritetam, ki se ukvarjajo s promocijo zdravja, je vse bolj v interesu, da sodelujejo z mediji. Nekateri imajo prav svoje 'stalne' zdravstvene novinarje. Tako poskušajo promotorji zdravja posredovati zdravstveno relevantne vsebine v množične medije v obliki novinarskih prispevkov. Tako komuniciranje je za promotorje zdravja cenejše, hkrati pa, ker gre za novinarske prispevke, pogosto tudi bolj učinkovito pri umeščanju zdravstvenih tem na javno in politično agendo. Promotorji zdravja za novinarje oblikujejo poročila, kratke strokovne



tekste, dajejo pobude za pogovorne oddaje na radiu, televiziji, pripravljajo tiskovne konference ipd.

/.../ O zdravju pa ne komunicirajo le predstavniki zdravstva in mediji. Vse več je izdelkov in storitev pridobitnih organizacij, katerih oglaševanje se sklicuje na zdravje in preventivo. S tega vidika je del promocije zdravega načina življenja prevzela industrija (kozmetična, športna, prehrambena, farmacevtska industrija, ipd.), ki posameznike nenehno opozarja na zdrav način življenja in jim hkrati ponuja pripomočke, izdelke in storitve za izpolnjevanje družbenih pričakovanj o njihovem zdravem življenju. Ta promocija je lahko skladna z interesi avtoritet javnega zdravstva, lahko pa tudi ne.

To je bilo nekaj razlogov, zaradi česar komunikacijske intervencije za promocijo zdravja številčno nekoliko upadajo. Kljub vsemu jih je bistveno več kot pred letom 2000. Te, ki so, pa so bistveno obsežnejše in zavzemajo veliko več medijskega prostora kot prej.

Veliko sodobne literature govori o vznesenosti izvajalcev programov promocije zdravja nad učinki komunikacijskih intervencij za promocijo zdravja. Mnogi potrjujejo celo zelo poenostavljeno razumevanje delovanja množičnega komuniciranja in prepričanost o vsemogočnih učinkih komunikacijskih intervencij. Schlinger (1976: 302) to vznesenost zelo nazorno ilustrira: medtem ko organizacije za promocijo zdravja običajno ciljajo na spremembo bodisi kratkoročnega bodisi dolgoročnega vedenja velikega števila ljudi, pogosto od 50 do 100 odstotkov prebivalstva, bi bil proizvajalec navadnih kosmičev za zajtrk vesel, če bi mu prodaja obstoječe blagovne znamke zrasla za 1 odstotek deleža na trgu kosmičev. In ne le, da prvi ciljajo na ogromno, nesegmentirano javnost, v primerjavi z drugimi so njihovi predmeti komuniciranja neotipljivi, brez jasnih kratkoročnih učinkov.

Medtem ko proizvajalci izdelkov obljublajo takojšne in vidne učinke uporabe določenih izdelkov, so učinki spremembe vedenja vidni šele na dolgi rok, če sploh so. Posamezniku ne zagotavljajo vidnih pozitivnih sprememb. Drugače rečeno, komunikacijske intervencije za promocijo zdravja posameznikom obljublajo, da jim sprememba vedenja in odpoved škodljivim navadam v najslabšem primeru ne bo prinesla nič slabega, v najboljšem pa bodo lahko opazili spremembe v boljšem počutju. Poleg tega priporočila v programih za promocijo zdravja zahtevajo od posameznika doslednost, disciplino in dolgoročno vztrajanje s priporočenim vedenjem. Zaradi omenjenih in številnih drugih razlogov je torej komunikacijsko spreminjanje vedenj veliko bolj zahtevno od vabila k nakupu izdelka ali storitve. Zahtevajo veliko več premisleka o zasnovi dolgoročnih komunikacijskih akcij, jasnih in ustreznih sporočil, pa tudi premisleka o možnih nezaželenih posledicah komunikacijskih intervencij za promocijo zdravja.



Izkušnje pa kažejo, da se k oblikovanju komunikacijskih intervencij za promocijo zdravja navadno pristopa z manj premisleka in manj profesionalno kot h komunikacijskim akcijam za promocijo izdelkov in storitev. V primeru slovenskih komunikacijskih intervencij za promocijo zdravja od leta 1991 do leta 2003 jih je bilo večina zastavljenih zelo kratkoročno, največkrat brez sodelovanja profesionalnih komunikatorjev.

/.../

Nesodelovanje z agencijami ali profesionalnimi komunikatorji je pogojeno z dvema razlogoma. Eden je finančni, drugi pa izvira iz naročnikove zaverovanosti v lastno strokovnost in najboljšega razumevanja dejavnikov zdravega vedenja, pa tudi iz nezaupanja agencijski profesionalnosti. Nemalokrat, tudi če naročniki sodelujejo z agencijami ali pa s kreativnimi popoldanci in samostojnimi ustvarjalci, jih uporabijo samo za izvajanje enega (kreativnega in/ali oblikovalskega) dela akcije (Kamin, 2004: 115).

Zanimiva je primerjava dveh komunikacijskih intervencij za promocijo pogojstejšega uživanja sadja in zelenjave v Sloveniji. Eno je naročilo največje slovensko trgovinsko podjetje, drugo pa Ministrstvo za zdravje. Prvo akcijo je družil slogan »5 x na dan«, drugo pa »Uživajmo«. Prva akcija je bila s strateškega in kreativnega vidika veliko bolj usmerjena k posamezniku kot druga; četudi sta obe akciji snovali oglaševalski agenciji, je drugo agencijo naročnik strateško in kreativno zelo omejil. Prva agencija je segmentirala javnost in oblikovala segmentom primerna sporočila, druga je temeljila na zahtevi po univerzalnem sporočilu, ki naj bi ustrezalo celotni slovenski populaciji. Če pustimo vprašanje učinkovitosti na ravni spremembe vedenja ob strani in se osredotočimo le na prvi pogoj učinkovite komunikacijske intervencije: prepoznavnost in razumevanje, lahko trdimo, da je bila prva akcija učinkovita, druga pa ne. Bila je slabo prepoznavna in nerazumljiva. Zlasti zato, ker je bilo glavno sporočilo akcije posredovano prek televizijskega oglasa. A se ni dovolj pogosto predvajal, da bi dosegel zadostno število ljudi. Prebivalstvo Slovenije je to akcijo lahko opazilo predvsem na veleplakatih. A ti niso posredovali primarnega sporočila, niso ponudili nobene konkretne informacije. Sporočilo na plakatih je pozivalo zgolj k uživanju. Tega pa verjetno ni treba posebej promovirati.

V naslednjih letih sta se obe akciji dopolnjevali. Tudi akcija »uživajmo« je dobila bolj smiselno nadgradnjo, celo poizkuse vpletanja teh vsebin v zabavne televizijske oddaje.

Kljub novim načinom informiranja posameznikov o tveganjih in posledicah določenih vedenj za zdravje subjekti, ki se ukvarjajo s promocijo zdravja, še vedno pogosto verjamejo, da je za spremembo nezdravih vedenj dovolj, da posameznike

informiramo o tveganjih in jim ponudimo priporočene alternative. Če bi predpostavka o vzročni zvezi med informiranostjo in vedenjem posameznikov zares veljala, potem bi morali posamezniki sistematično opuščati nezdrava vedenja. Težko namreč rečemo, da pri vsej izpostavljenosti sporočilom o tveganjih niso o njih informirani.

Rezultati kvalitativne raziskave o prehranjevalnih navadah v Sloveniji nas opozarjajo, da je informiranost o tveganjih za zdravje pri posameznikih dokaj dobra (Kamin in Tivadar, 2003). Kje je torej težava, da se posamezniki ne vedejo skladno z njo? Eden od vzrokov je zagotovo pomanjkanje pravega znanja. Če se navežemo na Nutbeam (2000), lahko rečemo, da so posamezniki pogosto informirani o zdravstvenih tveganjih in priporočilih na najbolj osnovni ravni oziroma so funkcionalno zdravstveno pismeni, niso pa ustrezno interaktivno in kritično zdravstveno pismeni. V primeru prehranjevalnih navad smo ugotovili, da je znanje o »zdravi« prehrani med posamezniki površinsko. Površinsko znanje je značilno tudi za tiste, ki se z »zdravim« prehranjevanjem precej ukvarjajo in/ali se »spogledujejo« tudi z alternativnimi prehranskimi doktrinami, kot je na primer t. i. Montignacova dieta. Znanje o zdravem prehranjevanju je praviloma omejeno le na poznavanje pravil, npr. uživati je treba veliko zelenjave in sadja, na dan je treba popiti vsaj dva litra vode, rastlinske maščobe so bolj zdrave od živalskih ipd. To so torej sporočila, ki jih posamezniki največkrat dobijo tudi prek komunikacijskih intervencij za promocijo zdravja. Informacije o tem, kaj so tveganja in kakšna so priporočila, imajo. Sprašujejo pa se, zakaj so priporočila takšna, kot so. Kaj točno posamezno priporočilo zajema. Na primer, kaj točno pomeni, da mora posameznik spiti dva litra tekočine na dan, kaj šteje za količino ipd. Da bi posamezniki zares razumeli in osmislili pravila zdravega prehranjevanja, bi morali poznati tudi teorijo oziroma logiko za njimi. Le tako bi priporočila dobila smisel in strokovno argumentacijo pravil.

A tudi dobra informiranost in znanje brez prave motiviranosti za spremembo vedenja, pa tudi brez pravih podpornih socialnih okoliščin, ne bosta prinesla vedenjskih sprememb. Veliko je primerov, ki oporekajo zvezi med dobro informiranostjo in vedenjem. Če bi dobra informiranost posameznika zadostovala za to, da bi se, denimo, prehranjeval v skladu z uradno doktrino, potem bi zdravstveni delavci, kot so na primer medicinske sestre, zdravniki, dietetiki, ki imajo zelo dobro, če ne odlično znanje o povezanosti prehrane in zdravja, ne smeli imeti prevelike telesne teže, zlorabljeni alkohola, se neredno prehranjevati itn. (Kamin in Tivadar, 2003).

## STOPNJE SPREMINJANJA VEDENJA

Spreminjanje vedenja posameznikov je treba obravnavati kot večstopenjski proces. To pomeni, da se posamezniki premikajo skozi različne stopnje, preden se odločijo za spremembo vedenja. Posameznik mora tveganje najprej zaznati, potem se ga mora zavedati kot zase relevantnega, nato se mora pripraviti za spremembo v skladu s priporočili, šele potem posameznik prvič izvede dejanje skladno s priporočili. A o spremembi vedenja lahko govorimo zares šele, ko bo posameznik novo vedenje ohranil in ga sprejel kot lastnega, kot novo navado. Tak prikaz spreminjanja vedenja je del t. i. »teorije stopenjskega spreminjanja vedenja«, imenovane tudi transteoretični model spreminjanja vedenja (Prochaska in DiClemente, 1992).

Četudi spreminjanje vedenja ne poteka vedno hierarhično, linearno, je zgoraj omenjeni potek uporaben model prikaza spreminjanja vedenja. Uporaben predvsem zato, ker opozarja pred vznesenostjo nad vsemogočno močjo komunikacijskih intervencij za promocijo zdravja. Hkrati pomeni vrsto seznama opornih točk, ki jih mora promotor zdravja upoštevati, če želi zadovoljiti vsaj osnovne pogoje za dolgoročno spremembo vedenja določenih skupin prebivalstva.

Če je model uporabljen za ponazoritev stopenjskega spreminjanja vedenja posameznika, ki ga, denimo, želimo odvaditi kajenja, bi posamezne stopnje definirali takole:

Nezavedanje ali zanikanje	Posameznik problema ne zaznava, ali pa je razvil tako močne obrambne mehanizme, da verjame oziroma je prepričan, da se problemi povezani z določenim vedenjem njega ali nje ne tičejo. Pravi, denimo: »Saj v bistvu ne kadim veliko.«; »Jaz gotovo ne bom zbolel.«; »Poznam ljudi, ki so vsak dan kadili, pa živijo veselo že 90 let.« ipd. Glavna naloga za premik posameznika s te stopnje je, da se posameznik zave problema oziroma tveganja za zdravje.
Namera	Na tej stopnji se posameznik že zaveda problema določenega vedenja, denimo kajenja, o njem je pripravljen tudi bolj odprto spregovoriti, celo razmišljati o spremembi vedenja. Pravi, denimo, »Vem, da moram prenehati s kajenjem, ampak trenutno se s tem ne morem ukvarjati.« Glavna naloga za premik posameznika s te stopnje je dobro poznavanje zaviralnih in spodbudnih dejavnikov za določeno vedenje posameznika. Spoznati je treba, kakšna vprašanja si posameznik zastavlja ob misli na nepriporočeno in priporočeno vedenje, ko razmišlja o spremembi vedenja. Nadalje, kakšne koristi pa tudi stroške

	<p>oziroma posledice svojega vlaganja v spremembo vedenja vidi posameznik. Posameznik se lahko spodbudi oziroma motivira za spremembo vedenja, če so zaznane koristi večje od vloženih stroškov. Ob pogoju, seveda, da strukturni dejavniki njegovo spremembo sploh omogočajo.</p>
Priprava	<p>Posameznik se postopoma od priprave za dejanje premika k dejanju. Na tej stopnji posameznik aktivno išče informacije in oporo za spremembo vedenja. Navadno se zaveda, da bo morda moral v spremembo vložiti veliko truda in več poizkusov. Posameznik, denimo, obvesti svoje domače in prijatelje o svoji nameri, obišče zdravnika ali svetovalno skupino za pomoč pri prenehanju kajenja, zmanjša število pokajenih cigaret na dan ipd. Na tej stopnji je glavna naloga za praktike promocije zdravja, da posameznika podprejo v njegovi nameri, da mu omogočijo, da bodo priporočena vedenja lažja od alternativnih. Odstraniti je treba čim več ovir, ki bi posamezniku zmanjšala zagnanost za spremembo. S pomočjo komuniciranja se dajo uspešno minimizirati ovire, ki jih posameznik zaznava. Potrebno pa je, ponovno poudarjam, strukturno zagotoviti, da so priporočena vedenja lažja od že ustaljenih problematičnih.</p>
Dejanje	<p>To je stopnja, kjer se zazna posameznikov prvi poizkus, da prekine s preteklimi vzorci vedenja. Lahko gre le za poizkus, a vendarle prvo resno dejanje, ki kaže na možno spremembo vedenja. Kadilec, denimo, si bo postavil rok, ko naj bi nehal kaditi, začel bo z uporabo nikotinskih nadomestkov, ali v tistem trenutku prekinil kajenje. Ker posameznik na tej stopnji ocenjuje koristi, ki jih ima od dejanja, je potrebno, da promotorji zdravja okrepijo občutek teh koristi, ki bo posameznika vodil v ponovitve vedenja.</p>
Potrditev in vzdrževanje	<p>To je stanje nenehne pozornosti, da na novo prevzeto vedenje ne izzveni oziroma, da se posameznik ne vrne v staro stanje. Posameznik mora prevzeti novo vedenje za sebi lastno, za novo navado. Če posameznik ne uspe s poskusom novega vedenja, se navadno iz tega nekaj nauči, vrača se k novi pripravi in novim poizkusom vse dokler ne doseže vse daljših obdobj vzdrževanja priporočenega vedenja. Glavna naloga na tej</p>

	<p>stopnji je, da se posameznik ohranja v novem vedenju. Zato je treba skrbeti, da je novo vedenje družbeno pozitivno vrednoteno in da se posamezniki, ki so spremenili vedenje, po potrebi kako nagradijo. V vseh fazah, v tej pa še posebno, je potrebno vključevanje številnih deležnikov, ki so pomembni za realizacijo programa za promocijo zdravja. Vzdrževanje želenih sprememb zahteva spreminjanje družbene klime, ki je nagnjena spremembam.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ta model nakazuje težavnost pri doseganju uspeha pri spreminjanju zdravju škodljivih vedenj. Opozarja tudi, da je komuniciranje, ki cilja zgolj na informiranje in opozarjanje o dejavnih tveganja, neuspešno pri pomikanju posameznika skozi različne stopnje do trajne spremembe vedenja. Ta model opozarja tudi, da uspeh programov promocije zdravja ni nikoli dokončen. Opozarja, da je zaradi ukoreninjenosti določenih navad pri posamezniku in v družbi vedenja izjemno težko spremeniti. Kljub vsemu pa se skozi proces, ki ga poenostavljeno nakazuje transteoretični model, jeziček na lestvici počasi vendarle lahko prevesi v prid priporočenim vedenjem. A le, kot sem že izpostavila, če so zagotovljeni tudi drugi – strukturni dejavniki, ki podpirajo zdravo vedenje. V nasprotnem primeru lahko komuniciranje o do zdravju prijaznih vedenj ne doseže nikakršnih učinkov, ali pa deluje celo kontraproduktivno. To pomeni, da ne vodi v zelene spremembe vedenja, četudi posamezniki visoko vrednotijo zdravje in so načeloma za zdravje in svoje vedenje zelo v skrbeh. Negativni učinki slabo načrtovanih programov za promocijo zdravja so lahko, denimo, ignoriranje informacij, prestrašenost, stres, stigmatizacija, namerno nasprotovanje priporočilom ipd.

Posamezniki morajo dejansko imeti možnost, da določene navade spremenijo. Zaznane in dejanske možnosti pa so v veliki meri odvisne, kot je že bilo izpostavljeno, od kapitala, ki ga ima posameznik na voljo. Tako od ekonomskega, socialnega kot tudi kulturnega. Če posameznik ne razpolaga z zadostnim kapitalom, ki bi ga lahko vložil v svoje spremembe, bo lahko ob vsem bombardiranju z zdravstvenimi priporočili izkusil le še večjo prikrajšanost in občutek nemoči ob hkratni večji individualni odgovornosti za svoje zdravje. Kar pa je za dolgoročno zdravje zagotovo slabo, o čemer bo govor še v nadaljevanju.

Spreminjanje vedenja v skladu s priporočili seveda ne poteka nujno zgolj po hierarhičnem modelu, ki je bil opisan zgoraj. Z oblikovanjem ustrezne družbene klime in z ustreznimi strukturnimi in sistemskimi spremembami, ki vplivajo na dejavnike zdravja, lahko posledično prihaja tudi do vedenjskih sprememb

prebivalstva. V tem primeru vedenjske spremembe posameznikov ne sledijo nujno odločitvam na podlagi prejetih informacij in premisleku o vedenjskih spremembah. S tega vidika je predvidenje deležnikov, ki so potrebni za realizacijo programa za promocijo zdravja in njihovo vključevanje v program, izrazito pomembno. Vsaj toliko kot informiranje posameznikov o zdravju in tveganih vedenjih. Torej so intervencije v promociji zdravja lahko namenjene tudi spremembam družbenih sistemov in institucij. V teh primerih gre navadno za spremembo ali krepitev političnih programov in regulacij posameznih področij družbe. V povezavi s spreminjanjem vedenja prebivalstva bi bili primeri sistemskih intervencij denimo omejevanje dostopa do nezaželenih, nevarnih vedenj in substanc, omejevanje proizvajalcev zdravju nevarnih izdelkov, omejitev prodaje nezdravih izdelkov v okolici šol ipd. Drug tip intervencij je lahko osredotočen na spodbujanje tistih okoljskih dejavnikov, ki pozitivno vplivajo na promocijo zdravja. Tako da naredijo določena vedenja za posameznika privlačna, dostopna, izvedljiva, lažja. Denimo, da proizvajalci v avtomobile nujno umeščajo tudi zračne blazine, varnostne pasove, ki s senzorjem obvestijo posameznike, če se pozabijo pripeti. Da postanejo zdravi izdelki cenovno dostopnejši in osnovno zdravstveno varstvo z zakonom zagotovljeno vsem državljanom. Da delodajalci v delovni urnik vključijo vsaj dve uri tedensko plačane telovadbe, da se posameznikom omogoči aktivno preživljanje prostega časa ipd.

Hkrati morajo posamezniki, če naj bi bile intervencije za promocijo zdravja učinkovite, imeti občutek, da je promotorjem zdravja resnično mar za dobrobit posameznika in za posameznikovo dobro zdravje, pa tudi, da dejansko vedo, kaj vpliva na dobro zdravje (Tivadar in Kamin, 2005: 23–24). Promotorji zdravja si sicer nadvse prizadevajo, da bi komunikacijske intervencije oblikovali tako, da bi prekrili interese sistema, ki potrebuje zdrave in produktivne posameznike z izpostavljanjem posameznikove koristi, če se bo ravnal v skladu s priporočili. A posamezniki take namere uvidijo. Zato je še toliko bolj pomembno, da so programi za promocijo zdravja usmerjeni tudi v sistem, ne le posameznika. Na ravni zdravstvene pismenosti bi to pomenilo, da morajo promotorji zdravja skrbeti ne le za funkcionalno zdravstveno pismenost, ampak tudi za interaktivno in kritično zdravstveno pismenost. Sprašujem pa se, koliko si take pismenosti zares želijo. Z njo namreč posameznik lahko začne zares razmišljati o zdravju. Oziroma začne razmišljati tudi o številnih družbenih in ekonomskih dejavnikih zdravja in zahtevati določene družbene spremembe na ravni organizacij in politike. Si zdravstvene avtoritete tega zares želijo? K temu vprašanju se bomo vrnili še enkrat v poglavju o socialnem marketingu.



## ALI PROMOCIJA ZDRAVJA POTREBUJE ETIČNI KODEKS?

Ob vse večjem pritisku zdravstvenih priporočil in izpostavljanju pomena komunikacijskih intervencij za promocijo zdravja številni avtorji opozarjajo na potrebo po etičnem premisleku pri oblikovanju slehernega sporočila in programov za promocijo zdravja. Sindall (2002) izpostavlja, da se je promocija zdravja v stroki in družbi nasploh uveljavila kot učinkovit, tehnično in konceptualno prefinjen igralec v areni, ki presega samo zdravstvo. Praktiki promocije zdravja so primarno usmerjeni v tehnično izpopolnjevanje programov, nenehno sledijo novim ugotovitvam znanosti in tehnološkemu razvoju in se v skladu s tem sprašujejo predvsem, kaj vse bi se za učinkovite programe za promocijo zdravja še dalo narediti. Le malo priložnosti pa namenjajo temu, da bi se vprašali in premislili, kaj sploh je treba za promocijo zdravja v resnici storiti. Kakšni sta pravzaprav naloga in pristojnost promocije zdravja? Tako je vse preveč energije v promociji zdravja izgubljene pri vprašanih postopkih in tehnologije programov za promocijo zdravja in veliko premalo pri vprašanih vsebine, potreb, etike in morale in dolgoročnih družbenih učinkov. Z drugimi besedami, tehnične kapacitete preraščajo moralno imaginacijo (Sindall, 2002: 201).

Promocija zdravja se vse prevečkrat obravnava kar kot po naravi moralen in neproblematičen pojav. V zadnjih letih so razprave o etičnih vprašanih javnega zdravstva in promocije zdravja v njenem okviru sicer vse pogostejše. Vanje se že nekaj časa vključuje tudi SZO, predvsem z odpiranjem vprašanj o enakosti in pravični porazdelitvi zdravja. Poročilo o svetovnem zdravju iz leta 2000 (WHO, 2000) se je vidno odmaknilo od utilitarnih pristopov, ki so tradicionalno prevladovali v zdravstveni politiki in ekonomiki. Izpostavilo je, da ima cilj dobrega zdravja pravzaprav dve dimenziji: najboljšo možno povprečno raven zdravja prebivalstva in najmanjšo možno raven razlik v zdravju med posamezniki in skupinami prebivalstva. Z drugimi besedami, cilj dobrega zdravja ima dimenzijo vrednosti in dimenzijo pravičnosti (Sindall, 2002: 202). S tega vidika ni dovolj, da se varuje in izboljšuje povprečna stopnja zdravja prebivalstva, če se sočasno večajo ali ohranjajo razlike med ljudmi. Zato ker se povprečna stopnja zdravja v tem primeru zvišuje le na račun tistih, ki že imajo boljše zdravje.

Odpirajo se še številne druge etične dileme, ki jih mora promocija zdravja ustrezno nasloviti. Pogosto so izpostavljene dileme glede vprašanj paternalizma, družbenega inženirstva, zasebnosti, pravic in svoboščin, poglobljanja razlik v zdravju med bogatimi in revnimi, obtoževanja žrtev oziroma reduciranja družbene odgovornosti za zdravje, nesposobnosti upoštevanja družbenih dejavnikov zdravja ipd. (Sindall, 2002: 202).

Za razumevanje, pa tudi boljše izvajanje dejavnosti promocije zdravja, si je nujno priznati, da sleherna intervencija programov za promocijo zdravja temelji na določenih družbenih vrednotah in interesih. Vrednotno obložene so trditve, ki upravičujejo programe za promocijo zdravja, vrednotno pogojene so opredelitve problemov zdravja, ki zahtevajo intervencije. Tudi predlagane rešitve za reševanje problemov zdravja so tesno povezane z določenimi vrednotami. Vrednotni pogojevnosti ne uidejo niti sistemi za evalvacijo izidov programov za promocijo zdravja.

Zato je Guttmanova (2000) razvila konceptualne okvire, ki obravnavajo promocijo zdravja z vidika vrednotnih orientacij. Ti okviri predpostavljajo: (1) da so dileme v procesu priprave in izvajanja intervencij povezane z vrednotno pogojeno naravo načrtovanih družbenih sprememb; (2) da vrednotna narava in moralne posledice sleherne izbire v oblikovanju in izvajanju intervencij za promocijo zdravja zahtevajo teoretični pristop, ki upošteva vrednotna in etična vprašanja; (3) da so lahko vrednotni konstrukti in sistematični okviri v pomoč, ko preverjamo zasnovano in implementacijo intervencij iz normativne perspektive; (4) da morajo biti obstoječi kriteriji za oceno programov in politik razširjeni z vrednotno perspektivo in (5) da lahko praktiki, načrtovalci, snovalci politik, raziskovalci, ciljno prebivalstvo in drugi, ki so vpleteni v intervencije, razvijejo in uporabijo vprašanja za identificiranje etičnih in vrednotnih problemov v praksi oblikovanja in izvajanja procesov posredovanja.

Guttmanova in Ressler (2001) na primer ponujata model za proučevanje etičnih posledic prepričevalnih apelov v komunikacijskih intervencijah za promocijo zdravja, ki poudarjajo posameznikovo odgovornost. Probleme izpostavljata na treh ravneh predpostavk o posameznikovi odgovornosti za zdravje sebe in drugih. Pod vprašaj postavljata predpostavko o vzročnosti in pripisovanje krivde, predpostavko o obveznosti, dolžnosti in integriteti ter predpostavko o delovanju.

Apeli o posameznikovi odgovornosti lahko okrepijo promovirane in zaželeno družbene vrednote, lahko pa posežejo na področje posameznikovih pravic in celo negativno vplivajo na problem, ki ga komunikacijska intervencija poskušarešiti.

Na primer tako, da apel spodbudi pripisovanje krivde in sramu, ko kdo utрпи posledice poškodbe ali bolezni; da označi in stigmatizira tiste, ki utrpijo posledice poškodb ali bolezni, na katere se apel nanaša; da sproži dilemo glede kriterijev, ki določajo, kaj je tisto, kar prispeva k skupnemu dobremu, in kaj ne; da pride navzkriž s tveganjem kot obliko samoaktualizacije na eni strani in dolžnostjo do drugih na drugi strani; da pride navzkriž s pravico do avtonomije in odločitvijo o tem, kdaj je posameznikovo ravnanje v škodo drugih; da paternalistično posega na področje posameznikove avtonomije; da lahko negativno vpliva na odnos med osebo, ki poskuša pomagati, in osebo, ki se ji poskuša pomagati, če ta pomoč zavrača ipd. (Guttman in Resler, 2001: 128–129).



Apeli v komunikacijskih intervencijah za promocijo zdravja seveda lahko, kot pravita Guttmanova in Resler (2001: 128–129), tudi krepijo določene zaželene etične smernice in družbene vrednote. Lahko, na primer, spodbudijo usmerjenost k drugim in skrb za druge; lahko spodbudijo občutek pomembnosti posameznikovega prispevka k družbenemu dobremu; s promocijo skrbi zase lahko spodbudijo občutek avtonomije, nadzora in opolnomočenosti; lahko spodbudijo občutek povezanosti med družbo in posameznikom ipd.

A za to, da apeli o posameznikovi odgovornosti za (ne)zdrava vedenja lahko zares spodbudijo zelene spremembe, morajo biti sami realistični in družbeno odgovorni. To pomeni, da prepoznavajo kompleksnost možnih manifestacij apelov, tudi tistih, ki lahko negativno posegajo na nezdravstvena področja. V prvi vrsti morajo biti sporočila oblikovana tako, da ne spodbujajo občutka krivde, sramu, obtožb ipd., in da predvsem spodbujajo občutek zmožnosti posameznikovega delovanja (Guttman in Resler, 2001: 132).

Hkrati bi morale biti intervencije za promocijo zdravja oblikovane tako, da bi temeljile na izmenjavi informacij in interakciji, ne pa le na prenosu informacij, ki je zakoreninjen v zastarelem modelu enosmernega komuniciranja.

Slovenske dejavnosti za promocijo zdravja do zdaj niso namenjale pozornosti etičnim vprašanjem glede intervencij za promocijo zdravja. To se med drugim lahko vidi tudi v številnih primerih komunikacijskih intervencij za promocijo zdravja. V slovenskih komunikacijskih intervencijah za promocijo zdravja prevladujejo predvsem paternalistični apeli in apeli strahu, ki praviloma temeljijo na enosmernem komunikacijskem modelu oziroma na modelu prenosa informacij. Pravilna vedenja za zdravje so skoraj brez izjem zapovedana. »Ne bodi cepec, cepi se!« za cepljenje proti hepatitisu B, »Odločitev je tvoja!« za opustitev kajenja, »Aids ne izbira, ti lahko!« za zaščito pred okužbo z virusom HIV, »Uživajmo« za uživanje sadja in zelenjave ter gibanje in še bi lahko naštevali. Pojavljajo se tudi izjeme, na primer »In gripa se bo obrisala pod nosom« za cepljenje proti gripi.

V raziskavi *Razvoj pristopov za spodbujanje zdrave prehrane in gibanja v srednjih šolah* (Tivadar in Kamin, 2005) so mladi izpostavili, da so nasveti, ki jih prejemajo v programih promocije zdravja neživljenjski in vsiljivi. To je skladno z ugotovitvami, da so komunikacijske intervencije le redko prilagojene ciljni skupini. Tako po načinu komuniciranja kot po izpostavljanju problemov in rešitev problemov. Če je promocijski pristop neustrezen, so posamezniki bolj zainteresirani za iskanje informacij, ki bodo zmanjšale verodostojnost komunikatorja. To pa ni težko, saj zdravstvene avtoritete pogosto same ne dajejo dobrega zgleda za zdravo življenje. Poleg tega se zdravstveni nasveti pogosto spreminjajo, česar posamezniki ne razumejo kot napredek znanosti, ampak da je lahko škodljivo prav vse, zato

ostajajo pri obstoječih navadah. Če se lahko celo znanost moti, si mislijo posamezniki, je moja ocena ravno tako dobra kot njihova (Tivadar in Kamin, 2005: 24).

Industrija je pri oblikovanju apelov, ki združujejo nagovore za promocijo zdravja in izdelkov hkrati, bolj pozitivna in konkretna. Usmerjena je k spodbujanju pozitivnih čustev in daje zelo konkretna navodila za reševanje problemov posameznikov. Primeri teh sporočil so »Zdravo življenje« za linijo izdelkov, ki so bolj prijazni do zdravja; »5 na dan. Obarvajmo življenje« za vsakodnevno uživanje vseh petih barv sadja in zelenjave; »Sladkanje ni greh. Vsakodnevno uživanje vseh petih barv sadja in zelenjave lahko bistveno zmanjšuje tveganje za različne bolezni in varuje pred učinki staranja. Sadeži in zelenjava, označeni z znakom '5 na dan', so skrbno izbrani, predvsem pa cenovno ugodnejši. Zato predstavljajo sladkanje brez slabe vesti. Najdete jih v najbližji Mercatorjevi prodajalni. 5 na dan. Obarvajmo življenje.« (Mercatorjev oglas; izvajalec Kompas Design) ipd.

Zdravstvene avtoritete se sicer zavedajo pomena oblikovanja sporočil in opozarjajo na pomanjkljivosti sporočil za promocijo zdravja. Navadno tistih, ki jih delajo drugi. V oblikovanje konkretnih komunikacijskih intervencij pa se še vedno vse prepogosto prikradejo sporočila, ki so neprilagojena ciljni skupini, brez prave sporočilne in motivacijske vrednosti za posameznika, paternalistična, ustrahujoča, pa tudi žaljiva (Kamin, 2004: 129).

Ne samo apeli in eksplicitno sporočilo, temveč celotno sporočilo, tudi vizualni del komunikacijskih intervencij, ponuja pomene. Na ravni oglasov je način pomenotvorja zelo dobro opisala Williamsonova (1978). V knjigi *Decoding Advertisements* ugotavlja, da oglas ni samo tisto, kar eksplicitno pravi, oziroma tisto, kar trdi, da pravi. Njegov pomen se skriva predvsem v tem, kako je organizirana vsebina v oglasu, kakšni so odnosi med posameznimi elementi ipd. Oblikovati sporočilo za promocijo zdravja je tako veliko bolj zapleteno, kot si predstavlja večina zdravstvenih avtoritet, ki promovira zdravje. Zahteva veliko odgovornosti pri oblikovanju tudi na ravni obrobnihih sporočil v komunikacijskih intervencijah oziroma »malenkosti,« kot jih zdravstvene avtoritete pogosto imenujejo.

---

Z dovoljenjem Založbe Fakultete za družbene vede objavljamo 5. poglavje iz knjige *Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja*, (Knjižna zbirka Psihologija vsakdanjega življenja). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV; 2006: 79-100.

# MEJE IN PASTI VPELJEVANJA IZRAZA 'EDUKACIJA'

*Irena Lesar, dr. pedagogike, docentka za področje teorija vzgoje*

*Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani, Kardeljeva pl. 16, 1000 Ljubljana  
e-naslov: irena.lesar@guest.arnes.si*

## IZVLEČEK

Izraz 'edukacija' je mogoče zaslediti na številnih področjih slovenskega družbenega življenja, med drugim tudi v zdravstvu. Pri iskanju odgovorov, kaj vpeljava sodobnejšega izraza 'edukacija' na vzgojno oz. na sploh pedagoško področje prinaša, bodo v prispevku predstavljene ugotovitve etimološke in kritične analize izraza 'edukacija' ter nato predstavljena sodobnejša pojmovanja vzgoje in izobraževanja med slovenskimi pedagogi. Izsledki analiz kažejo, da nadomeščanje izrazov vzgoja in izobraževanje z 'edukacijo' zamegljuje procese, ki naj bi jih opisovali, zamegljuje pa tudi dejstvo, da ima – tako kot pojma vzgoja in izobraževanje – pojem 'edukacija' svojo kulturno in zgodovinsko vrednost ter ne nazadnje, da je pri različnih avtorjih uporabljen različno. Ob tem se zastavlja vprašanje, ali ne bi bilo z vidika razvoja pedagoške znanosti in vzgojnoizobraževalne prakse v Sloveniji bolj znanstveno korektno, da bi se – namesto zamenjevanja nekaterih izrazov s tujimi – vrnilo k raziskovanju pomena in dometa izvornih pedagoških pojmov, ki imajo v slovenskem kulturnem prostoru že svoje mesto in pomen. Ker je vzgoja vedno družbeno pogojena dejavnost in je treba v tem smislu vedno znova ugotavljati, ali niso zastavljeni cilji vzgojnega delovanja v službi partikularne ideologije, bodo v prispevku predstavljeni pomisleki ob vpeljevanju novega izraza na pedagoško področje tudi s tega zornega kota. V zaključku pa bodo posebej izpostavljeni pedagoško argumentirani pomisleki ob vpeljevanju izraza 'edukacija' na zdravstveno področje.

**Ključne besede:** vzgoja, izobraževanje, cilji vzgoje, ideologija, zdravstvena vzgoja

## Uvod

V slovenskem strokovnem in laičnem prostoru je mogoče vse pogosteje zaslediti uporabo izraza 'edukacija'. Ob tem se sprašujem, ali gre le za vsesplošen pojav slovenjenja angleških izrazov in v tem smislu počasno izrinjanje uporabe slovenščine v vsakdanjem govoru ljudi, ali pa je v ozadju morda kaj drugega. Zanimivo bi bilo tudi ugotoviti, kako ljudje, ki se s tem področjem strokovno ne ukvarjajo,

pojmujejo ta izraz. Četudi na razvoj določenega jezika v vsakdanjem govoru ljudi kot posamezniki nimamo prav velikega vpliva (tu igrajo pomembno vlogo najrazličnejši mediji), pa sem prepričana, da je neutemeljena uporaba tujih izrazov v strokovnem besednjaku popolnoma nesprejemljiva.

V slovenskem pedagoškem prostoru so izraz 'edukacija' začeli uporabljati v 90. letih prejšnjega stoletja zaradi kritike ideološkosti vzgoje in naj bi nadomestil besedno zvezo 'vzgoja in izobraževanje' (Pediček, 1994). Ob prebiranju različnih besedil lahko ugotovimo, da nekateri avtorji uporabljajo ta izraz le za poimenovanje znanosti, ki proučuje pedagoške zakonitosti, drugi pa ga uporabljajo tudi za poimenovanje procesov, torej vzgoje in izobraževanja (glej npr. Pastuović, 1987; Bežen, 1989; Pediček, 1994). Pri slednjih je 'edukacija' pogosto uporabljena kot nadpomenka sintagmi 'vzgoja in izobraževanje' ali pa je uporaba tega izraza osredotočena predvsem na enega izmed procesov: pri nekaterih je torej v ospredju bolj vidik oblikovanja celovite osebnosti, pri drugih proces osvajanja znanja. Poznamo pa tudi avtorje, ki izraz zgolj uporabljajo, ne da bi ga kakorkoli definirali.

Vzgoja in izobraževanje sta procesa, ki ne potekata zgolj v šolah, marveč imata pomembnejšo vlogo tudi na drugih področjih družbenega delovanja (zdravstvo, zapori ipd.), torej sta pomembna tudi na področjih, katerih primarni cilji vendarle niso določena izobrazba in izoblikovanost osebnosti. Zato je toliko pomembnejša komunikacija med temi različnimi strokovnimi področji, saj sicer prihaja do precej nenavadnih in strokovno šibko utemeljenih rešitev. In ravno v slovenskem zdravstvu sta že kar nekaj časa v uporabi izraza 'edukacija' in 'edukatorice'. En del argumentov za vpeljevanje novega izraza lahko povsem razumem, saj bi bila uporaba že ustaljenih izrazov s tega področja (vzgojitelji/-ce ali celo učitelji/-ce) povsem nesprejemljiva – ti izrazi oz. poklici so namreč tradicionalno vezani na vzgojnoizobraževalne institucije. Pa se kljub temu sprašujem: kako naj izraz 'edukatorica' pojmujem?

Pri iskanju argumentov za in proti vpeljevanju tega izraza v slovenski prostor bomo v prispevku najprej pogledali, kaj o sodobnem pojmovanju in uporabi izraza 'education' menijo angleško govoreči avtorji. V nadaljevanju pa ga bomo soočili z že uveljavljenimi slovenskimi strokovnimi izrazi ter pokazali na meje in pasti, ki jih nepremišljena vpeljava tega izraza lahko prinese.

### **Pojmovanje izraza 'education'**

Poglejmo si nekoliko natančneje, kako se v sodobnosti uporablja izraz 'education', katerega pojmovanje se je skozi čas precej spreminjalo; še posebej velik preobrat je pojem doživel v času razsvetljenstva (Lesar, Peček, 2009). Dandanašnji je

mogoče v številnih slovarjih razbrati naslednje pomene izraza 'Education': (1) proces pridobivanja znanja in razumevanja; (2) znanje in razumevanje, pridobljeno prek študija in treninga; (3) proces poučevanja in učenja; (4) teorija poučevanja in učenja (Collins Essential English Dictionary, 2006). Pa tudi: (1a) omogočiti šolanje, (1b) prek formalnega šolanja in nadzorovane prakse izuriti predvsem spretnosti, poklic ali stroko; (2a) duševni, moralni ali estetski razvoj, posebno prek poučevanja, (2b) preskrbeti z informacijami; (3) prepričati ali pogojevati občutenje, verjetje ali delovanje v želeni smeri. Sinonim angleškemu glagolu to educate naj bi bil to teach (Merriam-Webster Dictionary, 2008). Te slovarske opredelitve izraza 'education' lahko strnemo in rečemo, da z izrazom 'education' v sodobnem času lahko:

- opredeljujemo sam proces učenja in poučevanja ali pa le rezultat tega procesa;
- opisujemo bolj ali manj sistematično pridobivanje znanja;
- skupaj z nekaterimi pridevniki predstavljamo stopnjo šolanja;
- izpostavljamo spodbujanje zlasti intelektualnega razvoja oziroma prek poučevanja še razvoj moralnega in estetskega;
- predstavljamo področje znanstvenega raziskovanja, ki se večinoma ukvarja z metodami poučevanja in učenja v vzgojnoizobraževalnih institucijah.

Tolikšna pomenska raznolikost enega izraza predpostavlja, da bodisi iz konteksta razberemo, katero izmed pojmovanj je pri uporabi izraza 'education' mišljeno, bodisi avtorji sami, z različnimi pridevniki, sogovornika oz. bralca usmerjajo na mišljeni pomen (v angleščini npr. *moral, value, basic, formal education* ...).

Ali se na osnovi predstavljenih slovarskih opredelitev lahko strinjamo s trditvijo, da izraz 'education' sam po sebi vključuje tako vzgojo kot izobraževanje, kar je ob vpeljevanju tega pojma v slovenski pedagoški prostor trdil F. Pediček (1994)? Izraz 'edukacija' bi lahko bil nadpomenka slovenskima vzgoji in izobraževanju, toda le z nekaterimi strokovno vprašljivimi predpostavkami in okrnitvami pomenov, in sicer: če predpostavljamo, da vzgoja in izobraževanje potekata samo v okviru za to predvidenih institucij, torej v okviru šol, saj se izraz ne uporablja pri npr. vzgojnem delovanju staršev; in če sprejmemo, da je vzgojno delovanje mogoče le prek izobraževanja (tj. prek samih vsebin in načinov njihovega posredovanja), saj je v izrazu 'education' izpostavljen le ta način, ki pa je z vidika pedagogike le eden izmed možnih, spregledane pa so številne druge možnosti, ki imajo lahko izjemen vzgojni učinek (npr. skupnost učečih oz. socialni odnosi v izbrani skupini, učitelj

oz. vzgojitelj kot vzor in kot vodja vzgojnega procesa, vzgojne dejavnosti, nagrajevanje in kaznovanje ...). Ob izpostavljenih dvomih vpeljevanja izraza 'edukacija' v slovenski prostor pa velja vzporejati še zaključke analize nekaterih kritičnih razprav angleško govorečih in/ali pišočih avtorjev (Golby, 1990; Biesta, 2006, 2008; Todd, 2008), ki v svojih pomislekih uporabe izraza 'education' poudarjajo naslednje:

- izraz 'education' se uporablja predvsem v kontekstu namernega in načrtnega učno-ciljnega procesa in se osredotoča bolj na javno, torej na vzgojnoizobraževalne institucije, ne pa na zasebno sfero (Golby, 1990; Biesta, 2008);
- je pomanjkljiv pri opisovanju procesov, ki jih pri nas označujemo kot vzgojne, zaradi česar za pojasnjevanje vzgojnih razsežnosti k izrazu 'education' dodajajo številne pridevnike (v angleščini npr. *moral, value, civic, democratic*), nekateri pa iščejo nove izraze, s katerimi bi lahko pojasnili omenjene procese (npr. *edification* (Biesta, 2008) ali *educare* (Smith, 1992));
- ne zajema razvoja posameznikove osebnosti kot celote, temveč predvsem kognitivni vidik oz. vidik osvajanja pragmatičnih znanj (Golby, 1990; Biesta, 2006, 2008; Todd 2008), torej tistih, ki so merljiva. Še več: v večini vzgojnoizobraževalnih sistemov je povsem jasno izpostavljeno pričakovanje, naj institucije posameznemu razvijajočemu se bitju omogočijo pridobitev tistih znanj, ki bodo posameznika zadovoljivo opremila za odraslo, predvsem ekonomsko neodvisno in produktivno ter socialno-politično neizstopajoče življenje v obstoječi družbi;
- učenje pojmuje kot intra-psihični proces, ki vodi do trajnih sprememb, kot proces, ki je utemeljen na individualnih interesih in ciljih, s čimer je zapostavljen 'socialni' oz. medosebni vidik in povsem zgrešeno bistvo učnega procesa. Bistvo učenja je po mnenju številnih raziskovalcev v soočenju in komunikaciji z Drugim oz. Drugačnim (Todd, 2003; Biesta, 2006);
- izraz 'education' predpostavlja takšen pedagoški odnos, ki je osredotočen le na učenje, v katerem je učitelj oskrbovalec oz. dobavitelj, učenec pa potrošnik (Biesta, 2006: 24–31).

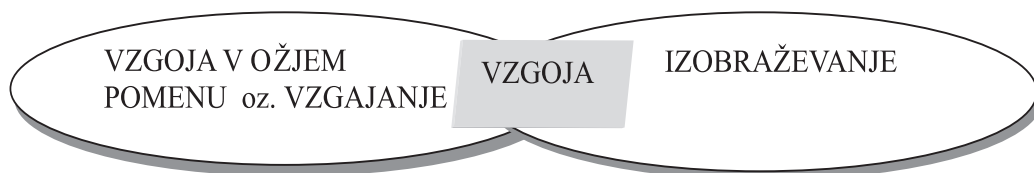
Zaradi vsega navedenega se postavi resen dvom v smiselnost 'uvoza' tega pojma v slovenski strokovni prostor, še posebno kot nadomestka dveh izrazov, to je vzgoje in izobraževanja, katerih vsebina in procesi, ki jih obravnavata, so veliko širši. Nadomeščanje izrazov vzgoja in izobraževanje z 'edukacijo' pa poleg tega zamagljuje tudi dejstvo, da imata tako pojma vzgoja in izobraževanje kot tudi pojem 'edukacija' svojo kulturno in zgodovinsko vrednost in da je ta izraz pri različnih avtorjih pojmovan različno.



## Pojmovanje slovenskih izrazov vzgoja in izobraževanje

Če pogledamo zgodovinsko, je uporaba pojmov vzgoja in izobraževanje veliko bolj kot na anglosaksonski kulturni prostor vezana na nemškega, kjer prav tako poznajo dva izraza, in sicer »bildung«, kar se večinoma prevaja v izobraževanje, in »erziehung«, ki ga prevajamo v vzgojo. Pa vendar tudi prevajanje teh dveh izrazov v slovenščino ni brez preostankov. Še posebej se pojavljajo dileme ob pojmu 'bildung', katerega po mnenju nekaterih prevajalcev – npr. T. Virk (Gadamer 2001a: 21) in E. Protner (Coriand, 2004: 101) – ni vedno mogoče povsem enostavno prevajati v izobraževanje, kot pač izobraževanje razumemo v slovenskem strokovnem in laičnem prostoru. V kolikor posegamo po angleških prevodih nemških del, pa se pojavi precejšnja pojmovna zmeda, saj nemško govoreči pojem 'erziehung' prevajajo v 'education', medtem ko v našem prostoru pojem 'education' bolj povezujemo z izobraževanjem. Zadrega se pojavi tudi pri prevodu izraza 'bildung' v angleščino, kar se pogosto kaže z ohranjanjem nemškega izraza tudi v angleških prevodih, kjer je v nadaljevanju konceptualno pojasnjen in opredeljen kot v angleški jezik neprevedljiv strokovni izraz (Biesta, 2006; Gadamer, 2001a, 2001b). V tem kontekstu se pojavi utemeljen dvom, ali vsesplošna uporaba angleškega jezika na mednarodnih strokovnih posvetih ne prispeva k pojavu številnih nesporazumov, posebej ker večina avtorjev ne pojasnjuje svojega pojmovanja izraza 'education'. Iz povedanega lahko zaključimo, da je ta izraz med angleško, nemško in slovensko govorečimi zelo različno razumljen.

Slovenski pedagog/-nje pri razmejevanju vzgoje in izobraževanja izhajajo iz osebnosti razvijajočega. Vzgoja v širšem pomenu besede je zatorej definirana kot proces oblikovanja in samooblikovanja človekove osebnosti kot celote, medtem ko vzgoja v ožjem pomenu besede zaznamuje proces, v katerem si človek oblikuje moralne vrednote, prepričanja in stališča, idejni pogled na svet in odnos do sveta (svetovni nazor), različne kulturne, higienske, delovne navade, pa tudi interese, motivacije, voljo, čustva. Razvija torej tiste vidike osebnosti, ki sodijo na področje čustev, interesov, motivacij, volje, stališč, vrednot ... oz. zajema afektivno, konativno in aksiološko področje osebnosti. Pojem vzgoja v širšem pomenu besede od vzgoje v ožjem pomenu besede F. Pediček (1987) in O. Autor (1988) ločita tako, da prvemu pravita vzgoja, medtem ko vzgoji v ožjem pomenu besede pravita vzgajanje. Tisto, kar manjka v definiciji vzgoje v ožjem pomenu besede glede na vzgojo v širšem pomenu besede, pa je proces izobraževanja, v katerem človek pridobiva znanje in razvija sposobnosti. Izobraževanje torej zajema zlasti kognitivno in psihomotorično področje osebnosti.



Slika 1: Razmerja med vzgojo v širšem pomenu, vzgojo v ožjem pomenu in izobraževanjem.

Skupno obema procesoma, torej tako vzgoji kot izobraževanju, je, da sta namerna in načrtna procesa z jasno določenimi cilji. Pri opredeljevanju vzgoje se posebej izpostavlja, da je vedno odnosna (ni vzgoje brez odnosa vsaj dveh oseb), da predpostavlja vsaj minimalno aktivnost vzgajanega, da je vpletena v družbeno-zgodovinski kontekst in zato podvržena spremembam ter ne nazadnje, da se vzgoja uresničuje v medosebnem odnosu, pa tudi skozi vsebine, predmete, teme, ki se nanašajo na kognitivni nivo (znanje, uvid), afektivni nivo (stališča) in na delovanje (Peček Čuk, Lesar, 2009).

Nesporno dejstvo je, da sta vzgoja in izobraževanje družbeni dejavnosti, ki ju ni mogoče povsem izvzeti od nekega ideološkega pogleda na svet in na delovanje človeka v njem, torej pedagoškega delovanja (še zlasti šol) ni mogoče utemeljiti na povsem nevtralnih pozicijah (danes so to človekove in otrokove pravice). V preteklosti so nekateri avtorji izpostavljali, da je ena izmed pomembnejših funkcij vzgoje priprava odraščajočih na prevzem družbenih nalog oz. funkcionalna zamenjava starejših z mlajšimi rodovi, kar pa je v današnjem, hitro spreminjajočem se življenju skorajda povsem nemogoča vzgojna funkcija. V teh kontekstih so vzgojo opredeljevali kot konservativno, saj je skušala ohraniti obstoječo družbeno strukturiranost in delovanje ter na mlajše zgolj prenesti potrebne spretnosti in vrednote. V sodobnem času izpostavljanje takšnega cilja kot temeljnega vsekar ni sprejemljivo (Medveš, 1991; Kroflič, 2000; Lesar, 2002; Peček, Lesar, 2004), pa vendar ostaja eno izmed ključnih in precej kompleksnih vprašanj pedagogike kot znanosti in slehernega praktičnega pedagoškega delovanja, kateremu cilju pri vzgojnoizobraževalnem delu slediti. Naloga vzgojitelja v današnjem času naj bi ne bila le prenašanje vrednot s starejših na mlajše, temveč seznanjanje odraščajočih z vrednotami ter spodbujanje moralnega razsojanja (Medveš, 1991: 215). To konec koncev pomeni razvijanje nekaterih zmožnosti posameznikove osebnosti, ki mu bodo omogočale preživeti v času, ko se tradicije sesuvajo in se mora človek naučiti, da prisluhne deset tisoč zapovedim, ki tičijo v deset tisoč situacijah, iz katerih sestoji njegovo življenje (Frankl, 1994): zmožnost komuniciranja in pripravljenost skupnega iskanja rešitev za konflikte, zmožnost predvidevanja posledic svojih dejanj in s tem ozaveščanja ne le sebe kot »vedno-lahko-odločujočega bitja«, temveč



tudi svoje odgovornosti za (ne)dejavnost v odnosu do sebe, soljudi in sveta (Lesar, 2002). To pa pomeni nedvomno velik in zahteven obrat pogleda na vzgojo: od vzgojitelja, ki je oblikoval posameznika v skladu z vnaprej dano podobo zaželenega človeka, do vzgojitelja, ki namerno in načrtno razvija posameznikove zmožnosti v konkretnosti vsakdanjega življenja in zlasti krepi vzgajanje aktivno vlogo v tem odnosu ter ga s tem pripravlja in navaja na aktivno ter odgovorno držo v življenju.

Ugotovimo lahko, da je v zadnjih desetletjih pri razmisleku o vzgoji prišlo do pomembne spremembe: ni več toliko izpostavljena osredotočenost na iskanje čim bolj zaželenih podob v skladu z najvišjimi, univerzalnimi vrednotami, h katerim bi bilo v vzgojnem delovanju treba privedi večino odraščajočih, marveč se osredotoča predvsem na sam proces vzgoje kot ključnega pri doseganju zastavljenih ciljev. To pomeni, da v samem vzgojnem procesu ni v ospredju priprava na življenje v bodočnosti, temveč je pomembno posameznikom omogočati aktivno in odgovorno držo v sedanjem življenju (Gogala, 1933). Zaradi tega spoznanja je treba pozornost namenjati tako opredeljevanju vzgojnih ciljev kot še zlasti metodičnim razmislekom, kako ustvarjati situacije in pogoje, ki bodo razvijajočim omogočali čim bolj angažirano in odgovorno vstopanje v odnose. Pedagogi/-nje skušajo torej dandanašnji iskati načine vzgojnoizobraževalnega delovanja, v okviru katerih bi čim bolj kompleksno spodbujali kognitivni, socialni, emocionalni, fizični in moralni vidik osebnosti, ki bi privedli do oblikovanja moralno odgovornega ter socialno občutljivega in angažiranega posameznika, sposobnega tudi neodvisnega (ekonomskega) preživljanja in ustvarjanja.

### **Sklep – Pomisleki pri nadomeščanju slovenskih izrazov ‘vzgoja in izobraževanje’ z izrazom ‘edukacija’**

Izhajajoč iz zgoraj prikazanih opredelitev se lahko vprašamo, kaj je pri pojmu ‘education’ najbolj problematično oz. kaj je njegova funkcija. Prva najbolj prepoznavna nevarnost se kaže v večpomenskosti tega izraza, zaradi česar je brez dvoma velika nevarnost nerazumevanja ob uporabi tega izraza, če ni pojasnjen. Slovenska pedagoška terminologija pozna številne pojme, ki jih je mogoče prepoznati v opredelitvah ‘education’: npr. izobrazba, izobraževanje, vzgoja, pedagogika, didaktika ..., s čimer so preprečena večja nesoglasja, ob tem pa tolikšno razlikovanje oz. diferenciacija procesov omogočata tudi natančnejše raziskovanje posameznih vidikov.

Druga nevarnost je, da se izraz uporablja predvsem v kontekstu namernega in načrtnega učno-ciljnega procesa in da je v tem smislu v ospredju le kognitivni

vidik, zanemarjeni pa so vsi ostali, za človeka in njegovo bivanje v tem svetu zelo pomembni vidiki osebnosti (socialni, emocionalni, telesni, moralni) oz. so ti prepuščeni zasebni sferi ukvarjanja staršev z otroki ali odraslega s samo(pre)oblikovanjem. In če nadaljujemo s to značilnostjo 'education', je zanimivo pogledati, kako dandanašnji opredeljujejo cilje tega učnega procesa. Posredovati je treba znanja, ki bodo mladim omogočila poklicno udejstvovanje in čim večjo ekonomsko neodvisnost ter poskrbeti ne le za dobro seznanitev z družbeno ureditvijo in možnostjo kasnejše udeležbe v socialno-političnem življenju, marveč tudi za prenos aktualnih vrednot družbe in v tem smislu prek prikritega moralnega treninga zagotoviti zaželene pripadnike družbe. To je nedvomno izjemno kompleksen in v sistemskih dilemah najpogosteje izpostavljen vidik 'education' oz. edukacije, ki ga lahko opredelimo kot: kako »vstaviti prihajajoče posameznike v obstoječi kulturni in socialno-politični red« (Biesta, 2008: 198). V tem se kaže konservativnost izraza 'education', saj – kot kažejo nekatere sociološke analize – tako opredeljeni cilji 'education' brez dvoma vodijo v reprodukcijo obstoječih razmerij in v tem smislu v reprodukcijo obstoječih nepravilnosti in nepoštenosti. Hkrati pa številni analitiki predvsem v zadnjem času opozarjajo na ta manko v pojmovanju 'education', ko opažajo, da se izpostavljanje nekaterih vidikov (predvsem učenja) očitno sklada z družbeno-ekonomskimi spremembami in potrebami. Četudi lahko rečemo, da je vojno proti tako močnemu in v sedanjo družbeno strukturiranost zelo vpetemu dejavniku, kot je ekonomski s svojo neoliberalno ideologijo, nemogoče na hitro izbojevati, pa je vsekakor jasno, da je nujno kazati, kako lahko nepremišljena vpeljava tujih izrazov implicitno spreminja znanstveno paradigmo in predvsem diskurz. V tem smislu je vpeljevanje novega izraza posebej zaradi prepoznane ideološkosti pojma vzgoje pri nas, milo rečeno, zaslepljeno.

Eden izmed bolj problematičnih vidikov 'education' je pojmovanje učenja kot intra-psihičnega procesa, ki vodi do trajnih sprememb, in kot procesa, utemeljenega na individualnih interesih in ciljih. Gre za popolno zapostavljanje 'socialnega' oz. medosebnega vidika, s čimer se povsem zgreši bistvo učnega procesa, saj je bistvo učenja v soočenju in komunikaciji z Drugim oz. Drugačnim (Todd, 2003; Biesta, 2006). Biesta (2006: 24–31) pojasnjuje, da če želimo preseči osredotočenost na učenje in preiti na raven 'education', ki vključuje tudi vidik oblikovanja osebnosti, potem bi morali prestrukturirati pedagoški odnos (*educational relationship*), ga izvzeti iz ekonomske logike oskrbovalca oz. dobavitelja in potrošnika (o tem tudi Golby, 1990: 128).

Očitno ne le slovenski pedagogi, pač pa tudi nekateri avtorji v angleško govorečem svetu ugotavljajo, da se je koncept 'education' pod vplivom različnih družbenoekonomskih dejavnikov toliko spremenil, da bo treba zanj postaviti nove

temelje in pedagoške odgovore. Zato se postavi resen dvom v smiselnost 'uvoza' tega pojma v slovenski strokovni prostor, še posebno kot nadomestka dveh izrazov, to je vzgoje in izobraževanja, katerih vsebina in procesi, ki jih obravnavata, so veliko širši.

In če sem zgoraj izpostavila pomisleke in nevarnosti ob vpeljevanju 'edukacije' na pedagoško področje, naj na koncu pozornost namenim še vprašanju (ne)smiselnosti vpeljevanja tega izraza v zdravstvo. Cilj zdravstvenovzgojnega delovanja je večidel spreminjanje že ustaljenih (včasih pa tudi vpeljevanje novih) življenjskih navad in ravnanj, ki bodo prispevala k boljšemu zdravstvenemu stanju konkretnega človeka. Pri zdravstveni vzgoji je potreben temeljit premislek, katera spoznanja in na kakšen način jih posredovati, da bodo posameznika privedla do spreminjanja oz. oblikovanja življenjskih navad, ki bodo v podporo zdravljenju ali obvladovanju bolezni. Pri zdravstveni vzgoji je torej bolj kot posredovanje znanstvenih spoznanj bolniku v ospredju cilj spreminjanja njegovega odnosa do sebe, svojega telesa, pa tudi odnosov z drugimi. Neredko se celo dogaja, da pretirana težnja po natančnem posredovanju znanstvenih spoznanj, kar je tako rekoč imperativ šol, prispeva k ravno nasprotnemu učinku. Na področju zdravstva je verjetno zelo enostavno prepoznati primere, ki kažejo na omejenost zgolj intelektualnega poznavanja določenih dejstev, saj imajo ljudje o določeni temi lahko zelo veliko védenja, pa vendar v svojem življenju ne ravnaajo v skladu s temi spoznanji (npr. zdravniki, ki strastno kadijo). Zato je vzgojno delovanje v zdravstvu, ki se dotika ne le posameznikovega intelekta, marveč njegovega celotnega doživljanja, in prek doživljanja novih spoznanj privede do spremembe odnosov in konkretnih ravnanj, v času tako številnih kroničnih obolenj izjemnega pomena. Ali je treba – in če je, kako – posebej imenovati medicinske sestre, ki se tako rekoč izključno ukvarjajo s spreminjanjem življenjskega sloga ljudi, soočenih s kroničnimi boleznimi, pa ostaja odprto vprašanje. Očitno ta potreba obstaja in zanimivo bi bilo izvedeti, zakaj so se pri poimenovanju odločili za izraz 'edukatorica'. Kako pravzaprav v zdravstvu pojmujejo pogosto uporabljene izraze, npr. 'educirati', 'edukacija' in 'edukatorice'? Ker primarna naloga zdravstvenih institucij ni posredovanje medicinskih znanj, gre moj razmislek v smeri, da je vpeljevanje izraza 'edukacija' v zdravstveno stroko najmanj primerno. Večina argumentov je po tem analiziranju proti vpeljevanju izraza 'edukacija' v slovenski pedagoški in zdravstveni prostor. Ne samo izjemno velika pomenska pestrost in ravno tolikšna ideološka obremenjenost izraza 'education', marveč tudi izključna osredotočenost na učenje kot intra-psihični proces, zanemarjanje vloge pedagoškega odnosa in ostalih socialnih odnosov pri (pre)oblikovanju posameznikovega sloga življenja so kritični vidiki, ki bi jih tudi v zdravstvu morali resneje vzeti v premislek. Kot je bilo izpostavljeno že v uvodu, je mogoče razumeti potrebo po razlikovanju dela nekaterih medicinskih sester oz.

zdravstvenega osebja, toda menim, da bi veljalo iskati rešitev v slovenskem jeziku, ki ima na zalogi še kar nekaj izrazov (npr. svetovanje oz. svetovalka, uvajanje oz. uvajalka ali vaditeljica ...).

## Literatura

1. Autor O. O pojmi vzgoja in izobraževanje. *Sodobna pedagogika*. 1988; 39 (9–10): 440–2.
2. Bežen A. Predgovor: Neka pitanja znanstvene sistematike i terminologije u znanosti o odgoju i obrazovanju. V: Gaston M, ur. *Uvod u edukacijske znanosti*. Zagreb: Školske novine; 1989: 5–8.
3. Biesta GJJ. *Beyond learning: democratic education for a human future*. Boulder, London: Paradigm Publishers; 2006.
4. Biesta GJJ. *Pedagogy with empty hands*. In: Egéa-Kuehne D, ed. *Levinas and education: at the intersection of faith and reason*. New York, London: Routledge, Taylor & Francis Group; 2008: 198–210.
5. Collins Essential English Dictionary (2nd Edition) (2006). Dostopno na: [http://www.thefreedictionary.com/\\_/misc/HarperCollinsProducts.aspx?English](http://www.thefreedictionary.com/_/misc/HarperCollinsProducts.aspx?English) (10. 10. 2008).
6. Coriand R. Oblikovanje ali usposabljanje učiteljev? Sistematično razlikovanje s posledicami. *Sodob. pedagog.* 2004; 55(5): 100–12.
7. Frankl VE. *Zdravnik in duša: osnove logoterapije in bivanjske analize*. Celje: Mohorjeva družba; 1994.
8. Gadamer HG. *Resnica in metoda*. Ljubljana: Literarno umetniško društvo Literatura; 2001a.
9. Gadamer HG. Education is self-education. *J Philos Educ.* 2001b; 35(4): 529–38.
10. Gogala S. *Temelji obče metodike: uvod v praktično pedagogiko*. Ljubljana: Slovenska šolska matica; 1933.
11. Golby M. The multiple functions of education. In: Entwistle N. et al. eds. *Handbook of educational ideas and practices*. London and New York: Routledge; 1990: 128–37.
12. Kroflič R. Naravne meje vzgoje v javni šoli: Kaj je vzgoja in kaj ni? *Sodob. pedagog.* 2000; 51(1): 28–40.
13. Lesar I. Med iskanjem in izbiro smisla: vpliv Franklove teorije smisla na vzgojno teorijo in prakso. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti; 2002.
14. Lesar I, Peček M. Education (edukacija) versus “upbringing and teaching/learning” (vzgoja in izobraževanje) – terminological problems and their implications in practice. In: Protner E, Wakounig, V, Kroflič R, eds. *Pädagogische Konzeptionen zwischen Vergangenheit und Zukunft: Ambivalenzen, Begriffsverwirrungen und Reformeifer, (Erziehung in Wissenschaft und Praxis, Bd 4)*. Frankfurt am Main: Peter Lang; 2009: 63–74.
15. Medveš Z. Pedagoška etika in koncept vzgoje (2. del). *Sodob. pedagog.* 1991; 42 (5–6): 213–26.
16. Merriam-Webster Dictionary (2008). Dostopno na: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/educate> (10. 10. 2008).
17. Pastuović N. *Edukološka istraživanja*. Zagreb: Školske novine; 1987.
18. Peček Čuk M., Lesar I. *Moč vzgoje: sodobna vprašanja teorije vzgoje*. Ljubljana: Tehniška založba; 2009.
19. Peček M, Lesar I. Pravičnost slovenske šole: mit ali realnost. Ljubljana: Sophia; 2006.
20. Peček M, Lesar I. Vzgoja in socializacija med teoretiki in “praktiki”. *Sodob. pedagog.* 2004; posebna izdaja: 118–32.
21. Pediček F. Predmet pedagoške znanosti in njena disciplinska členitev. *Sodob. pedagog.* 1987; 38 (5–6): 205–26.

22. Pediček F. *Edukacija danes: Poglavja za pedagoško antropologijo*. Maribor: Založba Obzorja; 1994.
23. Smith AB. *Early childhood educare: seeking a theoretical framework in Vygotsky's work*. Paper prepared for inaugural issue of "The international Journal of Early Years Education"; 1992.
24. Todd S. *Learning from the other: levinas, psychoanalysis, and ethical possibilities in education*. Albany: State University of New York Press; 2003.
25. Todd S. *Welcoming and difficult learning: Reading levinas with education*. In: Egéa-Kuehne D, ed. *Levinas and education: At the intersection of faith and reason*. New York, London: Routledge, Taylor & Francis Group; 2008: 170–85.



# MEDICINSKE SESTRE NA PODROČJU PROMOCIJE ZDRAVJA IN ZDRAVSTVENE VZGOJE: KJE SMO, KAM GREMO?

*viš. pred. mag. Andreja Kvas, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.*

*Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; Katedra za zdravstveno vzgojo  
andreja.kvas@zf.uni-lj.si*

## IZVLEČEK

Medicinske sestre v okviru primarne, sekundarne in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti sodelujemo v aktivnostih promocije zdravja in zdravstvene vzgoje. Naša temeljna naloga je krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja in lajšanja trpljenja ljudi. Kompetentne smo za učenje in vzgojo ljudi, kar mora biti načrtovano in sistematično delo. Namen prispevka je predstaviti delovanje medicinskih sester na področju promocije zdravja, zdravstvene vzgoje in vzgoje za zdravje. Pomembno je, da medicinske sestre prisluhnemo ljudem, jih pomirimo se z njimi pogovorimo in jih spodbujamo v procesu pridobivanja novih znanj, spretnosti in veščin. Zavedati se moramo pomena lastnega vseživljenjskega učenja, v okviru katerega pridobivamo specialna znanja s področja pedagogike, andragogike, didaktike, teorije vzgoje, psihologije učenja in razvojne psihologije.

**Gljučne besede:** medicinska sestra, zdravstvena dejavnost, kompetence v zdravstveni vzgoji, aktivno učenje.

## UVOD

Medicinska sestra (ta termin uporabljamo za vse izvajalce zdravstvene nege, ki imajo višjo/visokostrokovno, univerzitetno in podiplomsko izobrazbo) ima na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti številne, pomembne in odgovorne naloge. Že v predgovoru Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) je zapisano, da je »temeljna naloga medicinske sestre krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja ter lajšanje trpljenja«. Pri zagotavljanju naštetih nalog je zelo pomembno zdravstvenovzgojno delovanje medicinskih sester, kajti le poučen in vzgojen posameznik bo upošteval načela zdravega načina življenja v svoji vsakodnevni praksi, znal bo preprečiti nastanek bolezni, ob nastopu bolezni bo motiviran, da aktivno sodeluje v procesu zdravljenja, in ko bo ozdravel, bo znal ohranjati in krepiti svoje zdravje.

Medicinske sestre imajo v zdravstvenem timu ključno vlogo v zdravstvenovzgojnem procesu, saj prav one preživijo največ časa s pacientom, in to na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti. To jim omogoča, da prepoznajo trenutek, ko je pacient sposoben in motiviran za učenje. V zdravstvenovzgojnem procesu naj bo pacient v aktivni vlogi, kar pomeni, da aktivno sodeluje v procesu pridobivanja novega znanja, spretnosti in veščin. V zdravstvenovzgojni proces naj medicinske sestre vključujejo aktivne učne oblike in metode dela, ob uporabi primernih učnih pripomočkov.

Kompetence, ki jih izvaja medicinska sestra na področju zdravstvene vzgoje, ji omogočajo, da opravi številne naloge v procesu preprečevanja bolezni, zdravljenja in rehabilitacije. Kompetence so zapisane v dokumentih, ki jih je izdala Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza). To so trije dokumenti: Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (2008), Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulanti družinske medicine (2011) in Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu (2011). V teh dokumentih so med drugim opredeljene pristojnosti posameznih izvajalcev dejavnosti zdravstvene nege, babiške nege ter oskrbe in njihove kompetence. Gruban (2004, cit. po Železnik, 2008) je kompetenco opredelil kot sposobnost uporabe znanj in drugih zmožnosti, ki so potrebne, da nekdo uspešno, učinkovito in v skladu s standardi delovne uspešnosti izvrši določeno nalogo, opravi delo ali odigra vlogo v poslovnem procesu. Stare (2006) pravi, da kompetenca obsega znanja, veščine, spretnosti, osebnostne in vedenjske značilnosti, prepričanja, vrednote, samopodobo ipd., vse tisto, kar je skupaj precej večje jamstvo za delovni uspeh, kot je znanje samo po sebi. Kompetence s področja zdravstvene vzgoje, vzgoje za zdravje in promocije zdravja izvaja medicinska sestra z načrtovanim, sistematičnim, avtonomnim in odgovornim delom.

Namen prispevka je predstaviti delovanje medicinskih sester na področju promocije zdravja, zdravstvene vzgoje in vzgoje za zdravje. Na vseh omenjenih področjih delovanja prehaja medicinska sestra iz ene vloge v drugo, pogosto je zdravstvena vzgojiteljica, svetovalka, poslušalka, motivatorica, zaupnica, advokatinja itd.

## **Ravni zdravstvene dejavnosti**

Za varovanje zdravja prebivalcev skrbijo posebni sistemi držav – sistemi zdravstvenega varstva. »Zdravstveno varstvo je sistem družbenih, skupinskih in osebnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje bolezni, njeno pravočasno zdravljenje in zdravstveno nego ter rehabi-



litacijo zbolelih in poškodovanih.« (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik, 2007; Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992). Prvine (podsistemi) sistemov zdravstvenega varstva so zdravstvena dejavnost, financiranje zdravstvene dejavnosti, izobraževanje in usposabljanje izvajalcev zdravstvene dejavnosti, medicinska znanost in zdravstvena tehnologija, zdravstvena politika in informacijski sistemi (Slika 1). Zdravstveno dejavnost delimo na dve veji: ohranjanje/krepitev zdravja in zdravljenje bolezni; v nekaterih državah imajo razvito še tretjo vejo zdravstvene dejavnosti – paliativna zdravstvena dejavnost (v državah z visokim odstotkom starostnikov) (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik, 2007).



Slika 1. Prvine (podsistemi) sistemov zdravstvenega varstva (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik, 2007).

Podsistem zdravstvenega varstva je zdravstvena dejavnost, v okviru katere se izvaja ohranjanje/krepitev zdravja in zdravljenje bolezni, na primarni, terciarni in sekundarni ravni. Primarna raven zdravstvene dejavnosti obsega dejavnosti, ki omogočajo hiter in neposreden stik z zdravstveno službo (brez napotnice). Zajema osnovno zdravstveno dejavnost (zdravstveni domovi, zdravstvene postaje in zasebni zdravstveni delavci, socialno-varstveni zavodi, zavodi za usposabljanje in izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter kazenski in vzgojni zavodi) in lekarniško dejavnost. Sekundarna raven zdravstvene dejavnosti zajema specialistično ambulantno (opravljajo splošne in specialne bolnišnice, zdravilišča ali zasebni zdravniki specialisti posameznih strok) in bolnišnično dejavnost ter obsega poglobljeno diagnostiko bolezni in drugih zdravstvenih stanj, pa tudi izvajanje ambulantne rehabilitacije kot nadaljevanje oz. dopolnitev osnovne zdravstvene dejavnosti. Terciarna zdravstvena

dejavnost zajema specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost klinik in inštitutov ter obsega opravljanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev na ambulantni ali bolnišnični način. Dejavnost opravljajo klinike, inštituti in republiški zavodi (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik, 2007; Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 1992).

V okviru zdravstvene dejavnosti medicinske sestre izvajamo tudi promocijo zdravja, zdravstveno vzgojo in vzgojo za zdravje. V slovenskem prostoru se izraz promocija zdravja pogosto še vedno uporablja kot sinonim za zdravstveno vzgojo (angleško health education) in vzgojo za zdravje. Vedno pogosteje pa nekateri zdravstveni delavci zdravstveno vzgojo enačijo z edukacijo. Vse omenjene izraze bomo podrobneje obrazložili v nadaljevanju prispevka.

### **Promocija zdravja**

Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik (2007) navajajo, da je glavni namen promocije zdravja v čim večji meri doseči zdravju naklonjeno družbeno okolje in za zdravje ugodno naravno okolje, saj sta to osnovna pogoja za dobro zdravje posameznikov v družbi. Svetovna zdravstvena organizacija je promocijo zdravja opredelila kot proces, ki posameznikom in skupinam omogoča, da povečajo nadzor nad lastnim zdravjem in si ga po zmožnostih tudi okrepijo (Ottawa charter for health promotion, 1986). Različna pojmovanja in razlage promocije zdravja so prisotne v tujini, pa tudi v Sloveniji. Kamin (2004; 2006) navaja, da politični dokumenti promocijo zdravja definirajo najširše, kot politični koncept, skladno s smernicami Svetovne zdravstvene organizacije, zdravstvene avtoritete pa promocijo zdravja pogosto interpretirajo ožje, velikokrat jo omejujejo na komunikacijsko raven upravljanja z življenjskimi stili prebivalstva.

Danes promocijo zdravja opredelimo kot: »Promocija zdravja so različne kombinacije vzgoje za zdravje z organizacijskimi, političnimi in ekonomskimi posredovanji, ki so oblikovane z namenom vplivanja na vedenjske in okoljske spremembe za ohranjanje in izboljšanje zdravja« (Paris, 1995, cit. po Kamin, 2006). Pri zagotavljanju promocije zdravja za vse ljudi je pomembno, da je v zdravje usmerjena javna politika oz. politika zdravja; ljudem je treba zagotavljati zdravo in varno okolje, krepiti aktivnosti skupnosti za ustvarjanje zdravja, razvijati osebne veščine ljudi in preusmerjati zdravstvene dejavnosti.

Promocija zdravja je izrazito multidisciplinaren in multisektorski pristop, v katerem sodelujejo strokovnjaki različnih strok, saj se promocija zdravja odvija istočasno v več družbenih sistemih: zdravstvenem, šolskem, gospodarskem, znanstvenem itd. (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik, 2007). To pomeni, da so v promocijo

zdravja vključeni zdravstveni delavci, vzgojitelji, učitelji, gospodarstveniki, politiki, novinarji (različni mediji) in ne nazadnje država z različnimi zakoni in predpisi, s katerimi zagotavlja ljudem preskrbo z zdravo pitno vodo, z zdravimi živili, skrbi za zdravo okolje, zagotavlja prometno varnost, varnost pri delu itd.

## **Zdravstvena vzgoja**

Pomembno je vedeti, da je zdravstvena vzgoja le eden od sedmih strateških pristopov v promociji zdravja. Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik (2007) navajajo naslednje pristope: zdravstveno sporočanje, vzgoja za zdravje / zdravstvena vzgoja, samopomoč oziroma vzajemna pomoč, spreminjanje organiziranosti v podporo zdravju, razvoj, dozorevanje in mobilizacija skupnosti v krepitvi za zdravje, zagovorništvo zdravja in razvoj politik za zdravje.

S pomočjo različnih definicij zdravstvene vzgoje bomo obrazložili razliko med vzgojo za zdravje in zdravstveno vzgojo. Hoyer (2005) opozarja, da poznamo številne definicije zdravstvene vzgoje, vsem pa je skupno poudarjanje procesa učenja z oblikovanjem pozitivnih stališč, navad, oblik obnašanja in ne le znanja o zdravem načinu življenja. Zdravstvena vzgoja je proces, s pomočjo katerega se posameznik in skupine učijo krepiti, ohranjati in uveljavljati zdravje, je torej kombinacija učenja in vzgoje. To ozavešča ljudi o potrebi, da so zdravi, da vedo, kako doseči zdravje, kaj storiti, da postanejo zdravi, in kako poiskati pomoč, kadar jo potrebujejo.

Naidoo in Wills (2005) pravita, da je zdravstvena vzgoja katerakoli kombinacija načrtovanih učnih izkušenj, ki zagotavljajo posamezniku in skupinam možnost, da dobijo informacije in veščine, potrebne za doseganje kakovostnega zdravja. In nadaljujeta, da je Svetovna zdravstvena organizacija zdravstveno vzgojo opredelila kot zavestno izdelano priložnost za učenje, ki vključuje različne oblike komunikacije, namenjene izboljšanju zdravja, pridobivanju novega znanja o zdravju in prenos tega znanja o zdravju v vsakdanje življenje.

Arko in sodelavci (1991) opredeljujejo zdravstveno vzgojo kot proces oblikovanja človeške miselnosti, odnosa in vedenja do zdravja. Avtorji menijo, da je ena izmed teženj zdravstvene vzgoje razviti odgovornost do zdravja celotne skupnosti. Glanz in sodelavci (2008) prav tako opredeljujejo zdravstveno vzgojo kot nepretrgan proces. Zdravstvena vzgoja je tako prisotna na področju preprečevanja bolezni, pri promociji zdravja, prepoznavanju bolezni in njenega zdravljenja ter pri rehabilitaciji.

V zadnjih treh desetletjih se je zdravstvena vzgoja razvila v akademsko disciplino, ki je uporabna za izboljšanje zdravstvenega stanja in odpravo določenega zdrav-

stvenega problema. Z njo želimo doseči vnaprej določene cilje in prepričati ljudi, da bodo sprejeli in vzdrževali zdrav način življenja, ustrezno in upravičeno uporabljali dostopno zdravstveno dejavnost in spremljali individualne ali skupinske odločitve za izboljšanje zdravstvenega stanja. Ločimo formalno in neformalno zdravstveno vzgojo, ki sta največkrat istočasno navzoči. Kot formalno zdravstveno vzgojo razumemo načrtovane aktivnosti strokovnjakov z namenom vplivanja na vedenjski vzorec posameznikov, družine ali skupnosti. Primarni cilj formalne zdravstvene vzgoje je premostiti vrzel med znanstvenim spoznanjem in vsakodnevnim ravnanjem ljudi, medtem ko je neformalna zdravstvena vzgoja nenačrtovan in velikokrat naključen proces. Nanaša se na posredovanja znanj in izkušenj znotraj družine oziroma skupnosti. Starši, prijatelji, sorodniki, vrstniki in sodelavci igrajo v tem procesu pomembno vlogo. Prenos nekaterih vrednot oz. prepričanj največkrat nima znanstvenih vrednosti, so bolj kulturno kot medicinsko sprejemljiva sporočila. Ta proces se imenuje socializacija (Premik, 1996; Krašovec Ravnik, 2007).

Tudi na področju zdravstvene vzgoje ločimo primarno, sekundarno in terciarno raven. Primarna zdravstvena vzgoja vključuje zdrave ljudi, ki so izpostavljeni nizkemu oz. povprečnemu zdravstvenemu tveganju. Prizadeva si predvsem za krepitev in ohranitev zdravja. Ljudi učimo in jih navdušujemo za zdravo življenje in opozarjamo na dejavnike tveganja. Prizadevamo si prebuditi njihovo občutljivost za določene probleme v povezavi z zdravjem, zanimanje oz. motivacijo za odgovornost do lastnega zdravja. Sekundarna raven je namenjena rizičnim skupinam ljudi ali posameznikom. Ljudi učimo in vzgajamo v zvezi z dejavniki tveganja, ki nekoga ogrožajo. Pomembno je, da ljudje te dejavnike prepoznajo in se znajo pred njimi varovati ter razviti take vzorce vedenja, da je tveganja čim manj. Terciarna raven je namenjena vzgoji ljudi za življenje z že nastalo škodo, za preprečevanje povrnitve bolezni ali poslabšanja stanja. Namen zdravstvene vzgoje na tej ravni je, da pacienti sprejmejo svojo bolezen kot realnost in del svojega življenja, da spoznajo določena dejstva o svoji bolezni ter pridobijo potrebne veščine za uspešno obvladovanje bolezni (Hoyer, 2003; Hoyer, 2005; Premik, 1996; Trampuž in Kofol, 2004).

## **Vzgoja za zdravje**

Vzgoja za zdravje je pomemben in nepogrešljiv del promocije zdravja. Ni samo širjenje informacij/informiranje, ampak je aktivni proces učenja ob upoštevanju lastnih izkušenj in socioekonomskih dejavnikov. Namen vzgoje za zdravje je informirati in motivirati posameznika ali skupino k skrbi za svoje zdravje (Inštitut za varovanje zdravja, 2011). V njej sodelujemo vsi, od matere, ki neguje otroka, prek vzgojiteljic v vrtcih, učiteljic in učiteljev v šolah, pa vse do delodajalcev in

novinarjev s sporočili v medijih (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik, 2007) ter zdravstvenih delavcev. Medtem ko zdravstveno vzgojo izvajajo za to usposobljeni ljudje – profesionalci, vsi zdravstveni delavci na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti. Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik (2007) navajajo, da je vzgoja za zdravje prenos znanstveno utemeljenih spoznanj o ohranjanju in krepitevi zdravja v ljudsko prakso.

Vzgoja za zdravje deluje bolj na populacijski ravni kot na ravni posameznika. Pojem vzgoja za zdravje se prepleta s pojmom zdravstvene vzgoje (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik, 2007; Hoyer, 2005; Kvas, 2006). Avtorji Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik (2007) opredelijo koncept vzgoje za zdravje kot biopsihosocialni model zdravja, koncept zdravstvene vzgoje pa kot biomedicinski model zdravja. Oba koncepta pa se do določene mere prekrivata. Rakovec – Felser (2009) navaja, da se biomedicinski model zdravja ali model bolezni v celoti usmerja zgolj na bolezen. Biopsihosocialni model zdravja pa je multifaktorski model zdravja in bolezni; številni in raznoliki biološki, psihološki in socialni dejavniki zdravja in bolezni so v stalni in vzajemni medsebojni zvezi.

## **Edukacija**

Termin edukacija pacientov vedno pogosteje uporabljajo zdravstveni delavci, in to na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva. Najpogosteje ga uporabljajo kot sinonim za zdravstveno vzgojo, za nekatere pa pomeni celo več kot zdravstvena vzgoja (razumejo jo kot nadpomenko). Ob tem je treba poudariti, da termin edukacija različno razlagajo tudi strokovnjaki s področja andragogike, pedagogike in didaktike, od koder smo ga prenesli na področje zdravstva. Uporabljajo ga tudi strokovnjaki na psihološkem in sociološkem področju, v zadnjih nekaj letih pa tudi na področju zdravstva (npr. edukacija pacientov, edukacija zdravstvenih delavcev, zdravstveni delavci kot edukatorji ipd.). Vsi strokovnjaki z omenjenih področij dela termin edukacija razumejo na različne načine; enim pomeni vzgojo in izobraževanje, drugim samo vzgojo, tretjim samo izobraževanje, četrtem zdravstveno vzgojo, ...

Lesar in Peček-Čuk (2008) obrazložita, da je pojem v slovenski prostor vpeljal Pediček leta 1994 in ga opredelil kot proces vzgoje in izobraževanja, ker naj bi samo podajanje znanja in v skladu s tem spodbujanje učenja vsebovalo tudi oblikovalno razsežnost. Avtorici se sprašujeta, ali lahko pojem edukacija vpeljemo tudi na druga področja družbenega življenja, kjer je proces vzgoje zelo prisoten, vendar ne tako strukturiran in ciljno naravnani kot v šoli. Sprašujeta se, ali je mogoče reči, da starši doma otroke educirajo.

## Kompetence na področju zdravstvene vzgoje

Zdravstvenovzgojno delujemo vsi člani negovalnega tima. V dokumentu Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (2008) je opredeljeno, da tim zdravstvene nege sestavljajo naslednji izvajalci: profesor zdravstvene vzgoje / profesorica zdravstvene vzgoje, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, višja medicinska sestra / višji zdravstveni tehnik specialist / višji medicinski tehnik specialist, diplomirana medicinska sestra specialistka / diplomirani zdravstveni tehnik specialist, tehnik zdravstvene nege / tehničarka zdravstvene nege. Največ kompetenc na področju zdravstvene vzgoje ima profesor zdravstvene vzgoje / profesorica zdravstvene vzgoje. V dokumentu Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (2008) je zapisano, da so kompetence profesorja zdravstvene vzgoje / profesorice zdravstvene vzgoje: zdravstvena vzgoja prebivalcev za razumevanje zdravstvenih problemov, motivacijo in usposabljanje za proces doseganja in ohranjanja zdravja; vzgoja za širše potrebe pacienta, uspešnejše reševanje somatskih, psihičnih in socialnih vidikov pacientov, za ustreznejši pristop pri multiplih boleznih ter kompleksnih zdravstvenih problemih; vzgoja za upravljanje z življenjskim okoljem zaradi varovanja zdravja in izboljšanje kakovosti življenja; vzgoja za krepitev sposobnosti posameznika za pravilen izbor vedenja, obvladovanja stresov, za preprečevanje oblik vedenja, ki škodujejo zdravju, ter za razumevanje povezave med načinom življenja in zdravjem; krepitev vloge družine in socialnih skupin v procesu razvoja zdravega načina življenja; poučevanje za širše zdravstvenovzgojno delovanje v osnovnem in srednjem šolstvu. Kompetence diplomirane in višje medicinske sestre / diplomiranega zdravstvenika in višjega zdravstvenega tehnika so: promocija zdravja; zdravstvena vzgoja in učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja; za razumevanje zdravstvenih problemov in procesov za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja. Kompetence tehnika zdravstvene nege, zdravstvenega tehnika in srednje medicinske sestre pa so v zdravstveni vzgoji pacienta v okviru tima.

V letošnjem letu, tj. 2011, smo dobili še dva dokumenta, v katerih so zapisane tudi aktivnosti zdravstvene vzgoje za medicinske sestre v ambulanti družinske medicine in za patronažne medicinske sestre. V dokumentu Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulanti družinske medicine (2011) je v okviru kompetenc diplomiranih medicinskih sester izpostavljeno svetovanje pacientu, ki je lahko osebno, pisno, po telefonu in po e-pošti. Pacientu in njegovim svojcem svetujejo v okviru temeljnih življenjskih aktivnosti (npr. svetovanje v zvezi z dihanjem, prehranjevanjem in pitjem, spanjem in počitkom itd.) ter glede preprečevanja in obvladovanja okužb. V okviru zdravstvene vzgoje pa pacienta naučijo pravilne aplikacije zdravil, stranskih učinkov zdravil,

samoaplikacije zdravil, pravilnega jemanja zdravil. Seznanijo ga z dejavniki tveganja za kronične nenalezljive bolezni in ga naučijo zdravega načina življenja.

V dokumentu Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu (2011) je opredeljeno, da patronažne medicinske sestre zdravstvenovzgojno delujejo na pacientovem domu, v zdravstvenem domu, lokalni skupnosti in na terenu. Delujejo na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene vzgoje. Vključujejo se v vsa področja promocije zdravja: preventivno, delo v lokalni skupnosti, organizacijsko, okoljevarstveno, javno zdravstveno politiko, ekonomsko-pravno, izobraževalno in raziskovalno.

Vse omenjene kompetence izvajajo medicinske sestre v okviru promocije zdravja, zdravstvene vzgoje in vzgoje za zdravje. Pogosto v zdravstvenovzgojno delo vključujejo tudi ostale zdravstvene delavce in strokovnjake iz drugih področij, kar je odvisno od samega problema, ki se pojavi pri pacientu. Sodelujejo lahko zdravniki, fizioterapevti, delovni terapevti, nutricionisti, psihologi, psihiatri, socialni delavci, pedagogi, andragogi idr.

## **Razprava**

V Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je opredeljena odgovornost medicinske sestre za krepitev zdravja in preprečevanje bolezni ter odgovornost za spodbujanje in podporo akcijam v prid zdravstvenih in socialnih potreb ljudi. Navaja pozitivne navade, ki pripomorejo k izboljšanju zdravja in z nasveti opozarja na dejavnike, ki neugodno vplivajo na zdravje in jih pomaga odpravljati (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005). To lahko medicinska sestra doseže z načrtovano in kontinuirano zdravstveno vzgojo in vzgojo za zdravje ter promocijo zdravja na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti. Naidoo in Wills (2005) pravita, da medicinska sestra v vlogi zdravstvene vzgojiteljice potrebuje dve kompetenci, in sicer izobraževalno in vzgojno. Prva se nanaša predvsem na znanstvena spoznanja, druga na vrednote, obe pa močno pogojuje učiteljeva osebna struktura. Medicinska sestra nikoli ne ve, kaj jo bodo pacienti vprašali, zato mora imeti široko znanje, ki ga mora tudi nenehno dopolnjevati.

Medicinske sestre se lahko zlasti na primarni ravni zdravstvene dejavnosti vključujejo v različne aktivnosti promocije zdravja, kot so Zdravi vrtci, Zdrave šole, Zdrava mesta, preventivne akcije o varnosti v prometu, ozaveščanje ljudi o rednem pregledovanju dojk in mod (preventiva rakavih obolenj), različna cepljenja otrok in odraslih (npr. klopni meningitis), preventivne akcije ob svetovnih dnevih (dan boja proti raku, dan boja proti tobaku, dan boja proti aidsu itd.).



Medicinske sestre izvajamo zdravstveno vzgojo ljudi, zdravih in bolnih. Vanjo so vključeni ljudje vseh starosti, od dojenčka do starostnika. Glede na to, da narašča število kroničnih pacientov, ki so predvsem starejši ljudje, je pomembno, da jim, kot navajajo Gooding in sodelavci (1997), v procesu zdravstvene vzgoje nudimo pomoč, da se naučijo preprečevati zdravstvene težave, ter jih naučimo slediti zdravnikovim navodilom. Kemm in Close (1995) opozarjata, da mora biti pristop medicinske sestre zaupen in skrben, hkrati pa mora posredovati pozitivno sporočilo. Zato mora: predstavljati pravilno podobo, pomembnost prvega vtisa in pozitivnega sporočila; biti zgled, se zavedati svojega vpliva na druge ter imeti dovolj znanja in veščin za soočanje z nepričakovanim.

Strokovnjaki s področja pedagogike, andragogike in didaktike vedno bolj poudarjajo, da naj poučevanje preide v učenje, kjer postane udeleženec aktiven v učno-vzgojnem procesu. Jank in Mayer (2006) pravita, da je pouk aktiven takrat, ko se udeleženci ne učijo le z glavo, ampak pri učenju uporabljajo tudi druga čutila in srce. Aktivni pouk mora uravnovežiti umsko (miselne dejavnosti) in fizično (materialne dejavnosti, ki se opravljajo s telesom) delo udeležencev. Če želimo doseči, da bo udeleženec oblikoval in izrazil svoje stališče ter pridobljeno znanje uporabil tudi v svojem vsakdanjem življenju, moramo preusmeriti poučevanje iz metod razlage na druge metode v kombinaciji z uporabo različnih učnih oblik in motivacijskih tehnik. Skribe-Dimec (1995) pravi, da med take oblike učenja prištevamo: učenje z vpogledom, učenje z odtrganjem, Puklek Levpušček in Marentič Požarnik (2005) pa dodajata še učenje s pomočjo reševanja problemov. Kvas in Mihelič Zajec (2010) opozorita na pomen raznolikosti učnih in vzgojnih metod, kot so npr.: metoda pogovora, metoda razprave, metoda praktičnega dela, metoda prepričevanja, metoda spodbujanja, katere silijo udeleženca, da se aktivno vključujejo v proces pridobivanja znanja, in sicer s svojimi razmišljanji, mnenji, primeri iz prakse in aktivnim delom.

Pomembno je tudi vključevanje izkustvenega učenja, zlasti pri odraslih udeležencih. Izkustveno je tisto učenje, ki je, prvič, smiselno in, drugič, do spoznanj pride posameznik sam. Za izkustveno učenje je pomembna vpletenost posameznika v izkušnjo in razmišljanje – reflektiranje o njej (Vukovič, Miglič, 2006). Po mnenju Fowlerja (2008) je izkustveno učenje tisto, katerega rezultati so skupek kakovostnih izkušenj skupaj s pomembno refleksijo. Cepin (2005) poudarja, da je vloga učitelja v izkustvenem učenju poiskati vsebine, katerih izkušnje udeleženci izobraževanja že imajo, in da njihove izkušnje poveže s teoretičnim znanjem. Sewchuk (2005) meni, da zahteva izkustveno učenje več časa, vpliva na spremenjene vloge vseh, ki so vpleteni v učni proces: učiteljeva vloga se spremeni od tistega, ki daje, vse razloži in naredi, v tistega, ki pripravlja pogoje za učenje, usmerja, svetuje,

podpira in daje povratne informacije. Udeleženec ni le poslušalec in opazovalec, ampak je v središču dogajanja. Pred seboj ima jasne cilje, uči se razvijati svoje ideje, zastavljati tehtna vprašanja, preizkušati nove možnosti, sodelovati, nastopati in poslušati druge, presojati kakovost svojega znanja, veščin in dosežkov ter jih izboljševati.

## Sklep

Medicinske sestre smo na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje v različnih vlogah, ki se med seboj prepletajo, dopolnjujejo in nadgrajujejo. Nadvse pomembno je, da znamo prehajati iz vloge v vlogo ter ob tem vzpostaviti sproščujoč in zaupen odnos s pacientom. Pacient si želi enakovrednega odnosa, kjer lahko izrazi svoje želje, bojazni in pričakovanja, je slišan, pomirjen in spodbujen, ko ne vidi izhoda.

Za uspešno in učinkovito zdravstvenovzgojno delovanje potrebujemo medicinske sestre dodatna specialna znanja s področja pedagogike, andragogike, didaktike, teorije vzgoje, psihologije učenja in razvojne psihologije. Zato je zelo pomembno, da se zavedamo pomena vseživljenjskega učenja, v katerega se permanentno vključujemo in s tem pridobivamo nova znanja, spretnosti in veščine. Ta znanja lahko pridobimo s samoizobraževanjem (knjige, članki, internetni viri), pa tudi z različnimi izpopolnjevanji in usposabljanji v okviru Zbornice – Zveze ali drugih organizacij, ki izvajajo programe za specialna znanja.

## Literatura

1. Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulanti družinske medicine. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011: 14–7, 18–28.
2. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011: 24–49.
3. Arko U, Hrovatin M, Jazbec R. Zdravstvena vzgoja v osnovni šoli. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, 1991.
4. Cepin M. Neformalno izobraževanje mlajših odraslih: teoretična in praktična načela neformalnega izobraževanja mlajših odraslih. Andrag. spoznan. 2005; 11(2): 19-36.
5. Fowler J (2008). Experiential learning and its facilitation. Nurse Educ Today. 28(4): 427–33.
6. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: Theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2008: 11–4.
7. Gooding S, Stilwell B, Rogers R. Promocija zdravja in zdravstvena vzgoja. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego; 2005: 19–20.

8. Hoyer S. Učenje in vzgoja bolnikov v psihiatrični zdravstveni negi. *Obz Zdr N.* 2003; 37(4): 267–72.
9. Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2005.
10. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Vzgoja za zdravje. Dostopno na: [http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=78&pi=6&\\_6\\_id=39&\\_6\\_PageIndex=0&\\_6\\_groupId=-2&\\_6\\_newsCategory=IVZ+kategorija&\\_6\\_action=ShowNewsFull&pl=78-6.0](http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=78&pi=6&_6_id=39&_6_PageIndex=0&_6_groupId=-2&_6_newsCategory=IVZ+kategorija&_6_action=ShowNewsFull&pl=78-6.0). (10.10.2011).
11. Jank W, Meyer H. Didaktični modeli. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo; 2006: 5–20.
12. Kamin T. Promocija zdravja in mit opolnomočenja državljana. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2004: 41–8.
13. Kamin T. Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2006: 80–1.
14. Kemm J, Close A. Health promotion. Theory&Practice. London: Macmillan; 1995.
15. Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2005:1–3.
16. Krašovec Ravnik E. Aktivnosti ZZV. Ljubljana; 2007. Dostopno na: [http://www.zzv-lj.si/index.php?page=napovednik&item=61&get\\_trerot=60&id=159](http://www.zzv-lj.si/index.php?page=napovednik&item=61&get_trerot=60&id=159), 10. 10. 2011.
17. Kvas A. Vzgoja za zdravje kot del vseživljenjskega učenja. In: Pandel Mikuš Ruža, Kvas A, eds. Oblikovanje celostnega pristopa k ohranjanju in krepitvi zdravja: prehrana, gibanje in pozitivna samopodoba: strokovni seminar. Ljubljana, november 2006. Ljubljana: Strokovno združenje nutricionistov in dietetikov; 2006: 59–67.
18. Kvas A, Mihelič Zajec A. Izvedba zdravstvenovzgojne stojnice študentov babištva. *Obzor Zdr N.* 2010; 44(2): 101.9.
19. Lesar I, Peček-Čuk M. Pojem »edukacija« – rešitev ali poglobitev zadreg pri opredeljevanju vzgoje in izobraževanja. V: Javrh P, ur. Vseživljenjsko učenje in strokovno izrazje. Ljubljana: Pedagoški inštitut; 2008: 95–107.
20. Naidoo J, Wills J. Public health and health promotion: developing practice. 2nd ed. United Kingdom: Gail Wright, 2005.
21. Ottawa charter for health promotion, 1986. Dostopno na: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf) (10. 10. 2011).
22. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008: 9, 21, 23–6, 40–89.
23. Premik M. Socialno medicinski vidiki zdravstvene vzgoje. Ljubljana: Inštitut za socialno medicino, Medicinska fakulteta, 1996: Dostopno na: [http://www.google.si/search?\\_SOCILANO+MEDICINSKI+VIDIKI+ZDRAVSTVENE+VZGOJE](http://www.google.si/search?_SOCILANO+MEDICINSKI+VIDIKI+ZDRAVSTVENE+VZGOJE), 10. 10. 2011.
25. Puklek Levpušček M, Marentič Požarnik B. Skupinsko delo za aktiven študij. Ljubljana. Center za pedagoško izobraževanje Filozofske fakultete; 2005: 18–26, 27–8.
26. Rakovec – Felser Z. Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja: razumeti in biti razumljen. 1. Natis. Maribor: založba Pivec; 2009: 28–34.
27. Skribe-Dimec D. Aktivno učenje zgodnjega naravoslovja in učbenik (magistrsko delo). Ljubljana: Biotehnična fakulteta, Oddelek za biologijo; 1995.
28. Stare J. Kompetentnost vodij v državni upravi – vidik podrejenih. HRM (11). Ljubljana: Planet GV; 2006.
29. Sewchuk DH. Experiential learning – a theoretical framework for perioperative education. *AORN J.* 2005; 81(6): 1311–8.

30. Trampuž R, Kofol T. Poskrbimo za svoje zdravje. Ajdovščina: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica; 2004.
31. Vukovič G, Miglič G. Metode usposabljanja kadrov. Kranj: Moderna organizacija; 2006.
32. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list Republike Slovenije št. 2/1992: 577–90.
33. Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Katedra za javno zdravje; 2007: 168–70, 174–9, 208–9, 288–92, 305–7.



# POTENCIAL VZPOSTAVLJENE MREŽE ZDRAVSTVENOVZGOJNIH CENTROV ZA PREPREČEVANJE IN OBVLADOVANJE KRONIČNIH BOLEZNI

*asist. Sanja Vrbovšek, dipl. m. s., univ. dipl. soc.*

*Inštitut za varovanje zdravja RS, Center za krepitev zdravja in obvladovanje  
kroničnih bolezni  
Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana  
sanja.vrbovsek@ivz-rs.si*

## IZVLEČEK

Kronične bolezni tako v Sloveniji kot v svetu predstavljajo glavni vzrok prezgodnje umrljivosti in obolevnosti. Znanost je nedvoumno dokazala obstoj dejavnikov tveganja za nastanek kronične bolezni, med katerimi ima osrednje mesto nezdrav življenjski slog. V Sloveniji od leta 2002 v primarnem zdravstvenem varstvu poteka Nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni, ki ga vodi, koordinira in evalvira Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Temeljna sestavna dela nacionalnega programa sta izvajanje preventivnih pregledov in ocena srčno-žilne ogroženosti posameznika ter intervencija. Ključni integralni del nacionalnega programa pa je izvajanje nemedikamentozne intervencije v zdravstvenozgojnih centrih, ki so locirani v zdravstvenih domovih po vsej Sloveniji. Izvajalci zdravstvene vzgoje v zdravstvenozgojnih centrih v okviru zdravstvenozgojnih delavnic in individualnih svetovanj posameznikom pomagajo pri spreminjanju nezdravega življenjskega sloga. Zaradi velikega bremena kroničnih bolezni pa je potrebno integrirati preventivo vseh ključnih kroničnih bolezni na primarno raven zdravstvenega varstva, zagotoviti celostno oskrbo kroničnih bolnikov v osnovnem zdravstvu ter vzpostaviti in zagotoviti učinkovito sodelovanje med interdisciplinarnimi timi in med ravnmi zdravstvene oskrbe. Vzpostavljena mreža zdravstvenozgojnih centrov s svojimi programi in izobraženim kadrom, ki v sedanjem sistemu organizacije zdravstvene oskrbe na primarni ravni že izvaja intervencije za ogroženo odraslo populacijo za kronične bolezni, predstavlja velik potencial za izgradnjo ustreznih kapacitet, organizacije in programov za učinkovitejše obvladovanje kroničnih bolezni.

**Ključne besede:** kronične bolezni, zdravstvena vzgoja, zdravstvenozgojni centri, integriran pristop, CINDI.

## Uvod

Obolevnost in umrljivost zaradi posledic kroničnih bolezni (KB), ki so velik javnozdravstveni problem, danes predstavlja veliko breme tako v Sloveniji kot v svetu, tako za zdravstvene sisteme kot za gospodarstvo in družbe na splošno. Čeprav je najpogostejše KB v veliki meri mogoče preprečiti oziroma njihov pojav odložiti na kasnejša starostna obdobja, še vedno predstavljajo glavni vzrok prezgodnje umrljivosti in obolevnosti v evropski regiji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO). Po podatkih SZO (World Health Organization, 2006a) je namreč 86 % vseh smrti v Evropi povezanih s KB, ki predstavljajo 77 % vsega bremena bolezni v Evropski regiji, s čimer ta regija prednjači pred drugimi svetovnimi regijami, kar v Evropski uniji ocenjujejo kot možno oviro za dosego razvojnih in ekonomskih ciljev. Tudi v Sloveniji glavno zdravstveno breme predstavljajo KB, saj so po podatkih SZO (World Health Organization, 2006b) v letu 2003 povzročile približno 80 % vseh smrti. Po podatkih Statističnega letopisa 2010 (Statistični urad Republike Slovenije, 2010) so v celotni umrljivosti v letu 2009 40 % zasedale bolezni obtočil, 31 % neoplazme, 7,7 % poškodbe in zastrupitve, 6,8 % bolezni dihal, 6,2 % bolezni prebavil ter približno slabih 10 % druge bolezni. Prebivalci Slovenije v povprečju sedem let živimo s kronično boleznijo oziroma nezmožnostjo/onesposobljenostjo, kar predstavlja 9 % celotne pričakovane življenjske dobe (World Health Organization, 2006b).

Znanost je nedvoumno dokazala obstoj dejavnikov tveganja za nastanek KB. Med dejavniki tveganja za prezgodnji razvoj KB ima osrednje mesto nezdrav življenjski slog (nezdravo prehranjevanje, telesna nedejavnost, kajenje, tvegano uživanje alkohola, psihosocialni stres), ki vodi v razvoj bioloških dejavnikov tveganja (zvišan krvni tlak, zvišana koncentracija plazemskega holesterola in krvnega sladkorja, debelost kot dejavnik tveganja) in v končni fazi v razvoj bolezni (debelost kot bolezen, sladkorna bolezen tipa 2, srčno-žilne bolezni (SŽB), rakave bolezni, osteoporoza, depresivne in anksiozne motnje). Raziskave kažejo, da bi s spremembo življenjskega sloga lahko predvidoma preprečili do 80 % koronarne srčne bolezni, do 90 % sladkorne bolezni tipa 2 in približno eno tretjino vseh primerov raka (WHO/FAO, 2003). Vendar pa je na tem mestu treba opozoriti, da opredelitev pojma življenjski/vedenjski slog ne zajema samo dimenzije izbire vedenja pri posamezniku, temveč tudi vpliv družbenega in naravnega okolja na odločitve, ki jih sprejmejo ljudje glede svojega zdravja. Vedno bolj se krepi spoznanje, da je izbira vedenja, povezanega z zdravjem, v veliki meri pod vplivom okolja, v katerem ljudje živijo, se učijo, delajo ali se igrajo. Ukrepi, ki podpirajo ustvarjanje okolja, ki podpira zdrave odločitve, pripomorejo h krepitvi sposobnosti posameznikov, da izberejo zdrava vedenja in zdrave odločitve med vsemi možnostmi, ki so na voljo (Zaletel Kragelj, Eržen, Premik, 2007).



## **Program CINDI in integriran pristop k obvladovanju kroničnih bolezni**

CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention), celosten (integrirani) program ukrepov za preprečevanje in obvladovanje KB SZO, je nastal leta 1984 kot odziv na naraščajoče in težko obvladljivo breme KB in dejavnikov tveganja zanje, predvsem nezdravega življenjskega sloga v evropski regiji SZO, ter kot odziv na četrti cilj strategije SZO Zdravje za vse do leta 2000, ki v ospredje postavlja zmanjšanje bremena obolevnosti in invalidnosti zaradi KB. Ključno načelo CINDI pristopa pri preprečevanju KB je načelo celostnega pristopa oziroma »integracije« – »povezovanja«. Načelo integracije pomeni sočasno ukrepanje proti vsem dejavnikom tveganja, integracija pa pomeni tudi spajanje različnih strategij ukrepanja, vključno z oblikovanjem politik, izgradnjo zmogljivosti, partnerstev in informacijsko podporo ter izvajanje medsektorskih aktivnosti za vpliv na determinante zdravja. Članice CINDI mreže pri zmanjševanju KB na eni strani uporabljajo populacijske pristope, ki spodbujajo prebivalce k zdravemu načinu življenja in ustvarjajo zdravju naklonjeno družbeno okolje, ter hkrati tudi pristope za posameznike z visokim tveganjem, katerih cilj je zmanjšanje najpogostejših dejavnikov tveganja in ogroženosti za KB s preventivnimi ukrepi na ravni posameznika (World Health Organization, 2004).

Pristop CINDI temelji na dejstvu, da je za nastanek KB odgovorno razmeroma majhno število skupnih dejavnikov tveganja in tveganih okoliščin. Skupna osnova nam omogoča, da lahko s celostnimi dejavnostmi proti določenim dejavnikom tveganja v določenem socialnem kontekstu zmanjšamo obseg najpogostejših KB in izboljšamo javno zdravje (World Health Organization, 2004).

### **Izvajanje Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni v Sloveniji**

Podobno velik javnozdravstveni problem, kot ga predstavljajo SŽB v svetovnem merilu, tudi v Sloveniji zahteva resno, sistematično in usklajeno ukrepanje vseh partnerjev, ki sodelujejo v varovanju, zagotavljanju in krepitvi zdravja prebivalstva. Sistematičen in celovit program preprečevanja pojavljanja prvih in vnovičnih manifestnih bolezenskih dogodkov predstavlja temeljni ukrep za zmanjševanje populacijskega bremena SŽB. Usmerjen mora biti tako v promocijo zdravja in zmanjševanje tveganih vedenj na ravni celotnega prebivalstva (populacijski pristop), k aktivnemu iskanju, razvrščanju in izbrani obravnavi z boleznijo zelo ogroženih posameznikov, še preden zbolijo, kakor tudi k sistematični rehabilitaciji že obolelih in dolgoročnemu preprečevanju vnovičnih akutnih zagonov bolezni (individualni pristop) (Fras, Maučec Zakotnik, 2009).

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ RS) vodi, koordinira in evalvira izvajanje Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni (NPPPSŽB) na primarni ravni zdravstvenega varstva. Namen NPPPSŽB je aktivni nadzor nad zdravjem ljudi, zgodnje odkrivanje visoko ogroženih za razvoj SŽB in ustrezno ukrepanje, vključno s svetovanjem za preprečevanje in obvladovanje dejavnikov tveganja ter spremembo življenjskega sloga. Program je opredeljen v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. l. RS, št. 19/1998, 47/1998, 26/2000, 67/2001, 33/2002, 37/2003, 117/2004, 31/2005, 83/2007, 22/2009). Izhodišče NPPPSŽB je univerzalen dostop do preventivnih pregledov in intervencij za odraslo prebivalstvo v najbolj ogroženih skupinah. "Prav univerzalna dostopnost celotnemu prebivalstvu v določenih starostnih skupinah je edinstvena v primerjavi s podobnimi programi v drugih državah." (Fras in sod., 2009). Temeljna sestavna elementa NPPPSŽB sta naslednja:

### **1.) Izvedba preventivnega pregleda in ocena srčno-žilne ogroženosti posameznika**

Ciljno populacijo NPPPSŽB, ki je upravičena do preventivnega pregleda, predstavljajo moški od 35. do vključno 65. leta in ženske od 45. do vključno 70. leta starosti. Do preventivnega pregleda pred to starostjo pa so upravičeni posamezniki, ki so družinsko obremenjeni s SŽB, z družinsko hiperholesterolemijo oziroma dislipidemijo ter bolniki s sladkorno boleznijo. Posamezen zdravnik (splošne/družinske medicine) svojo ciljno populacijo preventivno pregleda v petih letih, nato pa preventivne preglede ponavlja vsakih pet let, pri posameznikih z 10-letnim srčno-žilnim tveganjem 20 % ali več pa vsako leto. Pri preventivnem pregledu ugotavljajo že prisotne KNB in prisotnost dejavnikov tveganja za razvoj bolezni srca in žilja ter izračunajo srčno-žilno tveganje (v %). Ključni del programa pa predstavlja intervencija – nemedikamentozni in/ali medikamentozni ukrepi.

### **2.) Intervencija**

Intervencija lahko obsega naslednje:

- napotitev na morebiti potrebne dodatne diagnostične preiskave,
- po potrebi zdravljenje ugotovljenih dejavnikov tveganja oziroma srčno-žilne ogroženosti z zdravili in/ali
- predvsem načrtovane in sistematične ukrepe za spreminjanje profila ogroženosti, ki temeljijo na svetovanju za izboljševanje nezdravega življenjskega sloga – gre za zdravstvenovzgojno obravnavo v zdravstvenovzgojnih centrih (ZVC), kjer poteka Program svetovanja za zdravje (PSZ), standardiziran program, ki ima določeno metodo in organizacijo dela, kader, vsebino, obseg in čas trajanja.

## **Delovanje nacionalne mreže zdravstvenovzgojnih centrov**

Programirana zdravstvena vzgoja za odrasle v okviru NPPPSŽB se izvaja v 61 zdravstvenovzgojnih centrih, ki so se po sklepu Ministrstva za zdravje v slovenskem prostoru oblikovali leta 2000. ZVC tvorijo nacionalno mrežo za izvajanje programov zdravstvene vzgoje in promocije zdravja za odraslo populacijo. ZVC izvajajo dejavnosti promocije zdravja, zdravstvene vzgoje in svetovanja za zdravje (Program svetovanja za zdravje). Prednost teh centrov je v tem, da so razpršeni po celi Sloveniji in delujejo v okviru zdravstvenih domov, ki skrbijo za zdravje v lokalnih skupnostih, kar zagotavlja dobro dostopnost vsem zainteresiranim. ZVC, ki so organizirani kot samostojni centri v organizacijski strukturi zdravstvenih domov, svojo dejavnost zagotavljajo:

- za vse prebivalstvo, ki geografsko gravitira na območje zdravstvenega doma, v katerem je ZVC lociran, ne glede na geografsko lokacijo opredeljenih osebnih zdravnikov teh prebivalcev;
- za vse osebe, ki se iz različnih razlogov želijo udeležiti dejavnosti, potekajoče v ZVC, ki ni v njihovem geografskem gravitacijskem območju.

### **Naloge ZVC obsegajo naslednje:**

- organiziranje, izvajanje, spremljanje, vrednotenje in koordiniranje ter poročanje o dejavnostih promocije zdravja, zdravstvene vzgoje in svetovanja za zdravje (Program svetovanja za zdravje);
- za izvajanje svoje dejavnosti zagotavljajo ustrezno izobražen in dodatno usposobljen kader (v skladu s točko 6.2.2 Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni) ter skrbijo za kontinuiran strokovni razvoj tega kadra;
- za izvajanje svoje dejavnosti zagotavljajo delovne in učne pripomočke;
- aktivno se povezujejo z izvajalci preventive in promocije zdravja v zdravstveni dejavnosti (na lokalni/regijski ravni);
- o aktivnostih ZVC in zdravem življenjskem slogu obveščajo javnost in zavarovance ter z njimi komunicirajo s pomočjo sredstev javnega obveščanja v lokalni skupnosti;
- kot promotorji zdravega življenjskega sloga aktivno delujejo v lokalni skupnosti ter se v skrbi za javno zdravje povezujejo z različnimi organizacijami/institucijami.

Vse to predstavlja temeljni pogoj za pridobivanje populacije in možnost pomoči pri spreminjanju življenjskega sloga.

Vsak ZVC mora imeti imenovanega vodjo, ki je ustrezno izobražen (vsaj visokošolska strokovna izobrazba oziroma 1. bolonjska stopnja medicinske/zdravstvene smeri) in dodatno usposobljen; dejavnosti promocije zdravja, zdravstvene vzgoje in svetovanja za zdravje pa poleg vodje opravljajo še drugi izvajalci Programa svetovanje za zdravje, ki sodelujejo v timu, in vse aktivnosti izvajajo v soglasju z vodjo ZVC. Vsi člani tima se sektorsko in medresorsko povezujejo in sodelujejo z vsemi pomembnimi zdravstvenimi in drugimi institucijami in posamezniki, ki skrbijo za zdravje in zdravo okolje v regiji in lokalnem okolju ter s ciljem kontinuiranega razvoja in izpopolnjevanja, pa tudi usmerjanja zdravstvenovzgojnega delovanja v praksi delujejo (znanstveno)raziskovalno.

Vsi izvajalci promocije zdravja in zdravstvene vzgoje za odrasle na področju bolezni srca in žilja v zdravstveni dejavnosti na primarni ravni so po Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. l. RS, št. 19/1998, 47/1998, 26/2000, 67/2001, 33/2002, 37/2003, 117/2004, 31/2005, 83/2007, 22/2009) zadolženi za izvajanje zdravstvenovzgojnega dela po vsebini in metodologiji verificiranih programov CINDI Slovenija in drugih verificiranih programov. Celotno javno mrežo izvajalcev zdravstvene vzgoje za odrasle v osnovni zdravstveni dejavnosti vodi in koordinira IVZ RS (Center za krepitev zdravja in obvladovanje kroničnih bolezni). V tem okviru IVZ RS (Center za krepitev zdravja in obvladovanje kroničnih bolezni) organizira in izvaja reden 14-dnevni »Program temeljnega izobraževanja s področja promocije zdravja in preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini«, ki je za vse izvajalce Programa svetovanja za zdravje v zdravstvenovzgojnih centrih obvezen, saj s svojo vsebinsko in metodološko zasnovo omogoča zapolnitev vrzeli na področju izobraževanja in usposabljanja zdravstvenih delavcev za potrebe promocije zdravja in zdravstvene vzgoje odrasle populacije na primarni ravni.

### **Izvajanje nemedikamentozne intervencije – Programa svetovanje za zdravje – v zdravstvenovzgojnih centrih**

Program svetovanje za zdravje, ki ga izvajajo v zdravstvenovzgojnih centrih, je standardiziran program, ki ima določeno vsebino, obseg, čas trajanja, metodo in organizacijo dela ter opredeljen kader. Program svetovanje za zdravje, ki obsega 7 vrst zdravstvenovzgojnih delavnic in 2 vrsti individualnega svetovanja, je načrtovan tako, da kot celota vpliva na spremembo življenjskega sloga posameznika, zato je pomembno, da se pri realizaciji programa to dejstvo upošteva. Program je strukturiran tako, da posameznik najprej vstopa v **uvodni del programa**, v katerem se udeleži treh krajših zdravstvenovzgojnih delavnic (Življenjski slog, Preizkus

hoje na 2 km in Dejavniki tveganja), nato pa se glede na ogroženost, obolenost in prisotne dejavnike tveganja vključuje v **nadaljevalni del programa**, ki zajema štiri daljše zdravstvenovzgojne delavnice (Zdrava prehrana, Telesna dejavnost – gibanje, Zdravo hujšanje in Da, opuščam kajenje), in/ali v **individualno svetovanje** za opuščanje kajenja. Sestavni del Programa svetovanje za zdravje je tudi svetovanje za tvegane pivec alkohola, ki pa se izvaja pri osebnih zdravnikih.

- V delavnici **Življenjski slog**, ki obsega dve 90-minutni srečanja, sta predstavljena problem kroničnih bolezni in pomen zdravega življenjskega sloga za varovanje zdravja ter preprečevanje in zdravljenje kroničnih bolezni. Udeleženci dobijo osnovne informacije o zdravem življenjskem slogu ter motivacijo za spremembo nezdravega življenjskega sloga in za vključitev v nadaljnje daljše delavnice.
- V delavnici **Preizkus hoje na 2 km** gre za praktično izvedbo preizkusa hoje na 2 km, ki je znanstveno dokazano ustrezen in natančen test za ugotovitev stopnje telesne zmogljivosti udeleženca preizkusa in hkrati temeljno orodje za promocijo telesne dejavnosti. Delavnica obsega pripravo na testiranje, izvedbo testiranja ter interpretacijo rezultatov in individualno HEPA (Health Enhancing Physical Activity) svetovanje.
- V delavnici **Dejavniki tveganja**, ki obsega tri 45-minutna srečanja, se udeleženci seznanijo z vplivom bioloških dejavnikov tveganja (visok krvni sladkor, hiperholesterolemija/dislipidemija, visok krvni tlak) na nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni in spoznajo povezanost teh dejavnikov tveganja z življenjskim slogom.
- Namen daljše delavnice **Zdrava prehrana** je, da udeleženci spoznajo in uvedejo v življenje zdrave prehranjevalne navade (glede uravnoveženosti prehrane, ustreznega energijskega vnosa, ritma prehranjevanja, načina priprave hrane) in s tem izboljšajo zdravje ter kakovost življenja. Delavnica obsega štiri 90-minutna srečanja in eno 15-minutno individualno svetovanje za vsakega udeleženca delavnice.
- Namen daljše delavnice **Telesna dejavnost – gibanje** je, da se udeleženci podrobno seznanijo s priporočili telesne/gibalne dejavnosti za krepitev zdravja, osvojijo principe varne in učinkovite vadbe, povečajo raven telesne dejavnosti, spoznajo pomembnost in razlike različnih elementov ter tipov telesne vadbe ter se motivirajo za aktiven življenjski slog. Delavnica obsega štiri 90-minutna srečanja in osem 45-minutnih srečanj.
- V delavnici **Zdravo hujšanje** posameznik pridobi znanje in veščine za zdrav življenjski slog, spreminjanje prehranskih in gibalnih navad ter samopodobe. Integralni del delavnice predstavlja tudi psihična podpora v smislu spreminjanja

doživljanja problema debelosti pri posamezniku. Delavnica obsega 16 90-minutnih srečanj v skupini in 16 45-minutnih srečanj telesne dejavnosti.

- Delavnica **Da, opuščam kajenje** predstavlja strokovno voden program opuščanja kajenja. Kadilci, ki želijo opustiti kajenje, a jim skupinska oblika ne ustreza, pa se lahko vključijo v **individualno svetovanje za opuščanje kajenja**. Delavnica obsega šest 90-minutnih srečanj, individualno svetovanje pa pet 15-minutnih srečanj.

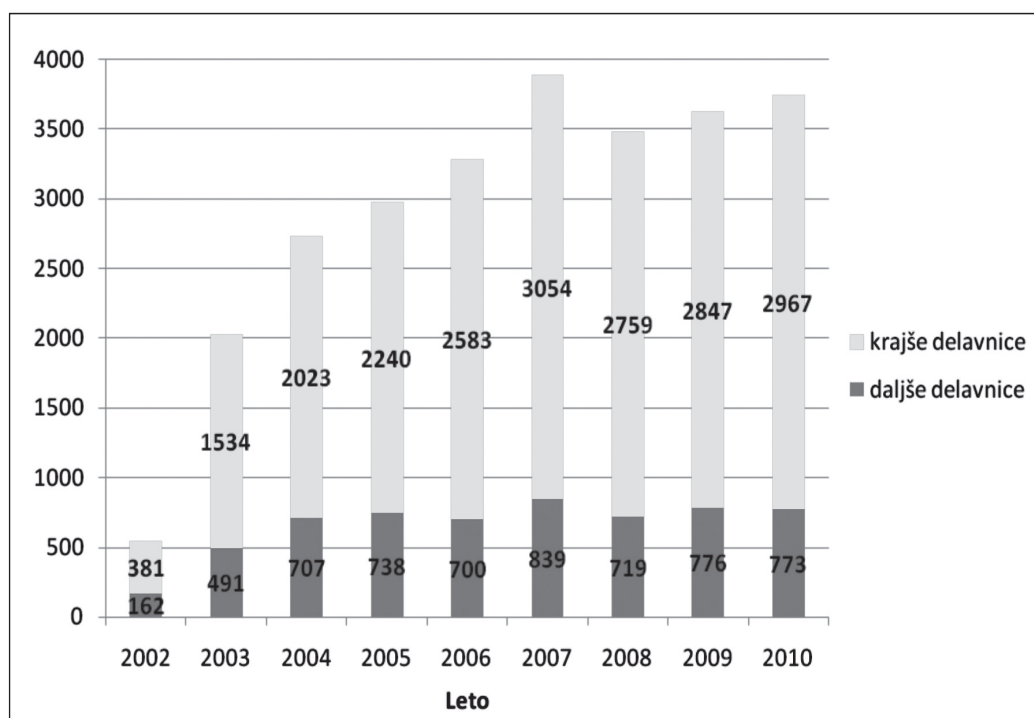
Pomoč pri spreminjanju nezdravega življenjskega sloga / opuščanju zdravstveno tveganih vedenj v ZVC temelji na modelu procesa spreminjanja, ki sta ga v 80. letih 20. stoletja razvila Prochaska in DiClemente. Izvajalec zdravstvenovzgojne delavnice / individualnega svetovanja posamezniku pomaga pri doseganju (bolj) zdravega življenjskega sloga / opuščanju zdravstveno tveganih vedenj na ta način, da ga vodi skozi različne stopnje spreminjanja (1. ni zanimanja za spremembo »tveganega« življenjskega sloga; 2. razmišljanje o spremembi; 3. priprava na spremembo; 4. izvajanje spremembe; 5. vztrajanje pri spremembi; 6. ponovitev). Posamezniki se pomikajo naprej in nazaj v krogu spreminjanja in se zadržujejo na vsaki stopnji različno. Običajno grede tisti ljudje, ki se uspešno spremenijo, skozi vse stopnje (Hunt, Hillsdon, 2004; Pomoč, 2009).

Ciljna populacija za programirano zdravstvenovzgojno delo na primarni ravni – v zdravstvenovzgojnih centrih – so tisti odrasli iz ciljne populacije programa, ki imajo 10-letno srčno-žilno tveganje 20 % ali več, kadilci, debeli (ITM več kot 30), hipertoniki, sladkorni bolniki in tvegani pivci alkohola.

V zdravstvenovzgojno obravnavo v ZVC osebe po opravljenem preventivnem pregledu napoti osebni izbrani zdravnik. Medtem ko je za udeležbo v nadaljevalnem delu PSZ potrebna napotitev s strani osebnega izbranega zdravnika, pa se v uvodni del PSZ lahko vključijo vse zainteresirane osebe iz ciljne populacije programa. Uvodni del PSZ je namreč namenjen začetnemu informiranju udeležencev o zdravem življenjskem slogu in dejavnikih tveganja ter motiviranju ljudi za vključitev v strukturirane, daljše tematske delavnice, namenjene osebam s prisotnimi dejavniki tveganja in visoko ogroženim za razvoj srčno-žilnih in ostalih kroničnih nenalezljivih bolezni ter že zbolelim. Za udeležbo v delavnici **Da, opuščam kajenje** in v individualnem svetovanju za opuščanje kajenja ni potrebna napotitev s strani izbranega osebnega zdravnika.

V okviru NPPPSŽB, ki v osnovni zdravstveni dejavnosti poteka od leta 2002, je bilo v obdobju od leta 2002 do vključno 2007 opravljenih 573.244 preventivnih pregledov, od tega 531.741 prvih in 41.503 ponovnih. V okviru nemedikamentoznega zdravljenja (zdravstvenovzgojne intervencije) v PSZ v ZVC-jih pa je bilo v

obdobju med letoma 2002 in 2010 v uvodnem delu PSZ izvedenih 7416 delavnic Življenjski slog, 5604 delavnic Preizkus hoje na 2 km in 7368 delavnic Dejavniki tveganja, v nadaljevalnem delu PSZ pa 1703 delavnice Zdravo hujšanje, 2195 delavnic Zdrava prehrana, 1486 delavnic Telesna dejavnost – gibanje in 521 delavnic Da, opuščam kajenje. Graf 1 prikazuje število izvedenih krajših in daljših delavnic v obdobju 2002–2010 (Vrbovšek, Jelenc, 2011).



Graf 1. Število izvedenih krajših in daljših delavnic v obdobju 2002–2010 (Vrbovšek, Jelenc, 2011).

## Razprava

Po zgledu Nacionalnega programa primarne preventive SŽB je treba integrirati preventivo vseh ključnih KB na primarno raven zdravstvenega varstva. Prav tako je treba zagotoviti celostno oskrbo kroničnih bolnikov v osnovnem zdravstvu ter vzpostaviti in zagotoviti učinkovito sodelovanje med interdisciplinarnimi timi in med ravnmi zdravstvene oskrbe. Breme, ki ga povzročajo KB globalno, tudi v Evropi in v Sloveniji, namreč zahteva temeljno preusmeritev družbenopolitičnega delovanja in tudi zdravstvenega sistema v skrbi za zdravje populacije (Fras, Maučec Zakotnik, 2009).



Za racionalnejše, učinkovitejše in bolj kakovostno preprečevanje in obvladovanje KB je treba zagotoviti ustrezno organizacijo, ustrezno delovanje, kapacitete in programe (Fras, Maučec Zakotnik, 2009). Velik izziv tako za zdravstveno politiko kot stroko predstavlja prilagoditev sistema primarnega zdravstvenega varstva v Sloveniji na način, da bomo učinkovito izrabili sedanje kapacitete ter jih organizirali in nadgradili tako, da bodo omogočale uspešno, kakovostno in racionalno preprečevanje in obvladovanje KB. Sedanje zmogljivosti (programi, človeški viri, usposobljenost, znanje ...), organizacija in delitev dela na primarni ravni zdravstvene oskrbe v Sloveniji ne omogočajo doseganja ciljev učinkovitega in kakovostnega obvladovanja bremena KB. Učinkovit odgovor na sedanje breme KB zahteva temeljno preusmeritev zdravstvenega sistema od strogo medicinskega, v zdravljenje usmerjenega pristopa zdravstvene oskrbe, ki lahko nudi le »reaktivno«, nenačrtovano in občasno oskrbo, k načrtovani zdravstveni oskrbi s poudarkom na »proaktivnem« pristopu, ki vključuje vse ukrepe za varovanje in izboljšanje zdravja v kontekstu preprečevanja, zgodnjega odkrivanja ogroženosti za KB in zgodnje oblike KB ter celostno, kontinuirano in učinkovito obravnavo bolnikov z dolgotrajnimi kroničnimi stanji (World Health Organization, 2006a).

Zametki celostne obravnave obstajajo v okviru NPPPSŽB, hkrati pa v letošnjem letu poteka projekt referenčnih ambulant, ki predstavljajo nadgradnjo sedanjega dela zdravnikov družinske medicine in težijo k vzpostavitvi novega načina dela v ambulantah zdravnikov družinske medicine, ki bo aktivno vključevalo tudi delo diplomirane medicinske sestre: prevzela bo spremljanje določenih KB in izvajala preventivne aktivnosti ter se hkrati intenzivno povezovala z Zdravstvenovzgojnim centrom.

## Sklep

NPPPSŽB v osnovni zdravstveni dejavnosti poteka od leta 2002; enega ključnih integralnih delov tega programa predstavlja tudi zdravstvenovzgojna intervencija (izvajanje zdravstvenovzgojnih delavnic in individualnih svetovanj) v ZVC. Slednji izvajajo zdravstvenovzgojna predavanja, delavnice in individualna svetovanja kot pomoč pri spreminjanju življenjskega sloga oziroma kot pomoč pri opuščanju zdravstveno tveganih vedenj za posameznike, pri katerih je bila ugotovljena prisotnost vedenjskih ali bioloških dejavnikov tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni. A če pogledamo opredelitev celostne oskrbe, so trenutne dejavnosti ZVC le del te oskrbe. V večji meri se namreč ukvarjajo z ogroženimi kot s kroničnimi bolniki in nimajo specifično opredeljenega kadra, ki bi se bolj aktivno vključeval v obravnavo bolnika s kronično boleznijo, potem ko se ta po izstopu iz ambulate znajde sam s svojo novo boleznijo, zdravili in morda brošuro z osnovnimi informacijami.

Ker je moč z opustitvijo zdravstveno tveganih vedenj vplivati na zmanjšanje ključnih bioloških dejavnikov tveganja za razvoj KB, na zmanjšanje ogroženosti in obolevnosti za KB, ZVC nedvomno predstavljajo tudi sistemske institucionalne zmogljivosti za izvajanje nemedikamentoznega zdravljenja v Sloveniji. To pomeni, da imajo ob posrednem vplivu (izboljšanje zdravstvene prosvetljenosti, znanja in veščin za krepitev zdravja) tudi zelo pomemben neposreden vpliv na zdravje ogroženih skupin prebivalstva in racionalno rabo zdravstvenih virov. Vzpostavljena mreža ZVC s svojimi programi in izobraženim kadrom, ki v sedanjem sistemu organizacije zdravstvene oskrbe na primarni ravni že izvaja intervencije za ogroženo odraslo populacijo za KB, predstavlja velik potencial za izgradnjo ustreznih kapacitet, organizacije in programov za učinkovitejše obvladovanje KB. Organizacija primarne ravni zdravstvene oskrbe, ki vključuje obstoječe ZVC in omogoča razvoj močnih, zmogljivih ZVC (preventivnih centrov) z interdisciplinarno stroko in programi, omogoča tudi večjo skrb za varovanje in krepitev zdravja ter za izvajanje programov, ki jih zahtevajo demografske spremembe, staranje populacije ter prevladujoča patologija KB.

## LITERATURA

1. Fras Z, Maučec Zakotnik J. Krepitev zdravja in kakovostno izvajanje ukrepov preprečevanja bolezni srca in žilja – naše prvenstvo, prioriteta in ... poslanstvo? In: Vrbovšek S, Luznar N, Maučec Zakotnik J, eds. Skupaj varujemo in krepimo zdravje. Kaj smo dosegli v prvih osmih letih? Zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009: 7–8.
2. Fras Z, Maučec Zakotnik J, Govc Eržen J, Luznar N, Leskošek B. Nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni – zgodba o uspehu? In: Vrbovšek S, Luznar N, Maučec Zakotnik J, eds. Skupaj varujemo in krepimo zdravje. Kaj smo dosegli v prvih osmih letih? Zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009: 13–25.
3. Hunt P, Hilldon M. Changing eating & exercise behaviour. A handbook for professionals. Oxford: Blackwell publishing; 2004.
4. Pomoč ljudem pri spreminjanju tveganega življenjskega sloga. Ljubljana: CINDI šola za promocijo zdravja in preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini. Interno gradivo; 2009.
5. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije št. 19/1998, 47/1998, 26/2000, 67/2001, 33/2002, 37/2003, 117/2004, 31/2005, 83/2007, 22/2009.
6. Statistični urad RS. Statistični letopis 2010. Dostopno na: <http://www.stat.si/letopis/> (10. 10. 2011)
7. Vrbovšek S, Jelenc A. Izvedba programirane zdravstvene vzgoje za odrasle v zdravstvenovzgojnih centrih v letu 2010 – Program svetovanja za zdravje. Dostopno na: [http://cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/strokovna\\_javnost/zvc-programirana\\_zdravstvena\\_vzgoja-porocilo\\_2010.pdf](http://cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/strokovna_javnost/zvc-programirana_zdravstvena_vzgoja-porocilo_2010.pdf) (1. 10. 2011)

8. WHO/FAO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: WHO; 2003.
9. World Health Organization. Regional office for Europe. A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI Vision. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 2004.
10. World Health Organization. Regional office for Europe. Gaining health. The European strategy for prevention and control of noncommunicable diseases. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 2006a.
11. World Health Organization. Regional office for Europe. Highlights on health in Slovenia 2005. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 2006b.
12. Zaletel Kragelj L, Eržen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje; 2007.

# IZZIVI ZDRAVSTVENOVZGOJNIH CENTROV V ZDRAVSTVENEM DOMU LJUBLJANA

*Alenka Slapšak, dipl. m. s., Majda Šmit, dipl. m. s., Majda Brandt, prof. zdr. vzg.,  
Valerija Palkovič, dipl. m. s., Danijela Šenkinc-Vovk, dipl. m. s., Martina Vidmar,  
prof. zdr. vzg., Beti Zafran, mag. ZN*

*Zdravstveni dom Ljubljana*

## IZVLEČEK

V Zdravstvenem domu Ljubljana, pod okriljem strategije programa Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI), potekajo zdravstvenovzgojne delavnice že vrsto let. Avtorice v članku predstavijo delovanje zdravstvenovzgojnih centrov v Zdravstvenem domu Ljubljana in njihove izzive pri organizaciji in izvajanju zdravstvenovzgojnega dela. Šest zdravstvenovzgojnih centrov z integriranim pristopom organizira programirano zdravstveno vzgojo za odrasle s ciljem, da posamezniki z visokim tveganjem spremenijo svoj nezdrav življenjski slog. Centri izvajajo sedem zdravstvenovzgojnih motivacijskih delavnic, ki potekajo v krajših in daljših oblikah. Nosilci zdravstvenovzgojnih programov so zdravstveni delavci z ustrezno zdravstveno izobrazbo. Svoje ugotovitve primerjajo z izvedenima raziskavama v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor in Zdravstvenem domu Koper ter ugotavljajo neusklajenost med ravnimi posameznih zdravstvenih varstev in nepoznavanje omenjenih programov pri posameznih zaposlenih zdravstvenih delavcih. Avtorice prepoznajo potrebo po nadgradnji programa in predlagajo sistemsko rešitev večje motivacije napotitvenih zdravstvenih delavcev, pacientov različnih populacijskih skupin in izvajalcev delavnic. Delovanje zdravstvenovzgojnih centrov pa je treba dopolnjevati z novostmi in spremembami ter posodobitvami.

**Ključne besede:** zdravstvena vzgoja, učne delavnice, pacient, zdrav življenjski slog, zdravje

## ABSTRACT

Under the auspices of the Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) program in the Community Health Centre Ljubljana, health education workshops are being held for many years. The authors of the article present functioning of the health education centers in the Community Health

Centre Ljubljana and their challenges with organizing and implementing the health education work. Six health education centers with an integrated approach are organizing programmed health education for adults with the goal of making high risk individuals to change their unhealthy lifestyle. They organize seven motivational health education workshops that are conducted in shorter or longer forms. The providers of the health education programs are healthcare workers with adequate health education. Their conclusions are compared with the research findings in the Community Health Centre of Dr. Adolf Drolc in Maribor and in the Community Health Centre Koper. A mismatch is detected between the levels of individual health protection and a lack of knowledge of some health care employees about the mentioned programs. The Authors recognize the need for greater motivation the referring health professionals, the patients of different population groups and the providers of the workshops. The functioning of the health education centers should be complemented with novelties, changes and updates.

**Key words:** health education, workshops, patient, healthy lifestyle, health.

## Uvod

V okviru Nacionalnega preventivnega programa za srčno-žilne bolezni potekajo v Zdravstvenem domu Ljubljana zdravstvenovzgojne delavnice na osnovi Navodil – Pravidnika o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni za odraslo populacijo (Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2001). Delavnice so primerne za izvajanje tudi pri drugih kroničnih nenalezljivih boleznih, ki jih opredeljuje strategija CINDI.

Temeljni cilj strategije programa CINDI, ki deluje v okviru Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), je spodbujanje in zaščita zdravja ter preprečevanje štirih najpogostejših kroničnih bolezni: srčno-žilne bolezni, rak, kronično obstruktivna pljučna bolezen in sladkorna bolezen. Program je usmerjen v preprečevanje štirih dejavnikov tveganja, ki so povezani z načinom življenja: kajenje, nezdravo prehranjevanje, nezadostna telesna dejavnost in škodljivo uživanje alkohola. Zmanjšanje tveganja pri posamezniku je mogoče doseči z vplivom na štiri biološke dejavnike tveganja: čezmerno telesno težo, zvišan krvni tlak, motnje v presnovi maščob in ogljikovih hidratov.

Glavni namen CINDI Slovenija je prispevati k ohranjanju in krepitvi zdravja ter kakovosti življenja s poudarkom na manjši smrtnosti in pogostosti nenalezljivih kroničnih bolezni z zmanjšanjem dejavnikov tveganja (Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2001).

V primarnem zdravstvenem varstvu šest zdravstvenovzgojnih centrov (ZVC) Zdravstvenega doma Ljubljana (ZDL) z integriranim pristopom organizira programirano zdravstveno vzgojo za odrasle s ciljem, da posamezniki z visokim tveganjem spremenijo svoj nezdrav življenjski slog. Programi za spreminjanje življenjskega sloga, ki vključujejo telesno dejavnost in zdravo prehranjevanje, so primerni za primarno preventivo debelosti, visokega krvnega tlaka in zvišane ravni holesterola v krvi. ZVC izvajajo sedem zdravstvenovzgojnih motivacijskih delavnic v krajših (Življenjski slog, Preizkus hoje na 2 km, Dejavniki tveganja) in daljših oblikah (Zdrava prehrana, Zdravo hujšanje, Telesna dejavnost – gibanje, Da, opuščam kajenje). Slednje poteka tudi v obliki individualnega svetovanja (Vrbovšek, 2010).

Nosilci zdravstvenovzgojnih programov so zdravstveni delavci z ustrezno zdravstveno izobrazbo: diplomirane medicinske sestre, profesorji zdravstvene vzgoje, diplomirani in višji fizioterapevti ter zdravniki z dodatnimi znanji (Luznar, 2009).

Namen prispevka je predstaviti izzive organizacije in vodenja posameznih delavnic, s katerimi se srečujemo v ZVC Ljubljana.

### **Prekomerna telesna teža in debelost**

Spremenjeni vzorci potrošnje in življenjskih pogojev so privedli do naraščanja čezmerne telesne teže med prebivalstvom. V Evropi se je število oseb s čezmerno telesno težo v obdobju od 1980 do 1990 podvojilo, do leta 2000 pa potrojilo (Strategija za preprečevanje, 2006). Prekomerna telesna teža, ki jo označujeta indeks telesne mase (ITM) nad 25 in debelost (ITM nad 30), je definirana kot ne-normalno ali prekomerno kopičenje maščob, ki lahko vpliva na zdravje (World Health Organization, 2011). Bolezenska (ITM nad 40) in ekstremna debelost (ITM nad 50) je kronična bolezen z motnjami v telesnih funkcijah in presnovnih procesih (Pfeifer, 2005). Študije potrjujejo, da je čezmerno uživanje hrane pomembno povezano s stanji kroničnega stresa, nerešljivimi frustracijami, z duševnimi motnjami (motnje hranjenja, depresivnost, motnje razpoloženja, zloraba psihoaktivnih snovi), kar vodi v preveliko telesno težo in bolezensko debelost (Logar, 2005; Pfeifer, 2005).

### **Delavnica „Zdrav življenjski slog“**

Življenjski slog je skupek navad in način uporabe dobrin, prostora in časa, s katerim ljudje definiramo sebe in druge (Kvas, Seljak, 2004). Je način, kako živeti življenjsko zgodbo, kreacija posameznika, ki nastaja v nenehnem prepletanju

stikov posameznika z družbo. To seveda ni nekaj, kar nujno potrebuje za preživetje, temveč tisto, kar nujno potrebuje za samopodobo (Kaučič, Vražič, 2006).

Pacienti se v delavnici seznanijo s problemi srčno-žilnih bolezni in pridobijo osnovne informacije o zdravem življenjskem slogu. Ob dobri motivaciji jim ocena lastnega zdravstvenega stanja pomaga, da spoznajo, kje so težave, jih načrtno zmanjšujejo in lažje vztrajajo ob zastavljenih ciljih.

### **Delavnica „Preizkus hoje na 2 km“**

To je enostaven, natančen, varen in ponovljiv preizkus, ki so ga razvili na Inštitutu za raziskave in promocijo telesne dejavnosti na Finskem. Test se izvaja v naravi, kjer posameznik hodi tako hitro, kot še zmore, da pri tem ne ogroža svojega zdravja (Strategija za preprečevanje, 2006). Z upoštevanjem spola, starosti, telesne mase in višine, časa hoje in srčnega utripa se izmeri telesna zmogljivost posameznika. S tem enostavnim in varnim testom pacienti izvedo, kakšna je njihova fizična kondicija. Prejmejo priporočila za telesno aktivnost in dejavnost, koristno za zdravje.

### **Delavnica „Dejavniki tveganja“**

V delavnici so predstavljeni fiziološki dejavniki tveganja, kot so ogroženost zaradi holesterola, sladkorja v krvi in povišanega krvnega tlaka, načini in posebnosti zdravljenja. Pri obravnavi teh dejavnikov udeleženci spoznajo njihov kratkoročni in dolgoročni vpliv na zdravje, kako jih obvladujejo in kaj je v procesu zdravljenja najpomembnejše.

### **Delavnica „Zdrava prehrana“**

Delavnica je namenjena pacientom, ki želijo spremeniti prehranske navade zaradi povišane telesne teže in zdravstvene ogroženosti. Izvajalci ocenijo njihov način prehranjevanja, jih seznanijo z načeli zdrave prehrane, ugotovijo nepravilnosti in jim pokažejo možnosti sprememb. Zapisovanje, popravek in razlaga jedilnika so udeležencem v pomoč pri določanju korakov hujšanja in skupnih postavitev kratkoročnih in dolgoročnih ciljev (Cindi Slovenija, 2011).

### **Delavnica „Zdravo hujšanje“**

V delavnici zdravega hujšanja za posameznika pripravijo osebni program. V štirih mesecih naj bi s spreminjanjem prehranskih navad, samopodobe in telesno



dejavnostjo dosegel spremembo življenjskega sloga in do 10-odstotno izgubo telesne mase (Cindi Slovenija, 2011).

### **Delavnica „Telesna dejavnost – gibanje“**

Namenjena je spoznavanju varnega in učinkovitega gibanja za zdravje, ki naj bi ga udeleženci znali izvajati in vključevati v vsakdanje življenje (Cindi Slovenija, 2011).

### **Delavnica „Da, opuščam kajenje“**

Večina kadilcev in kadilk želi prenehati s kajenjem. Opuščanje kajenja je predvsem odločitev posameznika in pomeni dolgotrajen proces prilagajanja na drugačen način življenja.

Cilj srečevanja je pomagati kadilcem, da lažje opustijo kajenje. Poudarek je na lastni aktivnosti in medsebojni podpori. Skozi prva srečanja izvajalci pri udeležencih krepijo motivacijo za opustitev kajenja, začne se proces spreminjanja navad. Oblikujejo strategije, kako premagati cigareto, in postopno zmanjšujejo število pokajenih cigaret; določi se dan brez cigarete. Preostala srečanja so namenjena premagovanju telesne in duševne odvisnosti, obvladovanju stresa in telesne teže po opustitvi kajenja (Čakš, 2004).

### **Program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki**

Državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki (SVIT) je namenjen odkrivanju prikrite krvavitve v blatu vsaki dve leti pri moških in ženskah, ki so stari od 50 do 69 let in imajo urejeno osnovno zdravstveno zavarovanje.

Cilj programa Svit je zmanjšanje obolevnosti in smrtnosti zaradi raka na debelem črevesu in danki (Cindi Slovenija, 2011).

### **Razprava**

Z izvedbami delavnic stopa v ospredje več izzivov, s katerimi se srečujejo izvajalci ZVC v ZDL.

Ali se zavedamo pomena motivacije tako zdravstvenih delavcev kakor tudi pacientov? V raziskavi (Vražič, 2011), ki je bila izvedena v Zdravstvenem domu dr.

Adolfa Drolca Maribor in pri koncesionarjih, je bilo ugotovljeno, da imajo pacienti možnost vključitve v programe svetovanja za zdravje. Medicinske sestre in zdravniki pa kljub želji za motivacijo pacientov preslabo poznajo programe in delo v ZVC, ki so namenjeni spreminjanju življenjskega sloga pacientov (Vražič, 2011).

V pregledu delovanja ZVC v obdobju 2002–2008 je bilo ugotovljeno, da je ključnega pomena za uspešno izvajanje programa povezovanje med zdravniki in izvajalci zdravstvene vzgoje. Delovanje ZVC in izvajanje programa svetovanja za zdravje je usmerjeno k posamezniku in skupnosti, ki poteka v partnerskem odnosu spoštovanja in sodelovanja ter ob iskanju skupnih rešitev na podlagi upoštevanja vseh moralnih dilem (Luznar, 2009).

Delo v zdravstvenovzgojnih programih ne more biti popolno in tudi ne uspešno, če ni sodelovanja vseh členov verige, tako zdravnikov, ki napotijo paciente, kot medicinskih sester, ki ob napotitvi opravijo zdravstvenovzgojno delo in skrbijo za motivacijo, pa tudi medicinskih sester v programih, ki paciente sprejemajo v različnih fazah procesa spreminjanja. Sposobnost prepoznavanja, v kateri fazi spreminjanja je pacient, je tudi ključ do boljše komunikacije in motivacije pacienta (Vražič, 2011). Opažena sta bila tudi neusklajenost med ravnmi posameznih zdravstvenih varstev (splošno zdravstveno varstvo odraslih, medicina dela, prometa in športa, zdravstveno varstvo otrok in mladine) in nepoznavanje omenjenih programov pri posameznih zaposlenih zdravstvenih delavcih. Pri beleženju storitev v zvezi z dokumentacijo nastopi pomanjkanje ustrezne dokumentacije za edukacijski in organizacijski proces dela.

V raziskavi, ki je bila izvedena v Zdravstvenem domu Koper, je bilo ugotovljeno, da je treba upoštevati vse posebnosti učenja odrasle populacije, kar predstavlja izziv za tim, ki je vključen v zdravstvenovzgojno delo. Ugotovljeno je bilo, da so programi prekratki in da v njih primanjkuje psihološko usmerjenih vsebin. Zato pacienti potrebujejo ob sebi strokovnjaka, ki lahko ponudi primerno podporo v teh procesih spreminjanja osebnih vrednot, prepričanja in stališč (Štemberger Kolnik, 2011).

Spreminjanje življenjskih navad je proces, ki je povezan z motivacijo, stališči, prepričanja, vrednotami in miselnimi vzorci, ki jih posameznik nosi s seboj iz zgodnjih otroških let, kar pomeni, da bi programe morali dopolniti s psihološko podporo udeležencem in jih časovno podaljšati (Štemberger Kolnik, 2011).

V Zdravstvenem domu Ljubljana izvajalci delavnic ugotavljajo, da je pri udeležencih stopnja motivacije različna in pogosto povezana z življenjskimi stiskami njih samih ali svojcev. Mnogi med njimi se v trenutni situaciji niso sposobni ukvarjati s spremembo življenjskega sloga zaradi osebnih ali družinskih težav, zaradi težje kronične telesne ali duševne bolezni, nekateri pa prebolevajo izgubo svojca.

Med udeleženci delavnic so velike razlike v splošni izobrazbi ter predznanju o zdravem življenjskem slogu. Izvajalci kljub spoštovanju in empatiji do posameznika in njegovih težav pogosto čutijo, da jim primanjkuje znanja in veščin, kako pacienta v dani situaciji motivirati, podpirati pri doseganju ciljev (prehrana, gibanje, vedenje) za bolj zdrav življenjski slog in mu pomagati, da doseženo spremembo vzdržuje.

Prav tako so posamezni udeleženci »polni« znanja o dobrobiti in škodljivosti določenih živil in hranilnih snovi, o čemer so brali na internetnih forumih. Za razpravo z njimi je pogosto težko najti strokovni vir, ki bi njihove trditve potrdil ali ovrgel.

Izvajalci se srečujejo tudi z neudeležbo in osipom udeležencev, ki so polno zaposleni, saj so časovno preobremenjeni s številnimi obveznostmi v službi in doma. Zdravstveni delavci ob tem pogosto dobijo občutek nemoči in neuspeha glede na delo in trud, ki sta bila vložena v izvedbo posamezne delavnice.

Nekaj dobrih izkušenj je s skupinami upokoјencev, ki so delavnico obiskovali v zgodnjih popoldanskih urah; udeležba je bila dobra, želeni cilj glede spremembe življenjskega sloga in njegovega vzdrževanja pa je bil zaradi dobre motivacije pri večini uspešen. Primer dobre prakse je tudi samoorganiziranje udeležencev posameznih delavnic (Šola hujšanja, Delavnica gibanja) na nadaljnjih skupnih srečanjih zunaj ZDL.

## Sklep

Če na kratko povzamemo, je treba delo v zvezi z delavnicami v ZVC organizirati in urediti celovito, z ustrezno motivacijo pacientov različnih populacijskih skupin in izvajalcev delavnice, ga dopolnjevati z novostmi in spremembami ter posodablјati. Pri udeležencih delavnic, predvsem pacientih s kronično boleznijo, bi bila potrebna večkratna obravnava, po možnosti ob prisotnosti njim pomembnih in vplivnih drugih oseb. Udeležba v zdravstvenovzgoјnih delavnicah in Svitovem kotičku je izjemna priložnost za seznanjanje udeležencev z vsemi preventivnimi programi v ZDL.

## Literatura

1. Cindi Slovenija. Cindi v Sloveniji. Dostopno na:
2. [http://cindi-slovenija.net/index.php?option=com\\_content&task=view&id=167&Itemid=84](http://cindi-slovenija.net/index.php?option=com_content&task=view&id=167&Itemid=84) (28. 7. 2011).
3. Čakš. T. Opustite kajenje in zmagajte: oris pomoči pri odvajanju od kajenja. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2004.
4. Kaučič BM, Vražič Z. Aktivni programi promocije zdravja. In: Kaučič BM, ed. Skupaj delamo

- za zdravje: zbornik predavanj, Maribor, 5. april 2006. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca; 2006: 11–8.
5. Kvas A, Seljak J. Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in tehnikov Ljubljana; 2004: 15–28.
  6. Logar B. Vloga psihologa pri kirurškem zdravljenju čezmerne debelosti. In: Omejc M, Repše S, ur. Kirurgija želodca. Zbornik simpozija, Ljubljana, 13.–15. oktober 2005. Ljubljana: Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana; 2005: 38–40, 43. Dostopno na: <http://www.kclj.si/abdkrg/simpozijzelodec.pdf> (29. 7. 2011).
  7. Luznar N. Programirana zdravstvena vzgoja za odrasle/Program svetovanja za zdravje in delovanje zdravstvenovzgojnih centrov (2002–2008). In: Vrbovšek S, ed. Skupaj varujemo in krepimo zdravje – Kaj smo dosegli v prvih osmih letih? Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009: 44–53.
  8. Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije, št. 67/2001 z dne: 10. 8. 2001: 6921–28.
  9. Pfeifer M. Morbidna debelost. In: Omejc M, Repše S, ur. Kirurgija želodca. Zbornik simpozija, Ljubljana, 13.–15. oktober 2005. Ljubljana: Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana; 2005: 11–12, 15. Dostopno na: <http://www.kclj.si/abdkrg/simpozijzelodec.pdf> (29. 7. 2011).
  10. Strategija za preprečevanje kroničnih bolezni v Evropi. Dejavnosti na področju javnega zdravja. Vizija CINDI. Ljubljana, junij 2006: Zdravstveni dom Ljubljana, CINDI Slovenija; 2006: 9, 12, 42.
  11. World Health Organization. Media Centre. Obesity and overweight; 2011.
  12. Dostopno na: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> (1. 8. 2011).
  13. Štemberger Kolnik T. Vpliv šole zdravega hujšanja na spreminjanje življenjskih navad. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, Klemenc D, ur.: Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik prispevkov z recenzijo. Zbornik prispevkov: 8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Maribor, 12.–14. maj 2011: 49–53.
  14. Vražič Z. Zdravstveno vzgojno delo z odraslo populacijo – pomen znanja in motivacije zdravstvenih delavcev pri svetovanju in napotitvah v Programe svetovanja za zdravje. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, Klemenc D, ur.: Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik prispevkov z recenzijo. Zbornik prispevkov: 8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Maribor, 12.–14. maj 2011: 54–8.
  15. Vrbovšek S. Interventni program v zdravstveno vzgojnih centrih za pomoč pri spreminjanju nezdravega življenjskega sloga. In: Klavs J, Žargaj B, ur. Oskrba bolnika s sladkorno boleznijo na primarni ravni. Zbornik predavanj, Moravske toplice, 22.–23. oktober 2010. Zbornica babiške in zdravstvene nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji; 2010: 25.

# POMEN NEPREKINJENE EDUKACIJE V PRVEM LETU ODKRITJA SLADKORNE BOLEZNI TIPA 2 V ZDRAVSTVENEM DOMU LJUBLJANA

*Majda Mori Lukančič, prof. zdr. vzg., Andreja Semolič Valič, dipl. m. s., Danijela Šenkinc Vovk, dipl. m. s., Tatjana Lekšan, dipl. m. s., Marta Peklar, dipl. m. s.*

*\* vse zaposlene v Zdravstvenem domu Ljubljana, Metelkova 9, Ljubljana, Slovenija  
e-naslov: majda.mori.lukancic@zd-lj.si*

## IZVLEČEK

**Izhodišče:** Smiselno sestavljen program zdravstvene vzgoje bolnika s sladkorno boleznijo tipa 2 ter dobro organizirana in izvedena klinična pot novo odkritega bolnika v Zdravstvenem domu Ljubljana zajemata štiri srečanja v prvih treh do štirih mesecih po odkritju sladkorne boleznijo tipa 2: osnove sladkorne boleznijo in osnove zdrave prehrane izvajamo v majhni skupini, pogovor o prehrani in prehranska anamneza potekata individualno, sledi pogovor o zapletih sladkorne boleznijo in negi nog v majhni skupini, enako pogovor o samokontroli. **Namen:** Namen prispevka je evalvacija rednega poenotnega dela po 12 mesecih in smiselnosti naročanja ljudi na edukacijo. Sprememba življenjskega sloga novo odkritega sladkornega bolnika s sladkorno boleznijo tipa 2 pa vpliva na telesno težo in vrednost HbA1c. **Metode:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda z analizo podatkov o spolu, starosti, izobrazbi, telesni teži in višini, glukozi v krvi na tešče, HbA1c in prejetju peroralnih antihiperglikemikov za 120 novo odkritih sladkornih bolnikov tipa 2 v enem letu ter zabeležke o opravljeni edukaciji ob odkritju, po 3–6 mesecih in po 12 mesecih vodenja sladkorne boleznijo tipa 2. Podatke smo analizirali s programom OpenOffice.org Calc. **Rezultati:** Predstavljenih je 120 novo odkritih sladkornih bolnikov tipa 2, od tega 69 moških in 51 žensk, s povprečno starostjo 64,73 let in BMI 31,38 kg/m<sup>2</sup>. Povprečna telesna teža vseh udeležencev od začetka do prve kontrole pri diabetologu po 3–6 mesecih je padla z 90,25 kg na 88,04 kg, po 12 mesecih pa je znašala 86,41 kg. Telesna teža bolnikov z uvedeno terapijo antihiperglikemikov v obdobju opazovanja se je v povprečju zmanjšala za 4,89 kg, medtem ko se je v enakem obdobju povprečna telesna teža bolnikov brez terapije zmanjšala zgolj za 3,12 kg. Povprečna vrednost HbA1c je z 7,94 % na začetku po 6 mesecih padla na 6,67 % in po 12 mesecih na 6,6 %. Skupina brez terapije je imela ob odkritju povprečen HbA1c 6,5 %, po dvanajstih mesecih pa je ta padel na 6,48 %. Skupina, pri kateri je bila uvedena peroralna terapija, je imela na začetku

povprečen HbA1c 9,1 %, po šestih mesecih je ta v povprečju padel na 6,8 %, po dvanajstih mesecih pa na 6,7 %. Pogovora o osnovah sladkorne bolezni tipa 2 so se udeležili vsi bolniki (120), na individualni pogovor o prehrani jih je prišlo 106 (88,33 %), na pogovor o zapletih sladkorne bolezni in negi nog 101 (84,17 %), na pogovor o samokontroli pa le 69 (57,5 %). **Razprava in sklep:** Zmerno, kontinuirano nižanje telesne teže, redne kontrole pri diabetologu, ki predpisuje terapijo v skladu s smernicami, kontinuirana strukturirana edukacija ob odkritju in nato redna srečanja z edukatorico zagotavljajo udeležbo v visokem odstotku, bolniku omogočajo pozitivno videnje kronične bolezni, spremljanje kazalcev metabolne urejenosti, preprečevanje nastanka kroničnih zapletov in kakovostno življenje. Predlagano klinično pot za novo odkrite sladkorne bolnike tipa 2 bodo izvajali v vseh enotah Zdravstvenega doma Ljubljana.

**Ključne besede:** edukacija bolnikov, edukator, sladkorna bolezen

## ABSTRACT

**Introduction:** Program of health care education of newly discovered patients with type 2 diabetes in Community Health Centre Ljubljana includes four meetings in first three to four months. First meeting is organized in small group and addresses basics of diabetes and healthy diet, second meeting about food and eating habits is performed individually, third meeting about diabetic complications and feet care and last about diabetes self-management are again organized in small group. Evaluation of regular education after 12 months shows that it is essential to invite patients to education. Lifestyle changes of patients with type 2 diabetes are reflected in body weight and value of HbA1c. **Methods:** Data about gender, age, education, body weight, body height, blood sugar, HbA1c, treatment details and education details of 120 newly discovered type 2 diabetes patients were analysed by OpenOffice. org Calc. **Results** 120 newly discovered type 2 diabetes patients were included in the research of which 69 were male and 51 female, with the average age of 64,73 years, the average BMI was 31,38 kg/m<sup>2</sup>. Average body weight of all patients from the start to the first control after 3 to 6 months has decreased from 90,25 kg to 88,04 kg, after 12 months it has even further decreased to 86,41 kg. Weight of patients with educational process during follow up time has decreased for 4,89 kg, while the weight of patients without education has decreased for only 3,12 kg. The average value of HbA1c of the group with treatment has decreased from 7,94 % at start to 6,67 % after 6 months and to 6,6 % after 12 months. Average value of HbA1c of the group without treatment was lower at the start with 6,5 % and in 12 months it has decreased to 6,48 %. Group of patients with per-oral therapy had

average HbA1c of 9,1 %, which decreased to 6,8 % after 6 months and to 6,7 % after 12 months. All patients (120) participated the educational discussion about diabetes basics, while 106 (88,33%) came on the second individual session, the discussion of diabetes complication was participated by 101 (84,17 %) patients, on the discussion about self-management only 69 (57,5 %) patients were present. **Conclusion:** Continuous lowering of body weight, regular control at doctor who prescribes treatment according to guidelines and regular meetings with educator ensures high participation and enables patient a positive view on chronic disease and provides methods of monitoring data to prevent chronic complications and enable quality lifestyle.

**Keywords:** patient education, educator, diabetes mellitus

## Uvod

Zdravstvena vzgoja bolnikov s sladkorno boleznijo (edukacija) je delo z ljudmi v vseh obdobjih življenja ter v vseh stanjih zdravja oziroma boleznin in je pomemben dejavnik pri oblikovanju človekovega odnosa do zdravja, načina življenja in odnosa do okolja. V proces dela (edukacijo) so vključeni bolniki, njihovi svojci in zdravstveno osebje, ki za bolnika skrbi. Z dobro edukacijo doseže bolnik primerne rezultate in pridobi občutek samostojnosti, varnosti in samozavesti, kar mu izboljša kakovost življenja. Z edukacijo bolnik sprejme svojo bolezen kot realnost življenja, spozna dejstva o njej in pridobi potrebne veščine, da jo uspešno obvladuje.

Novo odkritega bolnika s sladkorno boleznijo tipa 2 je treba motivirati za nujno potrebne spremembe življenjskega sloga v več srečanjih. V prvih šestih mesecih je treba upoštevati načela učenja: postopnost, enostavnost, nazornost, usmerjenost, upoštevanje bolnikovega znanja, prilagojenost starosti, zahteve boleznin in intelektualne zmožnosti bolnika. Delo s posameznikom ali skupino naj bo nepretrgano, temelji naj na ponavljanju in vsebuje veliko praktičnih vaj.

Vrednotenje znanja in veščin varovanca opravi vzgojitelj (edukator) po vsaki učni uri, ko ta znanje praktično pokaže, diabetolog pa znanje vrednoti ob rednih kontrolah. Bolnik svoje znanje vrednoti vsak dan, ko živi s kronično boleznijo, opazuje telesno težo in vrednosti krvnega sladkorja pred obroki in po njih. V daljšem časovnem obdobju edukatorji vrednotimo opravljeno delo s pomočjo vprašalnikov o kakovosti življenja, s spremljanjem parametra HbA1c (pod 7 % pomeni dobro urejena sladkorna bolezen) in s spremljanjem pojavnosti zapletov sladkorne boleznin. Smiselno sestavljen program zdravstvene vzgoje bolnika s sladkorno boleznijo tipa 2 ter dobro organizirana in izvedena klinična pot novo odkritega bolnika omogočata kakovostno vodenje kroničnega bolnika.



V zdravstvenem domu Ljubljana (ZDL) je od 1. 9. 2010 edukacija v specialističnih ambulantah za sladkorno bolezen poenotena. Sedem edukatoric, članic skupine za edukacijo pri Komisiji za zdravstveno vzgojo ZDL, izvaja kontinuirano edukacijo po enotni klinični poti za novo odkritega sladkornega bolnika tipa 2. Ta zajema štiri srečanja v prvih treh do štirih mesecih po odkritju sladkorne bolezni tipa 2: osnove sladkorne bolezni in osnove zdrave prehrane, ki potekajo v majhni skupini, pogovor o prehrani in prehrabna anamneza individualno, sledi pogovor o zapletih sladkorne bolezni in negi nog v majhnih skupinah, zadnje srečanje pa je pogovor o samokontroli, ki prav tako poteka v majhnih skupinah.

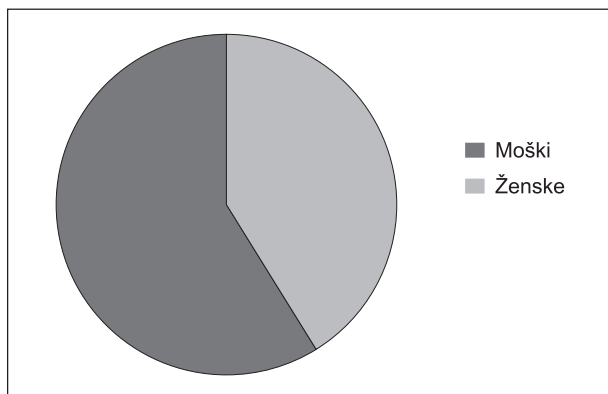
## **Namen**

Ugotoviti smo želeli spremembe v parametrih vodenja sladkorne bolezni pri novo odkritih bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2 v enoletnem obdobju, ki so se udeležili štirih zdravstvenovzgojnih srečanj. Cilj je bil preveriti: da dobro organizirana in strokovno izvedena klinična pot novo odkritega bolnika s sladkorno boleznijo tipa 2 v ZDL zagotavlja visoko udeležbo na srečanjih, da udeleženec kontinuirane edukacije v prvih dvanajstih mesecih ohrani začetno telesno težo in da spremembe v življenjskem slogu novo odkritega bolnika omogočijo znižanje HbA1c za 1 %.

## **Metode**

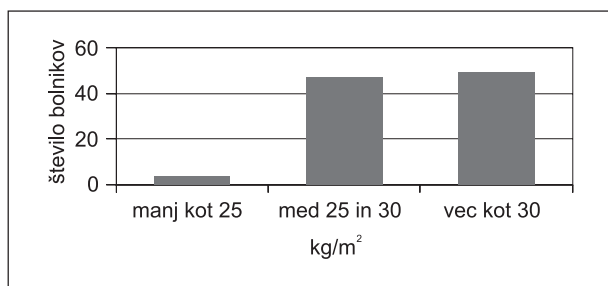
V prvi oceni klinične poti za novo odkrite sladkorne bolnike tipa 2 od junija 2010 do julija 2011 je sodelovalo šest edukatoric, v različnih enotah ZDL vsaka dela z drugim diabetologom. Pri rednem delu tim edukatorica-diabetolog uporablja enoten zdravstveni karton za beleženje zdravstvenega stanja človeka s sladkorno boleznijo tipa 2, diabetolog vložni list 8,62a, edukatorica vložni list 8,62f. Obrazca sta bila osnova za zbiranje podatkov in spremljanje stanja. V skupni vzorec je vsaka edukatorica prispevala od junija 2011 dalje dvajset zaporednih dokumentov. Za analizo smo uporabili podatke: spol, starost, izobrazba, telesna teža in višina, glukoza v krvi na tešče, HbA1c, prejetje peroralnih antihiperglikemikov in zabeležke o opravljeni edukaciji ob odkritju, po 3–6 mesecih in po 12 mesecih vodenja sladkorne bolezni tipa 2. Podatke smo analizirali s pomočjo programa OpenOffice. org Calc.

## Rezultati



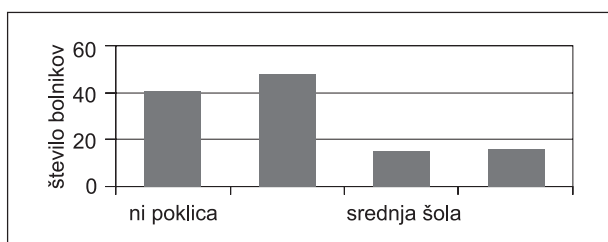
Slika1: Spol bolnikov

V analizo zdravstvene dokumentacije je bilo vključeneh 120 novo odkritih sladkornih bolnikov tipa 2, 69 moških in 51 žensk s povprečno starostjo 64,73 let (slika 1) in s povprečnim začetnim indeksom telesne mase (BMI) 31,38 kg/m<sup>2</sup>.



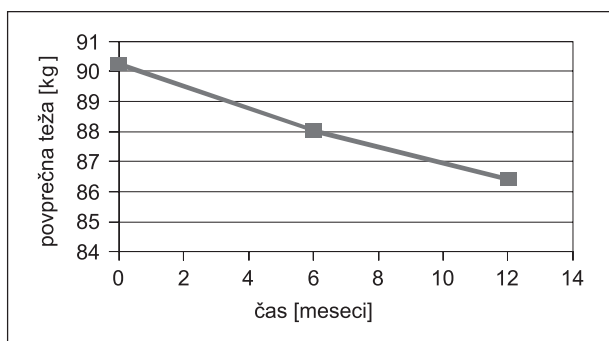
Začetni BMI je bil pri 4 bolnikih nižji od 25 kg/m<sup>2</sup>, pri 47 bolnikih je bil BMI med 25 in 30 kg/m<sup>2</sup> in pri 49 bolnikih večji od 30 kg/m<sup>2</sup> (slika 2).

Slika 2: Začetni BMI vključenih bolnikov



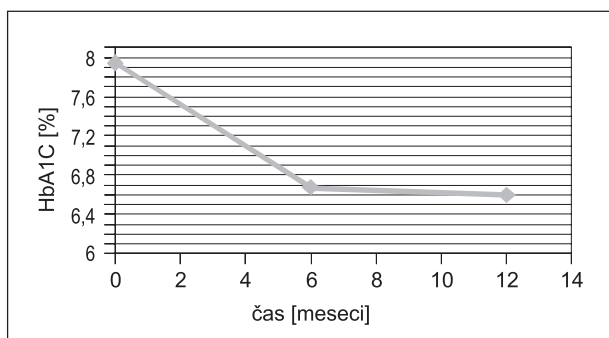
Edukatrice pri 41 bolnikih niso zabeležile izobrazbe, 48 bolnikov ima dokončano osnovno ali poklicno šolo, 15 bolnikov ima končano srednjo šolo in 16 bolnikov visoko šolo (slika 3).

Slika 3: Izobrazba bolnikov



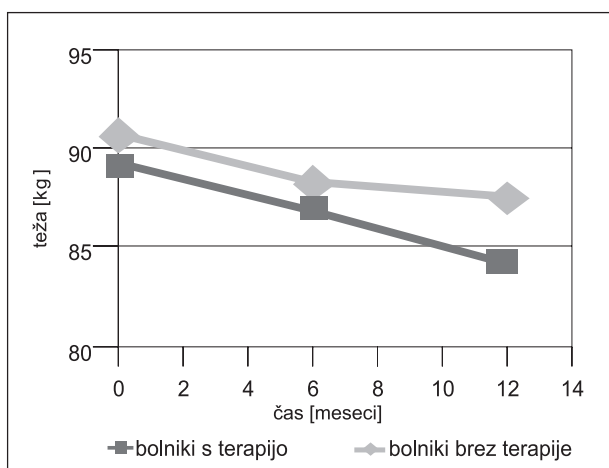
Slika 4: Povprečna telesna teža vseh bolnikov

Povprečna telesna teža vseh udeležencev je od začetka do prve kontrole pri diabetologu po 3 do 6 mesecih padla z 90,25 kg na 88,04 kg, po 12 mesecih pa je znašala 86,41 kg (slika 4).



Slika 5: HbA1c vseh bolnikov

Enak trend padanja kaže povprečna vrednost HbA1c udeležencev, ki je z 7,94 % na začetku po 6 mesecih padla na 6,67 % in po 12 mesecih na 6,6 % (slika 5).

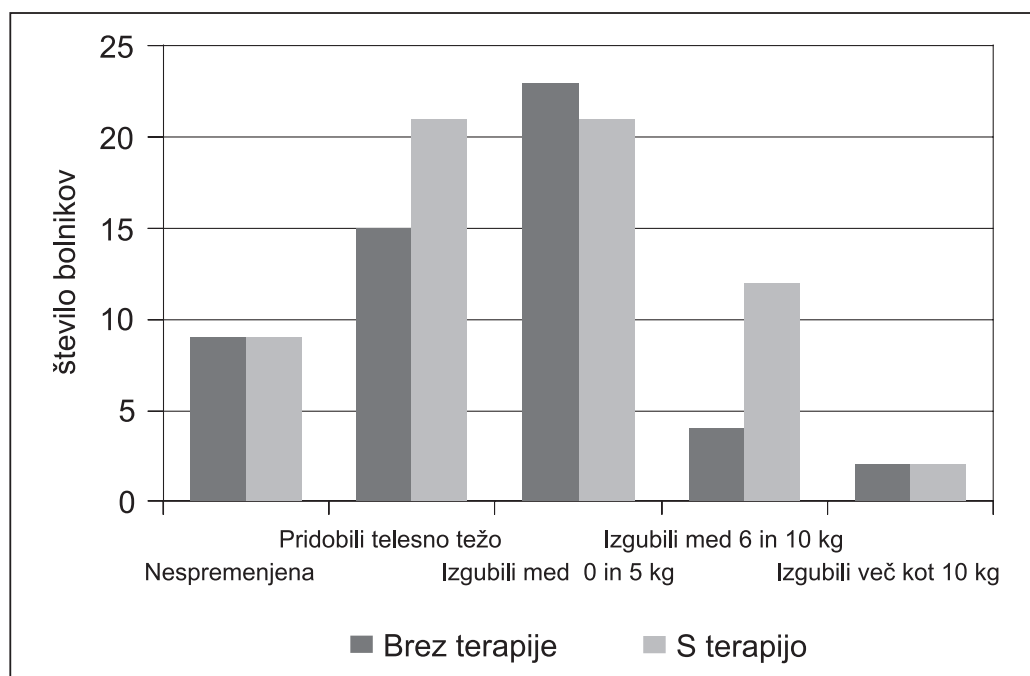


Slika 6: Povprečna telesna teža vseh bolnikov

54 bolnikov (45 %) je na začetku urejalo sladkorno bolezen z nefarmakološkimi ukrepi, 46 jih je prejelo monoterapijo, 20 bolnikov pa je že na začetku prejelo dve različni zdravili. Po 12 mesecih je sladkorno bolezen z nefarmakološkimi ukrepi urejalo še 42 (35 %) bolnikov. Povprečna teža bolnikov s peroralno terapijo se je v obdobju opazovanja zmanjšala z 89,05 kg na 84,19 kg

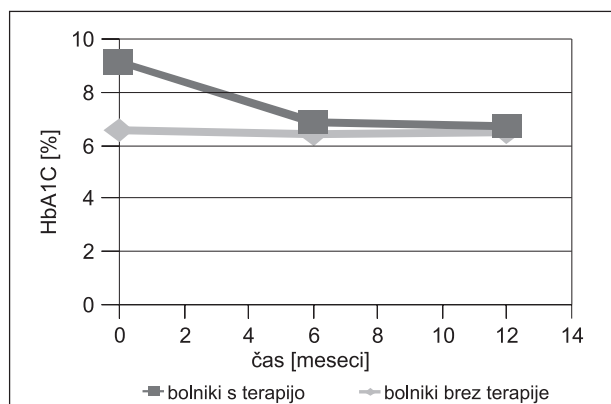
(rekorder je znižal telesno težo za 14 kg), medtem ko se je povprečna teža bolnikov brez peroralne terapije v obdobju opazovanja zmanjšala z 90,61 kg na 87,49 kg (največ 13 kg). Ugotavljamo, da se je teža bolnikov s peroralno terapijo v obdobju opazovanja v povprečju zmanjšala za 4,89 kg, medtem ko se je v enakem obdobju povprečna teža bolnikov brez peroralne terapije zmanjšala zgolj za 3,12 kg (slika 6).

Izmed 65 bolnikov s peroralno terapijo je imelo 9 bolnikov po 12 mesecih nespremenjeno telesno težo, 21 bolnikov je pridobilo telesno težo, medtem ko je 21 bolnikov izgubilo med 0 in 5 kg, 12 bolnikov med 6 in 10 kg, 2 bolnika pa sta izgubila več kot 10 kg. Izmed 53 bolnikov brez peroralne terapije je imelo 9 bolnikov po 12 mesecih nespremenjeno telesno težo, 15 bolnikov je pridobilo telesno težo, medtem ko je 23 bolnikov izgubilo med 0 in 5 kg; 4 bolniki so izgubili med 6 in 10 kg, 2 bolnika pa več kot 10 kg (slika 7).



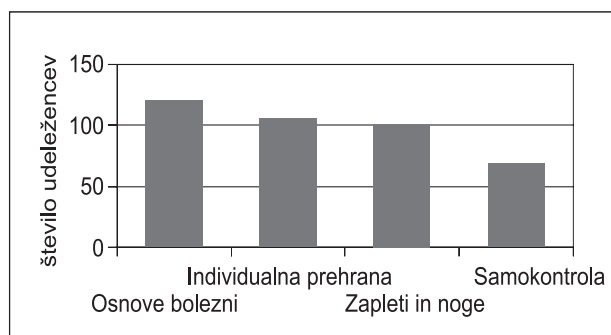
Slika 7: Gibanje telesne teže

Novo odkriti bolniki so imeli ob odkritju povišan HbA1c (povprečno 7,9 %), ki je po dvanajstih mesecih padel na 6,6 %. Skupina brez peroralne terapije je imela ob odkritju povprečen HbA1c 6,5 %, po dvanajstih mesecih pa je ta padel na 6,48 %.



Slika 8: HbA1c bolnikov

Skupina, pri kateri je bila uvedena peroralna terapija, je imela na začetku povprečni HbA1c 9,1 %, ki je po šestih mesecih v povprečju padel na 6,8 % in se nato po dvanajstih mesecih ustavil na 6,7 % (slika 8).



Slika 9: Kontinuirana edukacija

Pogovora o osnovah sladkorne bolezni tipa 2 so se udeležili vsi bolniki (120), na individualni pogovor o prehrani jih je prišlo 106 (88,33 %), na pogovor o zapletih sladkorne bolezni in negi nog 101 (84,17 %), na pogovor o samokontroli pa le 69 (57,5 %).

## Razprava

Sladkorna bolezen tipa 2 se pojavi oz. je v večini primerov odkrita po 50. letu starosti, najpogosteje pri prekomerno prehranjeni populaciji. Tudi novo odkriti bolniki v ZDL so debeli ali predebeli. Motiviranje bolnikov za nižanje telesne teže je smiselno. Padec telesne teže daje posamezniku občutek smisla uvajanja novega življenjskega sloga v povezavi prehrane in telesne dejavnosti (Rathmann, Kowall, Giani, 2011). Ocena rednega poenotnega dela po 12 mesecih kaže smiselnost naročanja ljudi na edukacijo, vpliv uvedene spremembe v življenjskem slogu novo odkritega sladkornega bolnika s sladkorno boleznijo tipa 2 pa kaže na nižjo telesno težo in padec vrednosti HbA1c. V ZDL ne želimo, da bi bili zaradi preredkih kontrol pri diabetologu, neučinkovite samokontrole in kakovosti edukacije sladkornih bolnikov naši rezultati o vodenju sladkornih bolnikov slabši od velikih raziskav (Čokolič, 2010).

Edukatrice ugotavljamo, da kontinuirana edukacija omogoča zdravo hujšanje in ohranjanje telesne teže, redne kontrole pri diabetologu in edukatorju pa so podpora v odnosu bolnik – edukator – diabetolog. Bolnik, ki pozna sladkorno bolezen, razume pomen nižje telesne teže in ima za dolgoročni cilj HbA1c pod 7 %, je zadovoljen, sproščen in ne izpušča načrtovanih obiskov pri diabetologu. To pomeni, da je organiziranje dejavnosti lažje, zdravstveni tim pa je enakomerno obremenjen. Od 120 bolnikov jih je le 16 višje ali visoko izobraženih, kar pomeni, da je treba strokovne vsebine nazorno razložiti, da jih udeleženci razumejo in so jih sposobni uporabiti v vsakdanjem življenju. Razveseljiv podatek je, da se drugega srečanja – individualni pogovor o prehrani – iz dogovorjene klinične poti udeleži več kot 88 % udeležencev, kar verjetno kaže na bolnikovo zadovoljstvo z uvodnim srečanjem. Razumljivo je, da so bolniki ob prejetju peroralne terapije bolj znižali telesno težo in HbA1c od tistih brez. Pri tej skupini je narava bolezni zahtevala hitrejše ukrepe in pospešene korake pri sprejemanju kronične bolezni. Ni pa nujno, da bodo ti ljudje nižjo telesno težo tudi obdržali. Človek uvedeno spremembo življenjskega sloga obdrži le, če je korake uvedel zavestno in v uvajanju spremembe zaznal korist zase.

Odličen je podatek (slika 9), da se je pogovora o zapletih sladkorne bolezni in negi nog udeležilo več kot 84 % udeležencev, kar potrjuje naše prepričanje, da je treba vsem ponuditi datum srečanja, ne glede na izobrazbo, spol, starost ali fazo bolnikovega sprejemanja kronične bolezni. Skozi zastavljen program kažemo novo odkritemu bolniku pot ter ga opolnomočimo, da zna pravočasno zaznati spremembe in poiskati pravo pomoč. Sprememba življenjskega sloga, uvedba redne telesne dejavnosti in osnovnih prehrabnih navodil na začetku poti sladkornega bolnika tipa 2 sta verjetno temelj vodenja, saj je znano, da telesna dejavnost vpliva na občutljivost insulina in s tem nižanje HbA1c (Owens in sod., 2009). Zavedamo pa se, da je naša skupina opazovanih novo odkritih bolnikov majhna, da so želje edukatoric po vrednotenju opravljenega dela velike, da delujemo v urbanem okolju in da zaključkov ne smemo prenašati na populacijo (Fitzner, 2010). Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah pozivajo – omogočite strukturirano edukacijo, ki naj poteka v skupinah ali individualno. Zaželeno je, da se v edukacijski proces vključujejo tudi svojci. Edukacijo prilagodite bolnikovim psihosocialnim in fizičnim zmožnostim. Pri tem upoštevajte bolnikovo dosedanje življenje, delo in razmere, v katerih živi, saj je dobro čustveno počutje povezano z dobro urejenostjo glikemije (Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah, 2011).

## Sklep

Edukatrice ZDL sledimo smernicam in predstavljeno klinično pot za novo odkrite sladkorne bolnike tipa 2 v ZDL redno izvajamo. Zmerno, kontinuirano nižanje telesne teže, redne kontrole pri diabetologu, ki predpisuje terapijo v skladu s smernicami, kontinuirana strukturirana edukacija ob odkritju in nato redna srečanja z edukatorico bolniku omogočajo pozitivno videnje kronične bolezni, spremljanje kazalcev metabolne urejenosti, preprečevanje nastanka kroničnih zapletov in kakovostno življenje. To pa bo treba v bodoče spremljati z drugimi kazalci.

## Literatura

1. Čokolič M. HbA1c kot kazalec presnovne urejenosti sladkornih bolnikov v diabetološki ambulanti UKC Maribor nekoč in danes. In: Pfeifer M, ur. 4. Slovenski endokrinološki kongres z mednarodno udeležbo: zbornik povzetkov predavanj in posterjev, Maribor 8. in 9. oktober 2010. Ljubljana: Združenje endokrinologov Slovenije, Slovensko zdravniško društvo; 2010: 126–7.
2. Fitzner K, Heckinger E. Sample size calculation and power analysis: a quick review. *Diabetes Educ.* 2010; 36: 701–7.
3. Owens DR, van Schalkwyk C, Smith P et al. Algorithm for the introduction of rapid-acting insulin analogues in patients with type 2 diabetes on basal insulin therapy. *Pract Diab Int.* 2009; 26(2): 70–7.
4. Rathmann W, Kowall B, Giani G. Type 2 diabetes: unravelling the interaction between genetic predisposition and lifestyle. *Diabetologija.* 2011; 54: 2217–9.
5. Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah. Ljubljana: Diabetološko združenje Slovenije; 2011: 6. Dostopno na: <http://www.endodiab.si/dotAsset/7110.pdf> (5. 9. 2011).



# VLOGA MEDICINSKE SESTRE – TEHNIKA PRI IZVAJANJU HIPERBARIČNE OKSIGENOTERAPIJE

*pred. Željko Vuković, višji medicinski tehnik*

*Zavod za fizikalno medicino in rehabilitacijo "Dr. Miroslav Zotović" Banja Luka, RS – BIH, Center za hiperbarično medicino in zdravljenje kroničnih ran*

## IZVLEČEK

Hiperbarična oksigenoterapija je uporaba 100-odstotnega kisika pri pogojih zvišanega tlaka nad 1 atmosfero (101 kPa) v posebnih napravah – hiperbaričnih komorah. Kisik, ki se vdihuje v višji koncentraciji od tiste, ki je v atmosferskem zraku, deluje kot zdravilo. Zaradi povišanega tlaka in prisotnosti 100-odstotnega kisika se povečuje fizično raztapljanje kisika v plazmi in zasičenost (saturacija) hemoglobina s kisikom. Znano je, da je v patofiziološki osnovi mnogih bolezni, poškodb in zastrupitev prisotna hipoksija. Na ta način se odstrani in ublaži hipoksija, ki je nastala kot posledica same bolezni. Medicinska sestra oz. tehnik mora spremljati pacienta med zdravljenjem v hiperbarični komori, se pravi ob njem mora biti od sprejema, registracije in v času celotnega postopka, ki je sestavljen iz več posameznih oksigenoterapij. Medicinska sestra/tehnik oceni pacienta in možnosti za izvajanje terapije. Pacientu razloži vse o terapiji s hiperbaričnim kisikom, nadzoruje pacienta kakor tudi kazalnike na hiperbarični komori in v njej med vsako terapijo ter med celotnim zdravljenjem. Medicinska sestra/tehnik pomaga zdravniku pri vseh medicinskih postopkih pred postopkom hiperbarične oksigenoterapije in med njim. Medicinska sestra oz. tehnik, ki je usposobljen za izvajanje hiperbarične oksigenoterapije, mora s svojim znanjem ščititi interese vseh svojih pacientov, prav tako pa mora varovati poklicno integriteto in integriteto oddelka hiperbarične oksigenoterapije.

**Ključne besede:** hiperbarična komora, kisik, izvajanje, varnost, pacient

## Uvod

Center za hiperbarično medicino in zdravljenje kroničnih ran je najmlajši oddelek Zavoda za fizikalno medicino in rehabilitacijo „Dr. Miroslav Zotović“ Banja Luka. Center razpolaga z dvema enomestnima komorama ruske izdelave (Kosmički center Kruničev iz Moskve). Oddelek razpolaga tudi z dvajsetimi bolniškimi posteljami. Poleg terapije s hiperbaričnim kisikom nudimo našim

pacientom tudi druge terapije, opredeljene s kliničnimi protokoli. Pri zdravljenju kroničnih ran se uporablja sodoben pristop in stanje pacienta se redno nadzoruje v sodobno opremljenem laboratoriju. Poleg tega dajemo našim pacientom dietno-higienske nasvete z namenom čim hitrejšega okrevanja. Učinek hiperbarične oksigenoterapije (HBO), potencial pozdravljenih ran in nujnost izvajanja terapije se merijo s sodobno napravo PeryFlux 5000 znamke Perimed, ki kot zasebne enote vsebuje laser Doppler floumeter in transkutani oksimeter.

### **Definicija hiperbarične oksigenoterapije**

Hiperbarična oksigenoterapija pomeni uporabo 100-odstotnega kisika ( $O_2$ ) pri pogojih zvišanega tlaka nad 1 atmosfero (101 kPa) v posebnih napravah, t. i. hiperbaričnih komorah (Živković, 1998). Hiperbarična oksigenoterapija se izvaja v hiperbaričnih komorah pod nadzorom usposobljenega medicinskega osebja, bistvo pa je vdihavanje 100-odstotnega kisika pod povišanim tlakom.

### **Pomen hiperbarične oksigenoterapije**

Uporaba kisika pod tlakom, večjim od atmosferskega, predstavlja napredek, ki se lahko primerja z uvedbo transfuzije krvi in zdravljenja s pomočjo antibiotikov (Živković, 1998).

### **Kisik kot zdravilo**

Kadar se kisik vdihuje v večji koncentraciji od tiste, ki je v atmosferskem zraku, deluje kot zdravilo. Po tej definiciji je hiperbarični kisik vsekakor zdravilo in lahko reagira z drugimi zdravili. To je pomembno, saj lahko HBO poveča ali zmanjša vpliv drugega zdravila. Prav tako obstajajo zdravila, ki lahko zmanjšajo ali povečajo učinek hiperbarične oksigenoterapije (Jain, 2004).

### **Dejstvo hiperbarične oksigenoterapije**

Zrak, ki ga vdihujemo v naravi, vsebuje 21 % kisika, zrak, ki se vdihuje v hiperbaričnih komorah, pa vsebuje 100 % kisika in tlak v komori je večji od 1,0 bara (101 kPa). Zaradi takšnega tlaka in prisotnosti 100-odstotnega kisika se poveča raztopljenost kisika v plazmi in zasičenost (saturacija) hemoglobina s kisikom. Znano je, da je v patofiziološki osnovi mnogih bolezni, poškodb in zastrupitev prisotna hipoksija. Na ta način se odstrani in ublaži hipoksija, ki je nastala kot posledica same bolezni (Dekleva, 1997).

Hiperbarična oksigenoterapija je v svetu sprejeta kot zdravilo za številne bolezni. Znano je, da je najuspešnejša pri preprečevanju ali odpravljanju hipoksije, nekaterih akutnih anaerobnih infekcij in sindroma akutne ter kronične lokalne vaskularne ishemije (arterijski, venski in nevropatični ulkusi) in ishemije, ki jo povzročijo plinski mehurčki, kot so dekompresijska bolezen ter cerebralna plinska embolija (Jain, 2004).

### **Fiziološke osnove uporabe hiperbarične oksigenoterapije**

Z uporabo 100-odstotnega kisika pod tlakom, večjim od 1 bara (101 kPa), se v hiperbaričnih komorah dosegajo naslednji učinki: povečuje se količina kisika v tkivih na račun fizično raztopljenega kisika v krvni plazmi in na ta način se ublaži ali popolnoma odstrani hipoksija. Kisik potuje po krvi na dva načina, kemijsko vezan na hemoglobin in fizično raztopljen v plazmi. To pomeni, da se v pogojih povečanega tlaka poveča odstotek fizično raztopljenega kisika v plazmi, vendar ne samo v plazmi, ampak tudi v intersticijski tekočini. Zmanjša se prostornina plinskih mehurčkov, kar pomeni, da se pri pritisku treh barov volumen zmanjša na 1/6 v primerjavi s prostornino na površini. Poveča se eliminacija inertnih plinov iz tkiv zaradi povečanega tlaka (odprtje "kisikovega okna"). HBO ima direktno bakteriostatično in baktericidno delovanje na anaerobne mikroorganizme, kar pomeni, da deluje kot močan selektivni antibiotik (Dekleva, 1997).

Hiperbarična oksigenacija pospešuje fagocitno sposobnost levkocitov (povečuje produkcijo prostih kisikovih radikalov) in na ta način deluje kot nespecifični antibiotik širokega spektra (Jain, 2004). HBO ima direktni antiedematozni učinek, ker povzroči vazokonstrikcijo (krčenje žil), razen v pljučih in hipoksičnem tkivu, kjer povzroči vazodilatacijo (širjenje žil) in vzpostavlja normalno delovanje kapilarnega endotela. Na splošno izboljšuje kroženje krvi, tako da zmanjšuje viskoznost plazme in agregabilnost trombocitov, pospešuje angiogenezo (nastajanje novih kapilar iz obstoječih krvnih žil). HBO pospešuje nastajanje novega kostnega tkiva, pomaga pri nastajanju kolagena in omogoča ustvariti osnovo novemu tkivu ter tako pospešuje obnovo kožnega in podkožnega tkiva ter zaraščanje ran (Jain, 2004).

### **Vrste hiperbaričnih komor:**

- enomestne,
- večmestne,
- prenosne ali stacionarne,
- komore za treniranje in testiranje potapljačev,

- male hiperbarične komore za novorojenčke in
- male hiperbarične komore za poskuse na živalih.

**Prednosti enomestnih komor:**

- individualna terapija, privatnost in v primeru infekcije izolacija,
- idealna za intenzivno nego,
- niso potrebne maske, udobje, ni nevarnosti iztekanja kisika,
- idealna za paciente v bolniških posteljah,
- preprosto spremljanje pacienta,
- niso potrebni posebni postopki za dekompresijo,
- prihranek pri prostoru in ceni zdravljenja, lahko se preprosto premika in
- potrebno je manjše število osebja.

**Pomanjkljivosti enomestnih komor:**

- obstaja nevarnost nastanka požara.
- omejen je direkten dostop do pacienta.
- nemožnost nudenja dodatne terapije.

**Indikacije za uporabo hiperbarične oksigenoterapije:**

- polinevropatije (alkoholne, toksične, diabetične, krvožilne),
- starostna demenca in Parkinsonov sindrom ,
- postradiacijska nekroza kože, mehkih tkiv in radiacijski cistitisi ter enteritisi,
- želodčni in duodenalni ulkusi (razjeda želodca in dvanajstnika),
- virusni, toksični in infektivni hepatitis,
- ulcerozni, pseudomembranozni kolitisi in Crohnova bolezen,
- revmatoidni artritis,
- obstruktivni bronhitis,
- sladkorna bolezen,
- sklerodermija,
- psoriza (luskavica),
- akutna naglušnost, Menierov sindrom in vrtoglavice krvožilnega izvora,
- akutna ishemija retine in retinalni arteritis,

- krvožilna neplodnost (neplodnost neznane etiologije) in
- okrevanje vrhunskih športnikov (Živković, 1998).

### **Kontraindikacije za hiperbarično oksigenoterapijo**

Absolutna kontraindikacija:

- nezdravljeni pnevmotoraks.

Relativne kontraindikacije:

- infekcije zgornjih dihalnih poti.
- emfizem z retencijo CO<sub>2</sub>.
- asimptomatske lezije na pljučih, ki so vidne na rentgenskih slikah prsnega koša
- prejšnji operativni posegi na prsnem košu ali ušesih
- nekontrolirana visoka temperatura.
- nosečnost.
- klavstrofobija.
- epilepsija ali epileptični napadi in
- maligna obolenja (Jain, 2004).

### **Zapleti hiperbarične oksigenacije:**

- barotravma srednjega ušesa,
- bolečine v sinusih,
- miopija (kratkovidnost) in katarakta (siva mrena),
- barotravma pljuč,
- konvulzije, ki jih povzroči kisik,
- dekompresijska bolezen in
- klavstrofobija (Jain, 2004).

### **Pregledi, ki jih je treba opraviti pred hiperbarično oksigenoterapijo**

Pregled in mišljenje internista – kardiologa :

- EKG-izvid,
- RTG-slika srca in pljuč z razlago rentgenologa,
- standardni laboratorijski izvid krvi in urina.

Pregled specialista ORL, ki potrdi, da je bolnik primeren za tovrstno zdravljenje.

### **Vloga medicinske sestre – tehnika v timu za izvajanje hiperbarične oksigenoterapije**

Medicinska sestra oz. tehnik je v timu za hiperbarično oksigenoterapijo zadolžen za naslednje dejavnosti: sprejem, ocenitev in registracijo pacienta, obrazložitev postopka, aplikacijo terapije, načrtovanje terapije, trening, nadzorovanje medicinskih naprav in opreme, vodenje medicinske dokumentacije ter zagotavljanje varnosti.

Medicinska sestra oz. tehnik mora biti prisoten ob pacientu v času zdravljenja v hiperbarični komori, od sprejema, registracije in v času celega postopka, ki je sestavljen iz več posameznih terapij. Medicinska sestra oz. tehnik oceni pacienta in možnosti za izvajanje terapije. Pacientu razloži vse o hiperbarični oksigenoterapiji, nadzoruje pacienta kakor tudi kazalnike na hiperbarični komori in v njej. Prav tako pomaga zdravnikom pri vseh medicinskih postopkih pred postopkom terapije s hiperbaričnim kisikom in med njim.

### **Sprejem, ocenitev in registracija pacienta**

Medicinska sestra oz. tehnik se v Centru za hiperbarično medicino prvi sreča s pacientom na prvem pregledu, tj. ob sprejemu in registraciji, preden se ta sestane z zdravnikom. Pacientu izmeri krvni tlak in temperaturo, prav tako pa preveri tudi druge znake in simptome. Pacienta seznani s postopkom in zahtevami same terapije, preveri pacientovo medicinsko dokumentacijo, vpraša, ali obstaja možnost kontraindikacij pri izvajanju terapije, in ga po potrebi napoti na dodatne specialistične preglede. S pacientom se dogovori o načinu izvajanja terapije (terapija se lahko izvaja stacionarno in ambulantno). Zdravnika v Centru za hiperbarično medicino obvesti o sprejemu novega pacienta in se dogovori za zdravniški pregled. Na koncu dokumentira izvide in registrira pacienta.

### **Informiranje in izobraževanje pacientov**

Medicinska sestra/tehnik je v Centru za hiperbarično medicino zadolžen za informiranje in izobraževanje pacientov. Pacienti, ki prihajajo v Center, imajo veliko različnih zdravstvenih težav. Zaradi tega so potrebe po medicinskih postopkih in posegih v procesu zdravljenja prav tako večkratne in zahtevne. Za uspešnost zdravljenja je odločilnega pomena informiranje in izobraževanje pacienta, medicinska sestra oz. tehnik pa mora imeti obsežna splošna in specifična medicinska znanja za izpolnitev te obveznosti.

Izobraževanje pacientov se nanaša na zahteve, želje in mogoče učinke same hiperbarične oksigenoterapije. Pacientu se razloži proces zdravljenja in razlogi, zakaj je potrebna terapija. Prav tako se ga obvesti o varnostnih ukrepih glede vnetljivih snovi, postopkih in nalogah, ki jih je pacient dolžan spoštovati, da bi se izognil poškodbam med terapijo. Takšen pristop je pomemben zaradi mogočih incidentov v hiperbarični komori, odpravi pa tudi stres, ki je prisoten zaradi terapije.

### **Postopek hiperbarične oksigenoterapije**

Medicinska sestra oz. tehnik aplicira hiperbarični kisik v hiperbarični komori in zagotovi, da se terapija izvede po predpisih in predlaga spremembe terapije. Spremlja vitalne znake pacienta (krvni tlak, pulz, EKG) med terapijo. Prav tako spremlja parametre, ki se nanašajo na hiperbarično komoro (tlak v komori, temperaturo, vlažnost, delovanje sistema za dovod kisika), tako da je vse v skladu s predpisi. Med terapijo s hiperbaričnim kisikom mora medicinska sestra sodelovati z drugim medicinskim osebjem. Vodi dejavnosti in pomaga zdravniku v Centru za hiperbarično medicino. Sodeluje s tehnično službo, ki zagotavlja nemoten dovod kisika v sistem in komoro, ter prva posreduje v primeru težav, ki se nanašajo na dovod kisika.

### **Načrtovanje terapije**

Medicinska sestra oz. tehnik aktivno sodeluje z drugim medicinskim osebjem pri načrtovanju in urniku terapij s hiperbaričnim kisikom kakor tudi pri negi pacientov v času terapij. Pravočasno zdravljenje s hiperbaričnim kisikom in nega pacientov v času terapij je odločilnega pomena za uspeh zdravljenja, medicinska sestra oz. tehnik pa je pogosto najodgovornejši v tem procesu.

### **Urjenje**

Poleg dela v Centru za hiperbarično medicino lahko odgovorna medicinska sestra oz. tehnik z "licenco" za delo v hiperbarični komori in z najmanj dveletnimi izkušnjami izučijo druge zdravstvene delavce za izvajanje terapij s hiperbaričnim kisikom v Centru za hiperbarično medicino.

### **Medicinske naprave in oprema**

Medicinska sestra oz. tehnik je v Centru za hiperbarično medicino odgovoren za varno in natančno uporabo hiperbarične komore in vseh dodatnih naprav.



## **Medicinska dokumentacija**

Medicinska sestra oz. tehnik mora sproti voditi natančno medicinsko evidenco, ki vsebuje vse pomembne podrobnosti za vsakega pacienta in za vsako posamezno terapijo. Vpisuje vse prve in kontrolne preglede, diagnostične teste, terapije kroničnih ran in na splošno vse obiske pacientov, ki se nanašajo na nego.

## **Varnost medicinskih postopkov**

Medicinska sestra oz. tehnik je ključna oseba v Centru za hiperbarično medicino, to pa pomeni, da je odgovorna za varnost med izvajanjem hiperbarične oksigenoterapije, ki pa se nanaša na paciente in na hiperbarično komoro.

## **Priprava na terapijo**

Pred prvo in vsako naslednjo terapijo s hiperbaričnim kisikom je izključno medicinska sestra oz. tehnik odgovoren za natančno upoštevanje vseh navodil, ki se nanašajo na pripravo pacienta, preverjanje komore in dovoljenje, da lahko pacient vstopi v komoro.

## **Priprava bolnika za hiperbarično oksigenacijo**

Da bi se izognili tudi najmanjši možnosti incidenta v hiperbarični komori in da bi bilo bivanje v komori med terapijo varno, je treba upoštevati pomembna navodila: pacient se mora skopati in si umiti lase, prav tako ne sme uporabiti nobenega kozmetičnega izdelka (parfuma, kreme, ličil, šminke, laka za lase in celo laka za nohte), mora se obriti in pristrichi brke. Priporočajo se oblačila iz 100-odstotnega bombaža (brez sintetičnih vlaken, svile ali volne). V času terapije pacient ne sme uživati hrane, ki napenja, ali hrane, ki ima neprijeten vonj, kakor tudi sredstev, ki zmanjšujejo prištevnost (alkohol, opojne substance ...). Zaradi mogočega znojenja ali drugih potreb mora imeti zraven bombažni robček ali brisačko. Pred terapijo je treba ugotoviti, ali so nujni medicinski pripomočki (npr. pacemaker, srčne zaklopke, slušni aparat ipd.) atestirani za uporabo v hiperbaričnih pogojih, pacient pa mora o tem, da ima takšen pripomoček, obvezno obvestiti osebje. Pacient mora odstraniti snemno zobno protezo, leče in druge medicinske pripomočke, ki se lahko odstranijo. Rane so lahko prekrite s suho sterilno gazo ali z vlažnim pripravkom na vodni osnovi, ki ne izpareva in ni v nobenem primeru vnetljiv ali pomaga goreti. Žepi se morajo izprazniti in razen bombažnega robčka ali brisače se nič ne odnaša v komoro. Predvsem pa je treba biti pozoren, da se ne vnesejo lahko

vnetljivi ali eksplozivni predmeti (spreji, vžigalniki, vžigalice ali kar vsebuje batrijske vložke), predmeti, ki se pod pritiskom poškodujejo (ure, stekleničke, nalivniki, označevalci besedila, mobilni telefoni ...), žvečilni gumiji, bomboni ali hrana. Pacient si obleče predvideno bombažno oblačilo in obutev ter si spne dolge lase.

Med terapijo v komori mora imeti pacient prazna usta (brez žvečilnih gumijev ali bonbonov). Pacient se ne sme ničesar dotikati na komori in v njej. Med spremembo tlaka pacienti ne govorijo, razen če imajo težave in o tem obvestijo osebje. Ko je tlak stabilen, se pacienti lahko pogovarjajo. Če se pojavijo težave v katerikoli fazi terapije, mora pacient takoj dvigniti roko ter tako preusmeri pozornost na sebe. To se nanaša tudi na prijavo mogočih motenj pred začetkom vsake terapije in o katerih mora biti obveščeno medicinsko osebje. Zaradi mogočega nastanka statične elektrike se ne sme preoblačiti, gibati in česati med trajanjem terapije (Poliklinika za baromedicino, 2011).

## **Sklep**

Medicinska sestra oz. tehnik, ki je usposobljen za izvajanje hiperbarične oksigenoterapije, mora s svojim znanjem ščititi interese vseh svojih pacientov, prav tako pa mora varovati poklicno integriteto in integriteto oddelka hiperbarične oksigenoterapije.

## **Literatura**

1. Dekleva N. Hiperbarična medicina. Užice: Lapčević; 1997: 43–343.
2. Jain KK. Textbook of Hyperbaric Medicine. Massachusetts: Hogrefe & Huber Publishers; 2004:10–390.
3. Poliklinika za baromedicino. Oxy Pula: Republika Hrvatska; 2011. <http://www.oxy.hr>. (25.9.2011).
4. Živković M. Hiperbarična i podvodna medicina. Beograd: Bor; 1998: 5–100.



# ULOGA MEDICINSKE SESTRE-TEHNIČARA U PROVOĐENJU HIPERBARIČNE OKSIGENOTERAPIJE

*pred. Željko Vuković, viši medicinski tehničar*

*Zavod za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju "Dr. Miroslav Zotović" Banja Luka,  
RS –BiH, Centar za hiperbaričnu medicinu i tretman hroničnih rana*

## REZIME

Hiperbarična oksigenoterapija predstavlja primjenu 100 % kiseonika u uslovi-  
ma povišenog pritiska iznad 1 atmosfere (101 kPa) u specijalnim uređajima - hi-  
perbaričnim komorama. Kada se kiseonik udiše u koncentraciji višoj od one koju  
nalazimo u atmosferskom vazduhu, smatra se lijekom. Zbog povišenog priti-  
ska i zbog prisustva 100% kiseonika povećava se fizička rastvorljivost kiseonika  
u plazmi i saturacija kiseonika za hemoglobin. Poznato je, da u patofiziološkoj  
osnovi mnogih bolesti, povreda, i otrovanja jeste hipoksija. Na ovaj način se ot-  
klanja i ublažava hipoksija koja je nastala kao posljedica same bolesti. Medicinska  
sestra-tehničar ima obavezu biti prisustna uz pacijenta u toku tretmana hiperba-  
rične oksigenoterapije, počevši od prijema i registracije pacijenta pa tokom cijelog  
tretmana koji se sastoji od više pojedinačnih oksigenoterapija. Medicinska sestra-  
tehničar vrši procjenu pacijenta i mogućnosti za provođenje terapije. Zadužena je  
za zdravstveno prosvjećivanje i edukaciju pacijenata o hiperbaričnoj oksigenote-  
rapiji, nadgledanje samog pacijenta kao i indikatora na i u hiperbaričnoj komo-  
ri tokom svake terapije i tretmana u cjelini. Medicinska sestra-tehničar asistira  
doktorima u obezbjeđivanju svih medicinskih postupaka prije i u toku tretma-  
na hiperbarične oksigenoterapije. Medicinska sestra-tehničar koja je osposobljena  
za provođenje hiperbarične oksigenoterapije, koristeći sva svoja znanja mora za-  
dovoljiti obavezu zaštite interesa svih svojih pacijenata ali isto tako štiti integritet  
profesije i odjeljenja hiperbarične oksigenoterapije.

**Ključne riječi:** hiperbarična komora, kiseonik, provođenje, sigurnost, pacijent.

## Uvod

Centar za hiperbaričnu medicinu i tretman hroničnih rana je najmlađa orga-  
nizaciona jedinica Zavoda za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju „Dr. Miroslav  
Zotović“ Banja Luka. Centar raspolaže sa dvije jednomjesne komore ruske pro-  
izvodnje (Kosmički centar Kruničev iz Moskve). U sastavu centra se nalazi i

odjeljenje sa dvadeset bolesničkih postelja. Pored hiperbarične oksigenacije, našim pacijentima pružamo i druge terapije definisane kliničkim protokolima. Primjenjuje se savremeni pristup u tretmanu hronične rane i stanje pacijenata se redovno kontroliše u savremeno opremljenoj laboratoriji Zavoda. Pored toga našim pacijentima dajemo dijetetsko-higijenske savjete u cilju potpunijeg liječenja. Efekat hiperbarične oksigenacije (HBO), potencijal rana za zarastanje te neophodnost provođenja HBO mjeri se savremenim aparatom PeryFlux 5000 marke Perimed, koji u svom sastavu, kao zasebne jedinice, ima laser Doppler floumetar i transkutani oksimetar.

### **Definicija hiperbarične oksigenacije**

Hiperbarična oksigenoterapija (HBOT) predstavlja primjenu 100 % kiseonika ( $O_2$ ) u uslovima povišenog pritiska iznad 1 atmosfere (101 kPa) u specijalnim uređajima tzv. hiperbaričnim komorama (Živković, 1998). Hiperbarična oksigenoterapija se sprovodi u hiperbaričnim komorama pod nadzorom stručnog medicinskog osoblja, a suština je udisanje 100% kiseonika pod povišenim pritiskom.

### **Značaj hiperbarične oksigenoterapije**

Primjena kiseonika pod pritiskom većim od atmosferskog, predstavlja napredak koji se po značaju može mjeriti sa uvođenjem transfuzije krvi i antibiotika u terapiju (Živković, 1998).

### **Kiseonik kao lijek**

Kada se kiseonik udiše u koncentraciji višoj od one koju nalazimo u atmosferskom vazduhu, smatra se lijekom. Po ovoj definiciji, hiperbarični kiseonik je svakako lijek i može reagovati sa drugim lijekovima. Ovo je važno znati jer HBO može pojačati ili smanjiti uticaj drugog lijeka. Takođe, postoje lijekovi koji mogu smanjiti ili pojačati efekat HBO (Jain, 2004).

### **Dejstvo hiperbarične oksigenoterapije (HBOT)**

Vazduh koji udišemo u prirodi sadrži 21% kiseonika a vazduh koji se udiše u barokomorama sadrži 100% kiseonika i pritisak u komori je veći od 1,0 bara (101 kPa). Zbog ovakvog pritiska i zbog prisustva 100% kiseonika povećava se fizička rastvorljivost kiseonika u plazmi i saturacija kiseonika za hemoglobin.

Poznato je da u patofiziološkoj osnovi mnogih bolesti, povreda, i otrovanja jeste hipoksija. Na ovaj način se otklanja i ublažava hipoksija koja je nastala kao posljedica same bolesti (Dekleva, 1997).

HBO je širom svijeta prihvaćena kao lijek izbora za niz bolesti. Poznato je da je HBOT najuspješnija kada se koristi radi sprečavanja ili eliminacije hipoksije, za neke akutne anaerobne infekcije i sindrome akutne i hronične lokalne vaskularne ishemije (arterijski, venski i neuropatski ulkusi), i ishemije izazvane gasnim mehurićima kao što su dekompresiona bolest i cerebralni gasni embolizam (Jain, 2004).

### **Fiziološke osnove primjene hiperbarične oksigenoterapije**

Primjenom 100 % kiseonika pod pritiskom većim od 1 bara (101 kPa) u hiperbaričnim komorama postižu se sljedeći efekti: Povećava se količina kiseonika u tkivima na račun fizički rastvorenog kiseonika u krvnoj plazmi i na taj način se ublažava ili potpuno otklanja hipoksija. Kiseonik se transportuje krvlju u dva oblika, hemijski vezan za hemoglobin i fizički rastvoren u plazmi. Znači da se u uslovima povećanog pritiska povećava postotak fizički rastvorenog kiseonika u plazmi ali ne samo u plazmi nego i u intersticijskoj tekućini. Smanjuje se volumen gasnih mjehurića tj. na pritisku od 3 bara volumen se smanjuje na 1/6 u odnosu na volumen na površini. Povećava se eliminacija inertnih gasova iz tkiva zbog povećanog pritiska (otvaranje kiseoničkog prozora). HBOT ima direktno bakteriostatsko i baktericidno djelovanje na anaerobne mikroorganizme tj. djeluje kao snažan selektivni antibiotik (Dekleva, 1997).

Hiperbarična oksigenacija (HBO) pojačava fagocitnu sposobnost leukocita (povećava produkciju slobodnih kiseonikovih radikala) te na taj način djeluje kao nespecifični antibiotik širokog spektra (Jain, 2004). HBO ima direktni antiedematozni učinak jer izaziva vazokonstrikciju krvnih sudova (osim u plućima i hipoksičnom tkivu gdje izaziva vazodilataciju) i uspostavlja normalnu funkciju kapilarnog endotela. Generalno poboljšava cirkulaciju krvi tako što smanjuje viskoznost plazme, smanjuje agregabilnost trombocita, ubrzava angiogenezu—stvaranje novih krvnih sudova. HBO ubrzava neoosteosintezu (stvaranje novog koštanog tkiva). HBO oporavlja produkciju kolagena i omogućava stvaranje osnove novom tkivu te tako ubrzava regeneraciju kožnog i potkožnog tkiva i zarastanje rana (Jain, 2004).

### **Vrste hiperbaričnih komora:**

- jednomjesne,
- višemjesne,
- mobilne ili portabilne,
- komore za treniranje i testiranje ronilaca,
- male hiperbarične komore za novorođenčad i
- male hiperbarične komore za eksperimente na životinjama.

### **Prednosti jednomjesnih komora:**

- individualni tretman pacijenta, privatnost te u slučaju infekcije izolacija,
- idealna za intenzivnu njegu,
- nema potrebe za maskama, komforna, nema opasnosti od isticanja kiseonika,
- idealna za pacijente koji su vezani za krevet,
- pacijent se lako prati,
- nisu potrebni posebni postupci za dekompresiju,
- ušteda na prostoru i cijeni liječenja, može se lako pomjerati unutar bolnice i
- potreban je manji broj osoblja.

### **Mane jednomjesnih komora:**

- postoji potencijalni rizik od izbijanja vatre,
- ograničen je direktan pristup pacijentu,
- ne može se pružati dodatna terapija.

### **Indikacije za primjenu hiperbarične oksigenoterapije:**

- polineuropatije (alkoholne, toksične, dijabetične, vaskularne),
- staračka demencija i sindrom Parkinsonizma,
- postradijaciona nekroza kože, mekih tkiva i radijacioni cistitisi i enteritisi,
- želudačni i duodenalni ulkusi,
- virusni, toksični i infektivni hepatitisi,
- ulcerozni, pseudomembranozni kolitisi i Crohn-ova bolest,
- reumatoidni artritis,
- opstruktivni bronhitis,



- šećerna bolest,
- sklerodermija,
- psorijaza,
- akutna naglupost, Menierov sindrom i vrtoglavice vaskularnog porijekla,
- akutna ishemija retine i retinalni arteritis,
- vaskularni sterilitet (infertilitet nepoznate etiologije) i
- oporavak vrhunskih sportista (Živković, 1998).

### **Kontraindikacije za hiperbaričnu oksigenoterapiju**

#### **Apsolutna kontraindikacija:**

- neliječeni pneumotoraks.

#### **Relativne kontraindikacije:**

- infekcije gornjih respiratornih puteva,
- emfizem sa retencijom CO<sub>2</sub>,
- asimptomatske lezije na plućima, a koje se vide na RTG grudnog koša,
- raniji operativni zahvati na grudnom košu ili ušima,
- nekontrolisana visoka temperature,
- trudnoća,
- klaustrofobija,
- epilepsija ili epileptični napadi i
- maligna oboljenja (Jain, 2004).

#### **Komplikacije hiperbarične oksigenacije:**

- barotrauma srednjeg uha,
- bolovi sinusa,
- miopija i katarakta ,
- barotrauma pluća,
- konvulzije uzrokovane kiseonikom,
- dekompresiona bolest i
- klaustrofobija (Jain, 2004).

## **Pregledi koji predhode hiperabričnoj oksigenoterapiji**

Pregled i mišljenje interniste-kardiologa o mogućnosti provođenja HBOT:

- EKG snimak,
- RTG snimak srca i pluća sa opisom od strane rendgenologa,
- standardni laboratorijski nalazi krvi i urina.

Pregled specijaliste ORL o mogućnosti provođenja HBOT.

## **Uloga medicinske sestre-tehničara u timu za provođenje hiperbarične oksigenoterapije**

Medicinska sestra-tehničar u timu za hiperbaričnu oksigenoterapiju provodi slijedeće aktivnosti: prijem, procjenu i registraciju pacijenta; zdravstveno prosvjećivanje i edukaciju; aplikaciju terapije; planiranje HBOT; trening; monitoring medicinskih aparata i opreme; vođenje medicinske dokumentacije; obezbjeđivanje sigurnosti.

Medicinska sestra-tehničar ima obavezu biti prisustna uz pacijenta u toku tretmana hiperbarične oksigenoterapije, počevši od prijema i registracije pacijenta pa tokom cijelog tretmana koji se sastoji od više pojedinačnih oksigenoterapija. Medicinska sestra-tehničar vrši procjenu pacijenta i mogućnosti za provođenje terapije. Zadužena je za zdravstveno prosvjećivanje pacijenata o hiperbaričnoj oksigenoterapiji, nadgledanje samog pacijenta kao i indikatora na i u hiperbaričnoj komori tokom svake terapije i tretmana u cjelini. Medicinska sestra-tehničar asistira doktorima u obezbjeđivanju svih medicinskih postupaka prije i u toku tretmana hiperbarične oksigenoterapije.

## **Prijem, procjena i registracija pacijenta**

Medicinska sestra-tehničar u Centru za hiperbaričnu medicinu se prva susreće sa pacijentom na prvom pregledu tj. na prijemu i registraciji pacijenta, prije no što se pacijent susretne sa doktorom. Tom prilikom se provjerava krvni pritisak i temperatura, a takođe zapaža i sva ostala važna stanja, znakove i simptome kod pacijenta. Medicinska sestra-tehničar razgovara sa pacijentom, upoznaje ga sa procedurom i zahtjevima same terapije, provjerava medicinsku dokumentaciju koju pacijent ima, ispituje eventualno postojanje kontraindikacija za provođenje terapije i po potrebi upućuje pacijenta na dodatne specijalističke preglede vezano za mogućnost provođenje hiperbarične oksigenacije. Ona dogovara način provođenja terapije sa pacijentom. Terapija se može provoditi hospitalno i

ambulantno. Obavještava doktora u Centru za hiperbaričnu medicinu o prijemu novog pacijenta i dogovara ljekarski pregled sa odgovornim doktorom i pacijentom. Na kraju medicinska-sestra tehničar dokumentuje nalaze i registruje pacijenta u centru.

### **Zdravstveno prosvjećivanje pacijenata**

Medicinska sestra-tehničar u Centru za hiperbaričnu medicinu je zadužena za zdravstveno prosvjećivanje i edukaciju pacijenata. Pacijenti koji se javljaju imaju višestruke zdravstvene tegobe i probleme. Zbog toga su potrebe za medicinskim postupcima i intervencijama u procesu liječenja isto tako višestruke i zahtjevne. Od presudnog značaja za uspješnost liječenja može biti zdravstveno prosvjećivanje i edukacija, a medicinska sestra-tehničar mora posjedovati obimna opšta i specifična medicinska znanja za ispunjavanje ove obaveze.

Edukacija pacijenata se odnosi na zahtjeve, željene i moguće efekte same hiperbarične oksigenoterapije. Pacijent se informiše o procesu liječenja u toku tretmana HBO i razlozima zašto je potrebna terapija. Informiše se o sigurnosnim restrikcijama vezanim za zapaljive predmete, postupcima i radnjama koje je pacijent dužan poštovati kako bi se mogućnost traume tokom HBOT redukovala. Ovakav pristup donosi sigurnost od mogućih incidentata u hiperbaričnoj komori i eliminiše stress kod pacijenta zbog tretmana HBO.

### **Tretman hiperbarične oksigenoterapije**

Medicinska sestra-tehničar aplicira hiperbarični kiseonik u hiperbaričnoj komori i obezbjeđuje da se terapija provede kako je propisano, te predlaže promjenu u terapiji. Prati vitalne znake pacijenta (pritisak, puls, EKG) tokom seanse hiperbarične oksigenacije. Takođe, prati parametre koji se odnose na hiperbaričnu komoru (pritisak u komori, temperaturu, vlažnost, rad sistema za napajanje kiseonikom) kako bi se osiguralo da sve bude u saglasnosti sa propisanim i željenim nivoom. Tokom hiperbarične oksigenoterapije medicinska sestra-tehničar je dužna da sarađuje sa ostalim medicinskim osobljem. Provodi aktivnosti i asistira doktoru u centru za hiperbaričnu medicinu. Sarađuje sa tehničkom službom koja obezbjeđuje osigurano napajanje kiseonikom sistema i komora i prva preduzima akciju u slučaju incidentne situacije vezane za kiseonički sistem napajanja.

## **Planiranje tretmana**

Medicinska sestra-tehničar saradujući sa ostalim medicinskim osobljem i aktivno učesvuje u planiranju i rasporedu tretmana hiperbarične oksigenoterapije, kao i prateće medicinske njege pacijenata u toku tretmana. Pravovremeno provođenje HBOT i prateća njega je od presudnog značaja za uspjeh liječenja hiperbaričnom oksigenoterapijom, a medicinska sestra-tehničar je često najodgovornija u ovom procesu.

## **Trening**

Uz dnevnu rutinu na poslovima u centru za hiperbaričnu medicinu, odgovorna medicinska sestra-tehničar sa "licencom" za rad u hiperbaričnoj komori i iskustvom na ovim poslovima od najmanje dvije godine, može dobiti zadatak da edukuje kolege za rad u centru za hiperbaričnu medicinu i obuči ih za provođenje hiperbarične oksigenoterapije.

## **Medicinski aparati i oprema**

Medicinska sestra-tehničar u centru za hiperbaričnu oksigenoterapiju je odgovorna za sigurno i vješto korištenje hiperbarične komore i svih pratećih aparata.

## **Medicinska dokumentacija**

Medicinska sestra-tehničar je dužna da ažurno vodi tačnu medicinsku evidenciju koja sadrži sve relevantne detalje za svakog pacijenta i za svaku pojedinačnu sesiju hiperbarične oksigenoterapije. U sklopu odgovornosti za medicinsku dokumentaciju ažurno registruje sve prve i kontrolne preglede u centru za hiperbaričnu medicinu, dijagnostičke testove, tretman hroničnih rana i generalno sve posjete pacijenata koji se odnose na njegu.

## **Sigurnost medicinskih procedura**

Medicinska sestra-tehničar je ključna osoba u centru za hiperbaričnu medicinu, a to pretpostavlja odgovornost za sve sigurnosne aspekte u provođenje hiperbarične oksigenoterapije koji se odnose i na pacijente i na hiperbaričnu komoru.

## **Priprema za terapiju**

Prije prve i svake naredne terapije HBO, medicinska sestra-tehničar je isključivo

odgovorna za striktno poštovanje svih uputa koje se odnose na pripremu bolesnika za hiperbaričnu oksigenoterapiju, provjeru istih i definitivno i poslednje odobrenje da pacijent uđe u komoru.

### **Priprema bolesnika za hiperbaričnu oksigenaciju**

Kako bi se izbjegla i najmanja mogućnost incidenta u hiperbaričnoj komori te boravak u komori za vrijeme terapije učinili što sigurnijim, potrebno je pridržavati se važnih uputstava kao što su: Oprati tijelo i kosu, nakon čega ne koristiti niti jedan kozmetički preparat (mirisi, kreme, make-up, ruž za usne, lak za kosu i čak lak za nokte). Obrijati bradu i skratiti brkove. Poželjno je biti obučen u 100% pamučnu odjeću (bez sintetike, svile ili vune). Za vrijeme HBOT u ishrani izostaviti namirnice koje nadimaju ili neugodno mirišu, kao i sredstva koja smanjuju uračunljivost (alkohol, opojna sredstva...). Zbog mogućeg znojenja ili drugih potreba potrebno je imati sa sobom pamučnu maramicu ili mali ručnik. Prije ulaska u hiperbaričnu komoru veoma važno je utvrditi da neophodna protetska pomagala (npr. pacemaker, srčani zalisci, slušna proteza i sl.) imaju atest za funkcionisanje u hiperbaričnim uslovima a o postojanju istih obavezno se obavijesti osoblje. Skidaju se mobilne zubne proteze, sočiva i druga mobilna pomagala. Eventualne rane trebaju biti prekrivene samo suhom sterilnom gazom ili ovlaženom vodenim rastvorom sredstava koja ne isparavaju i nisu ni u kojem obliku zapaljiva ili pomagali gorenja. Džepovi se isprazne i osim pamučne maramice ili malog ručnika ne unosi se ništa u komoru, a posebno se obraća pažnja da se ne unesu lako zapaljivi ili eksplozivni predmeti (sprejdoze!, upaljači, šibice te ništa što sadrži baterijske uloške), zatim predmeti koji se pod pritiskom oštećuju (satovi, bočice, nalivpera, tekstmarkeri, mobiteli,..), nadalje gume za žvakanje, bombone ili jelo. Oblači se predviđena pamučna odjeća i obuća i fiksira se duga kosa.

Tokom boravka u komori usta moraju biti prazna (bez guma za žvakanje ili bombona). Ne diraju se uređaji na i u komori. Tokom promjene pritiska bolesnici započinju razgovor s osobljem samo ako imaju tegoba. Kada je pritisak stabilan, dopušta se međusobni razgovor. Kod pojave tegoba u bilo kojoj fazi terapije ili makar sumnje da nešto nije u redu, odmah se podiže ruka i mahanjem dlanom skreće se pažnja na sebe. Isto se odnosi i na prijavljivanje eventualnih smetnji prije samog početka svake terapije, o kojim obavezno mora biti obavješteno medicinsko osoblje. Zbog eliminisanja mogućnosti pojave iskri statičkog elektriciteta, nije dopušteno presvlačenje, kretanje i češljanje za vrijeme trajanja terapije (Poliklinika za baromedicinu, 2011).

## **Zaključak**

Medicinska sestra-tehničar koja je osposobljena za provođenje hiperbarične oksigenoterapije, koristeći sva svoja znanja mora zadovoljiti obavezu zaštite interesa svih svojih pacijenata ali isto tako štiti integritet profesije i odjeljenja hiperbarične oksigenoterapije.

## **Literatura**

1. Dekleva N. Hiperbarična medicina. Užice: Lapčević; 1997: 43–343.
2. Jain KK. Textbook of Hyperbaric Medicine. Massachusetts: Hogrefe & Huber Publishers; 2004:10–390.
3. Poliklinika za baromedicino. Oxy Pula: Republika Hrvatska; 2011. <http://www.oxy.hr>. (25.9.2011).
4. Živković M. Hiperbarična i podvodna medicina. Beograd: Bor; 1998: 5–100.

# ASISTIRANO ŽIVLJENJE PACIENTOV Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI V SKUPNOSTI – VIDIK ZDRAVSTVENE NEGE

*dr. Radojka Kobentar, viš. med. ses., prof. def.*

*Marija Smolič, viš. med. ses., spec. patr. zdrav. nege, enterostomalni terapevt*

*Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, Ljubljana  
radojka.kobentar@psih-klinika.si, marija.smolic@psih-klinika.si*

## IZVLEČEK

Motnje v duševnem zdravju potekajo v tretjini primerov kronično, kar pomeni dolgoletno trajanje s stabilizacijo znakov in akutnimi poslabšanji s fazami ponavljanja in napredovanja simptomov ter opaznimi funkcionalnimi deficiti. Danes sta zdravljenje in rehabilitacija pacientov z duševnimi motnjami v skupnosti pomembna predvsem z vidika ohranjanja njihove socialne integracije ter avtonomnega življenja in delovanja s podporo iz neposrednega okolja in formalnih strokovnih služb. Namen rehabilitacijskega procesa v obliki skupnostne obravnave obolelih ima za cilj opolnomočenje pacienta za učinkovito delovanje v socialnem okolju. Temelji na integrirani zdravstveni negi v multidisciplinarnem timu. Prispevek obravnava pregled literature na temo življenja pacientov s kroničnimi motnjami ter izkustveni vidik zdravstvene nege pri delu s pacienti v domačem okolju.

**Ključne besede:** kronična duševna motnja, kontinuirana obravnava, skupnost

## Uvod

Duševno bolezen zaznamujejo v večji ali manjši meri izraženi simptomi, ki so ves čas prisotni ter ovirajo normalno življenje in delovanje prizadetega (Aderhold, Greve, 2004, cit. po Kobentar, 2008). Kronični potek duševnih motenj je značilen za večino psihotičnih motenj, vendar na njihov potek ter uspešno življenje in delovanje obolelih pomembno vplivajo dejavniki iz okolja, na katere lahko vplivamo z intervencijami psihosocialne rehabilitacije, ki vključuje del aktivnosti zdravstvene nege (Švab, 2004). Načrtovanje obravnave pacienta v posthospitalni fazi je proces, ki vključuje tako pacientove resurse kot deficite (Kortrijk et al., 2010).

## Kronični potek bolezni

Pacienti s kroničnimi duševnimi motnjami predstavljajo najbolj zahtevno skupino posameznikov, pri katerih je izid bolezni neuspešen, saj kljub zdravstveni obravnavi, rehabilitaciji in psihosocialnim aktivnostim bolezenski znaki ves čas motijo vsakodnevno delovanje ter vplivajo na kakovost življenja obolelih. Avtorji navajajo, da kar tretjina bolezni poteka kronično, kar pomeni skozi vse življenje (Berger, 2005; Švab, 2004). Posledično pa prizadeti izgubi predstave o lastnih sposobnostih, zaznava nezmožnost voljnega vplivanja ter vse bolj potrebuje podporo ljudi v različnih življenjskih situacijah, navaja Baumann-Hözlze (2006). Razumevanje in sprejemanje bolezni je vsekakor pomemben del rehabilitacije, zato se nekateri posamezniki dobro prilagajajo spremembam, kar je odvisno tudi od osebnostnih lastnosti, sposobnosti prilagajanja ter socialne podpore (Baumann-Hözlze, 2006).

Kronični potek bolezni pri obolelih z nekoliko nižjimi izhodiščnimi potenciali dodatno otežuje življenje, saj pri njih opažajo omejene spoprijemalne strategije, pasivnost, slabšo odzivnost na terapevtske intervencije, neuspešno načrtovanje prihodnosti in višjo dovzetnost za zlorabo psihoaktivnih substanc (Dörner, 2003; Dumke, 2005).

V procesu zdravljenja, zdravstvene nege in rehabilitacije pa se pacienti morajo naučiti nekaterih socialnih veščin in tehnik samoobvladovanja, z asistenco ali brez, kar predstavlja boljše izhodišče za uspešno organizacijo življenja, saj je prav od njihove aktivnosti odvisen izid obravnave (Aderhold, Greve, 2004).

Bistveni cilj obravnave obolelih je doseči, kljub nekaterim omejitvam, najvišjo možno stopnjo samostojnosti ter neodvisnosti z avtonomnim odločanjem o zadovoljevanju svojih potreb. Tako je pacientom v fazi rehabilitacije namenjen psihoedukativni program v zvezi z boleznijo in obvladovanjem motečih simptomov, učenja vedenjsko-kognitivnih tehnik v povezavi s sodelovanjem pri zdravljenju, preventivnih tehnik ponovitve bolezni, treninga socialnih veščin s socialno podporo ter tehnik spoprijemanja za obvladovanje persistirajočih simptomov (Salyers et al., 2010). Avtorji navajajo, da je implementacija programa dela v skupnosti s poučevanjem učinkovitih strategij samoobvladovanja problemov, situacij in okolja, pri pacientih s kroničnimi oblikami duševnih bolezni ustrezen način obravnave in omogoča življenje z asistenco (*assisted living*). Rezultati so vidni v višji stopnji motivacije za sodelovanje ter posledično manjšem številu hospitalizacij ob neodvisnem življenju doma (Salyers et al., 2010; Stanhope, Matejkowsky, 2010; Švab, 2004).



## **Skupnostna obravnava pacientov in oblike dela**

Obravnava pacientov v skupnosti temelji na dejstvih, da se prvi znaki razvijejo v okolju, kjer človek živi, ter med njima obstaja relacija pripadnosti in čustvene navezanosti (Švab, 2004). Kortrijk et al. (2010) navajajo, da so kriteriji za obravnavo v skupnosti formalno določeni s sociodemografskimi značilnostmi, klinično diagnozo in z motivacijo. Intenzivno delo s pacienti temelji na modelu multidisciplinarnega tima, ki v skupnosti izvaja asertivno obravnavo za nemotivirane paciente s kroničnimi motnjami s ciljem zmanjšanja števila rehospitalizacij, izboljšanja sodelovanja pri zdravljenju ter zvišanja psihosocialnih resursov (Stanhope, Matejkowski, 2010; Salyers et al., 2010). Program dela v skupnosti vključuje podporno (*asistirano*) obliko dela s pacientom na njegovem domu ali v drugem socialnem okolju (stanovanjska skupina), s poudarkom na relativno dobrem in stabilnem življenju in delovanju z obvladovanjem vsakodnevnih aktivnosti ter ohranjanju socialnih relacij. Slednje pogosto zadeva družinske člane ali sorodnike, saj prav pri shizofreniji okoli 80 % pacientov živi v družini in/ali imajo redne stike; znano je, da je prav družina pomemben vir podpore, ki vpliva na kakovost življenja pacientov (Chow et al., 2010).

Kakovostna obravnava obolelih z duševnimi motnjami skupnosti je povezana s timskim multidisciplinarnim pristopom. Poleg medicinske sestre, koordinatorice skupnostne obravnave, so v timu še socialni delavec, zdravnik, psiholog in delovni terapevt. V raziskavi, kjer je bilo vključenih 65 uporabnikov, so imeli v 5 mesecih kar 2864 stikov ter v tem obdobju še 420 diadnih stikov, navajata Stanhope in Matejkowski (2010). Ista avtorja sta izmerila v povprečno 1,2 leta dolgi obravnavi povprečno 2,3 obiska na posameznika v enem mesecu ter 50-minutno trajanje obiska na domu. Ugotovila sta, da je 80 % vsega časa izvajalcev namenjenega delu s posameznikom v skupnosti, z dosegljivostjo 24 ur vse dni v tednu s ciljem zagotavljanja hitrega odziva na morebitne krizne situacije. Multidisciplinarni tim samostojno zagotavlja storitve v skupnosti, kot so kontrola jemanja predpisane terapije, ohranitve aktivnega življenjskega sloga, vzdrževanje abstinence, utrjevanje socialnih odnosov z osredotočenjem na vsakodnevne življenjske težave z namenom ohranjanja življenja in delovanja v skupnosti brez hospitalizacij ob relapsu bolezni.

## **Zdravstvena nega pacientov s kroničnimi motnjami v duševnem zdravju**

Diplomirana medicinska sestra je član tima in koordinator skupnostne obravnave, ki na pacientovem domu ali njegovem začasnem kraju bivanja, poizveduje in ugotavlja negativne vzorce spoprijemanja z motečimi znaki bolezni in možne

pozitivne vire. Z drugimi besedami: z obolelim mora skleniti dogovor o sodelovanju s ciljem odprave neustreznih in neučinkovitih strategij pri spoprijemanju z boleznijo. Pogosto gre za opustitev terapije, neaktivni življenjski slog ter jemanje psihoaktivnih substanc. Trias neugodnih dejavnikov pa vpliva na življenje in delovanje v okolju ter odnose, saj oboleli enostavno izgubijo občutek za odgovornost do sebe in drugih, pozabijo svoje obveznosti, opustijo stik s terapevtom, redčijo socialne stike in se vse bolj umikajo v svoj bolezenski svet. Prepoznavanje slednjega je lahko znamenje ponovitve znakov in nadaljevanje kroničnega poteka bolezni. Zato je dobro, da pri načrtovanju aktivnosti zdravstvene nege upoštevamo pacientovo aktivnost ter napredujemo po sistemu malih korakov, s kratkoročno zastavljenimi cilji in karseda realnimi pričakovanji. Individualni načrt, ki ga oblikujemo s pacientom in člani tima, naj sloni na dejanskih potrebah pacientov v izogib našim previsokim zahtevam. Sprejeti je treba tudi dejstvo, da imajo oboleli z izkušnjo bolnišničnega zdravljenja tudi določene funkcionalne deficite, ki jih enostavno moramo upoštevati pri obravnavi (Gable, Stunson, 2010).

Minimalni standard oskrbe na pacientovem domu zajema ocenjevanje podporne socialne mreže, ki skrbi za obolelega, ne glede na to, ali gre za družino ali člane skupnosti. Pomembno je, da ima okolica dovolj informacij o bolezni, potrebnem zdravljenju in njenih poslabšanjih. Zato je medicinska sestra poleg drugih intervencij pozorna še na socialno mrežo, razpoloženje in čustvovanje, finančno situacijo, varnostne in bivanjske razmere, pripravljenost za sodelovanje pri zdravljenju in pridobivanju znanja o bolezni s perspektivo v prihodnosti (Pinninti et al., 2010).

### **Izkušnja obravnave pacientov v skupnosti**

Obravnavo pacientov v skupnosti sloni na kriterijih, ki so določeni za ciljno populacijo obolelih in že obravnavanih v instituciji, in sicer so to osebe:

- s hudo ponavljajočo se duševno motnjo;
- v starosti od 18 do 50 let;
- v anamnezi pogoste hospitalizacije (več kot enkrat letno);
- s slabo sposobnostjo sodelovanja (*noncompliance*) pri zdravljenju v drugih oblikah psihiatrične obravnave;
- z opaznim upadom vsakodnevnega delovanja;
- s prisotnostjo številnih drugih težav (slabi družinski odnosi, slabi bivalni pogoji, slabe socialne razmere, zloraba psihoaktivnih substanc (PAS), neurejenost statusa in podobno) (Interni dokument, 2006).

Ob sprejemu v skupnostno obravnavo pacient podpiše pristopno izjavo. Zanj je določen koordinator obravnave glede na izstopajočo problematiko. Kadar je koordinator obravnave medicinska sestra, je poleg reševanja osnovnih težav podudarek na reševanju negovalnih problemov, na učenju obvladovanja življenjskih situacij in bolezenskih težav ter na zdravstveni vzgoji tako pacienta kot njegovih bližnjih.

Skupaj s pacientom medicinska sestra oblikuje načrt obravnave glede na potrebe in cilje, ki smo si jih zastavili. Pogosto so v načrt vključeni tudi svojci, osebni zdravnik, predstavniki nekaterih služb (Centrov za socialno delo, nevladnih organizacij, prostovoljci, šola, patronažna služba, služba primarnega zdravstvenega varstva). Kako uspešni smo pri doseganju zastavljenih ciljev, preverjamo na timskem dnevu, ki ga organiziramo na tri mesece, ko cilje lahko tudi spremenimo, dopolnimo, ali zmanjšamo zahtevnost, če ugotovimo, da so bili previsoko postavljeni.

Prevladujoča oblika dela je obiskovanje pacienta na njegovem domu, poleg tega pa so pogosti tudi telefonski pogovori (dosegljivi smo vse dni v letu), spremljanje pacienta po opravkih in posredovanje pri stikih z drugimi službami (ambulantno službo splošne medicine v primarnem varstvu, Zavodom za zaposlovanje, humanitarnimi organizacijami). Pacienta obiskujemo enkrat tedensko do enkrat mesečno, glede na stopnjo dobrega počutja ter kakovost življenja in delovanja pacienta.

Vsebina obiska na domu se nanaša na: oceno funkcioniranja, diskretno preverjanje jemanja predpisane terapije, aplikacijo depo terapije oziroma drugih zdravil, preverjanje izpolnjevanja predhodnih dogovorov, oceno bivalnih razmer, podporni pogovor s pacientom o aktualnih problemih, kot jih vidi sam, zdravstvenovzgojno delo s pacienti oziroma njihovimi svojci, podporni razgovor s svojci, načrtovanje in učenje izvajanja dnevnih aktivnosti, učenje socialnih veščin, pomoč pri urejanju socialnega statusa, ugotavljanje in posredovanje informacij ob poslabšanju ter povezovanje z institucijo ob morebitni potrebi po hospitalizaciji.

Praviloma naj bi pacienta vodili 3 do 5 let, vendar se pri nekaterih že kažejo potrebe po vseživljenjskem spremljanju, saj z našo minimalno podporo zmorejo živeti doma, sicer pa bi bila potrebna nastanitev v kakšnem specialnem zavodu oziroma instituciji; tako navajajo tudi Salyers et al. (2010) ter Kotwicki in Compton (2010). Raziskovanja kažejo, da je kakršnakoli trajnejša institucionalna obravnava pacientov v aktivnem življenjskem obdobju bolj neugodna in predstavlja za družbo večje finančno breme (Stanhope in Matejkowsky, 2010).

## Primer iz prakse

31-letni moški je bil prvič hospitaliziran avgusta 2010. Po poklicu je mizar, zaposlen pri zasebniku. Delal je tudi v lokalih kot didžej (DJ). Živel je sam, starši in brat so že pokojni, ima eno sestro in eno polsestro, s katerima pa je bil že daljši čas v slabih odnosih, saj je menil, da ga »že dve leti provocirata«. Pred leti se je ambulantno zdravil pri psihiatrinji, ko pa se je preselila na novo lokacijo, je zdravljenje opustil. Daljši čas je kadil marihuano.

Tedne pred hospitalizacijo se je začel zapirati v stanovanje, govoril je, da ga zasledujejo kriminalisti, zato jih je fotografiral. Govoril je, da jih bo tožil. Opustil je službo, postajal je verbalno agresiven. Ni plačeval položnic, živel je v zane-marjenem, zatemnjenem stanovanju, v katerem je kopičil kupe smeti, ki bi kriminalistom ob morebitnem vdoru preprečile hiter vstop v stanovanje. Odpiral ni nikomur. Ker je ogrožal sebe, je bil pripeljan v bolnišnico in hospitaliziran na varovanem oddelku, proti volji.

Po celodnevni hospitalizaciji je bil konec lanskega leta sprejet v dnevno oskrbo, kjer se je dobro rehabilitiral. Naučil se je ustrezne priprave predpisane terapije. Ob tem je spoznal, da je z njeno pomočjo bolj učinkovit ter postaja samostojen in avtonomen. Vključeval se je v terapevtske skupine na oddelku, si tam našel družbo in začel z rekreativnim športom. Vključil se je tudi v nevladne organizacije. Medicinska sestra in pacient sta začela intenzivneje sodelovati z ambulantno psihiatrinjo in splošno zdravnico. Uredili smo bolniški stalež za nazaj. Uspešni smo bili pri navezovanju stikov z delodajalcem, ki je bil gospoda pripravljen vzeti nazaj v službo. Od pomladi 2011 pacienta vodimo v skupnostni psihiatrični obravnavi. Hodi na delo, štiri ure dnevno. Obiskujemo ga enkrat tedensko, ko se vrne z dela. Stanovanje, ki je bilo zatrpano z navlako, sam postopno prazni in ureja. Pri tem ga usmerjamo in spodbujamo. Pomagali smo mu tudi pri sistemskem pristopu k nakupovanju živil in pripravi toplega obroka, kar zdaj že dobro obvlada. Na kontrole k ambulantni psihiatrinji hodi sam, zdravila redno jemlje in pove, da mu koristijo. Ima nekaj prijateljev, s katerimi se družijo, psihoaktivnih substanc in alkohola ne uživa več.

Odnosi s sestrama so se z našim posredovanjem uredili, tako da sestri prek vikenda redno obiskuje. S pomočjo socialne delavke je začel odplačevati tudi dolgove in pooblastil eno od sester za svojo skrbnico za finančne zadeve.

## Razprava

Po podatkih Svetovnega združenja za psihiatrijo (World Psychiatric Assotiation) bo imelo težave v zvezi z duševnim zdravjem v prihodnje 25 % svetovnega prebivalstva. Nevropsihološke motnje ima na svetu 13,1 % prebivalstva, od tega

deleža ima 4,3 % oseb unipolarno depresijo. V svetu je okoli 2,1 % vseh smrti zaradi nevropsihiatričnih bolezni (Thornicroft et al., 2010). Zato Svetovno združenje za psihiatrijo predlaga uvajanje skupnostne obravnave, ki zajema populacijo in javno zdravje, odkrivanje primerov v skupnosti, lokalno dostopne službe, vključevanje skupnosti v načrtovanje obravnave in zagotavljanje duševnega zdravja, opolnomočenje za samooskrbo posameznikov in družin, medsebojno podporo in storitve, spodbujanje obravnave na primarni ravni, občasno vključevanje specialistov in/ali institucije, supervizijo in podporo s strani specialistov za duševno zdravje, vključujoč različne storitve v skupnosti (Thornicroft et al., 2010).

Raziskovanje na področju skupnostne psihiatrične obravnave in klinična praksa kažeta na večje potrebe po tovrstni obravnavi, saj z učinkovitimi terapevtskimi pristopi ohranimo aktivno vlogo pacienta, ki je motiviran za življenje zunaj institucije. Študije navajajo zmanjšanje ponovitev simptomov bolezni, kar pomembno vpliva na kakovost življenja v domačem okolju. Opozoriti velja, da se značilno izboljšajo odnosi, ki so pomemben dejavnik zdravja. Prav pri ponovnem vzpostavljanju dobrih odnosov je medicinska sestra odgovorna nosilka in mediator pozitivnih funkcij (Chow et al., 2010).

Osebe s težavami v duševnem zdravju, ki so vključene v skupnostno obravnavo ter živijo in delujejo ob podpori medicinske sestre in drugih strokovnjakov, morajo v procesu obravnave usvojiti pet glavnih področij za samoobvladovanje bolezni, ki temeljijo na psihoedukaciji, vedenjsko-kognitivnih tehnikah za sprejemanje terapije, preventivi ponovitve simptomov, treningu socialnih veščin in na spoprijemalnih tehnikah (Elliot, 2011; Salyers et al., 2010).

Vloga medicinske sestre je pri vodenju in podpori pacientov nenadomestljiva, saj je pogosto edina, ki koordinira kontinuirano obravnavo v skupnosti. Njeno poznavanje zdravstvenovzgojnih intervencij prispeva k optimalnemu individualnemu načrtovanju zdravstvene nege v procesu obravnave in ga po potrebi prilagaja posamezniku.

Prihodnost bo zagotovo pokazala, kolikšne so potrebe po tovrstni obravnavi, ki je do pacienta bolj prijazna, zagotavlja in varuje njegove pravice ter omogoča aktivno življenje v domačem okolju. Institucionalna obravnavna naj bo omejena le na posameznike, ki jih nikakor, z nobeno preizkušeno metodo, ni mogoče potegniti iz začaranega kroga bolezni.

## **Sklep**

Strukturirani program skupnostne obravnave pacientov v našem prostoru kaže na večje potrebe po tovrstni obravnavi, saj zmanjšuje hospitalizacije,

stabilizira bivanje doma, izboljša učinek zdravljenja, ima vpliv na zaposlitev in kakovost življenja obolelih. Posamezniki se naučijo učinkovitih spoprijemalnih tehnik za samoobvladovanje bolezni ter doseganje zastavljenih ciljev ob podaljšanju remisij. Prav v skupnostni obravnavi pacientov je avtonomna vloga medicinske sestre nenadomestljiva.

## Literatura

1. Aderhold V, Greve N. Das bedürfnisangepasste behandlungsmodell – need adapted treatment model. *Soziale Psychiatrie*. 2044; 1: 5–8.
2. Baumann-Hölzle R. Leiden von chronisch kranken Menschen – was hilft? *Primary Care*, 2006; 6: 34–35.
3. Berger H. Chronisch psychisch krank – chronisch schlecht versorgt. Tagungsdokumentation. Fachhochschule Wiessbaden; 2005.
4. Chow W, Law S, Andermann L, et al. Multi-family psycho-education group for assertive community treatment clients and families of culturally diverse background: a pilot study. *Community Ment Health J*. 2010; 46: 364–71.
5. Dörner K. Der Umgang mit den chronisch Kranken – Folgen aus der Vergangenheit für die Zukunft. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*. 2003; 3: 139–40.
6. Dumke HO. Chronisch psychisch krank – chronisch schlecht versorgt? Zur Lage chronisch psychisch Kranken, 30 Jahre nach der Psychiatrie-Enqueten. Tagesdokumentation. Fachhochschule Wiessbaden; 2005.
7. Elliot R. Spirituality, mental health nursing and assesment. *JCN Mental Health*. 2011; 3: 4–11.
8. Gable NK, Stunson JM. Clinical pharmacist interventions on an assertive community treatment team. *Community Ment Health J*. 2010; 46: 351–55.
9. Kobentar R. Življenjski slog pacientov s kroničnimi duševnimi motnjami. V: Skela Savič B, Kaučič MB, Ramšak Pajk J, ur. Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega. Zbornik predavanj z recenzijo. 1. mednarodna znanstvena konferenca, 25. in 26. september, 2008 Bled. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008: 90–7.
10. Kortrijk HE, Muder CL, Roosenschoon BJ, Wiersma D. Treatment outcome in patients receiving assertive community treatment. *Community Ment Health J*. 2010; 46: 330–36.
11. Kotwicky JR, Compton TM. Key Features of a unique community psychiatry fellowship: the emory university fellowship in community psychiatry/public health. *Community Ment Health J*. 2010; 46: 403–8.
12. Pinninti RN, Fisher J, Thompson K, Steer R. Feasibility and usefulness of training assertive community treatment team in cognitive behavioral therapy. *Community Ment Health J*. 2010; 46: 337–41.
13. Salyers PM, McGuire BA, Rollins LA, Bond RG, Mueser TK, Macy RV. Intergrading assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness. *Community Ment Health J*. 2010; 46: 319–39.
14. Stanhope V, Matejkowski J. Understanding the role individual consumer-provider relationships within asertive community treatment. *Community Ment Health J*. 2010; 46: 309–18.
15. Švab V. Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: ŠENT-Slovensko združenje za duševno zdravje; 2004.

16. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos AR, et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*. 2010; 9: 67–77.

### **Drugi viri**

1. Interni dokument, Psihiatrična klinika Ljubljana. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2006.





# ZDRAVSTVENOVZGOJNO DELO V AMBULANTI ZA SRČNO POPUŠČANJE: ŽIVETI S KRONIČNO BOLEZNIJO

*Katja Janša-Trontelj, dipl. m. s.*

*Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za žilne bolezni  
katja.jansa.trontelj@siol.net*

## IZVLEČEK

Bolezni srca in žilja, kamor spada tudi srčno popuščanje, so vodilni vzrok obolevnosti in umrljivosti v svetu in pri nas. Kljub temu da ima srčno popuščanje pomembno epidemiološko razsežnost, pa mnogo bolnikov ni deležnih optimalne obravnave. Optimalno obravnavo takšnim bolnikom omogočajo ambulante za srčno popuščanje. Vključenost bolnikov s srčnim popuščanjem v takšno ambulanto zmanjšuje število hospitalizacij in umrljivost. Prva ambulanta za srčno popuščanje je bila v Sloveniji ustanovljena na Kliničnem oddelku za žilne bolezni Univerzitetnega Kliničnega centra v Ljubljani leta 1999 na pobudo prof. dr. Irene Keber. Ambulanta omogoča hiter dostop do specialistične obravnave bolnikom s srčnim popuščanjem ali sumom nanj. Sočasno z medicinsko oskrbo so ti bolniki deležni tudi ustreznega zdravstvenovzgojnega svetovanja in spremljanja ter imajo možnost vključitve v program ambulantne rehabilitacije.

**Ključne besede:** specialistična obravnava, ambulanta za srčno popuščanje, zdravstvena vzgoja, svetovanje

## UVOD

Srčno popuščanje (SP) ima pomembne epidemiološke razsežnosti. Ocenjujejo, da je v Sloveniji okrog 40.000 bolnikov s SP, vsako leto jih zboli okrog 8000. Pogostost SP s starostjo narašča, tako da oboli že 6–10 odstotkov prebivalcev, starih nad 65 let (Žagar-Barbič, 1999). Kljub številnim dokazano uspešnim oblikam zdravljenja pa podatki iz opazovalnih raziskav kažejo, da mnogo prizadetih bolnikov ni deležnih optimalne oskrbe (Lainščak, Korošec, 2003). Specializirane ambulante za srčno popuščanje (ASP) omogočajo, da se spoznanja iz večjih raziskav ustrezno prenesejo v klinično prakso. To so dokazale tudi raziskave o učinkovitosti

ASP. Vključitev v takšne ambulante zmanjša število hospitalizacij in umrljivost prizadetih bolnikov (Strömberg et al., 2004; Holland et al., 2005).

Namen prispevka je s pomočjo življenjskih aktivnosti Virginie Henderson predstaviti najpogostejše probleme, s katerimi se bolniki s srčnim popuščanjem srečujejo, in hkrati predstaviti tudi način njihovega reševanja.

## **AMBULANTA ZA SRČNO POPUŠČANJE**

Prvo ASP smo v Sloveniji na pobudo prof. dr. Irene Keber organizirali leta 1999 v okviru Kliničnega oddelka za žilne bolezni Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani. Ambulanta omogoča hiter dostop do specialistične obravnave bolnikov s SP (zdravljenje) ali sumom nanj (diagnostika). Sočasno z medicinsko oskrbo so bolniki deležni ustreznega zdravstvenovzgojnega svetovanja in spremljanja ter imajo možnost vključitve v program ambulantne rehabilitacije.

Specialistična obravnava vključuje vse diagnostične postopke (neposredno dostopni so ehokardiografija, obremenitveno testiranje, spirometrija, 24-urni neprekinjen EKG, 24-urno merjenje krvnega tlaka in 6-minutni test hoje, po potrebi pa tudi hitra napotitev na dodatne preiskave, npr. scintigrafijo srčne mišice ali koronarografijo) in ustrezno zdravljenje bolnikov (z zdravili, po potrebi tudi napotitev na invazivnejše posege ali sprejem v bolnišnico).

Zdravstvenovzgojno svetovanje bolnikom ter njihovim svojcem vključuje posredovanje informacij:

- o simptomih in znakih SP;
- o dejavnikih tveganja zanj in njihovem obvladovanju (z ustreznim življenjskim slogom in z zdravili) ter
- o prepoznavanju poslabšanja bolezni in reakciji ob tem.

Zdravstvenovzgojno svetovanje poteka individualno (vedno ob prvem pregledu ter po potrebi ob kontrolnih pregledih). Izvaja ga diplomirana medicinska sestra (MS). Spremljanje za zdaj vključuje obdobje klinične preglede v ambulanti, v prihodnje pa si – po zgledu organiziranosti podobnih dejavnosti v tujini – prizadevamo vzpostaviti telefonsko preverjanje bolnikovega zdravstvenega stanja. Ambulanta omogoča tudi vključitev v program celostne rehabilitacije za bolnike s SP, ki ponuja prilagojeno redno telesno vadbo, poleg tega pa še medicinsko spremljanje, dodatno zdravstvenovzgojno izobraževanje ter psiho-socialno podporo.

Ambulanta poskuša vzpostaviti dolgoročno, celostno in timsko obravnavo bolnikov. Želimo, da so bolniki seznanjeni s svojim zdravstvenim stanjem,

potekom bolezni in prognozo ter da so pripravljene na aktivno soočenje z boleznijo. Trudimo se, da so v proces našega dela, če je le možno, vključeni tudi bolnikovi svojci, saj bolnik nujno potrebuje njihovo podporo in razumevanje za uspešen spopad z boleznijo. Tim, ki deluje v ASP, sestavljajo zdravnik, MS in tudi fizioterapevt, kadar bolnik obiskuje ambulantno rehabilitacijo. Od leta 2004 v timu, kadar je to potrebno, sodeluje tudi psiholog.

Pri zdravstvenovzgojnem svetovanju se opiramo na osnovne življenjske aktivnosti po Virginii Henderson. S pomočjo teh aktivnosti lahko sistematično spregovorimo o vseh problemih, ki jih ima bolnik s SP. Zdravstvenovzgojno svetovanje vedno poteka individualno v obliki razgovora, bolnik prejme tudi brošuro, kjer je bolezen predstavljena in si jo lahko sam, pa tudi njegovi svojci, prebere/jo kasneje doma, ko to želi/jo.

## **Dihanje**

Dihanje pri bolnikih s SP zaradi zastoja tekočin v pljučih in s tem motene izmenjave plinov predstavlja enega najpogostejših problemov. Prvi znak SP je dispnoa. Bolniki oteženo, površno in pospešeno dihanje, sprva le ob naporu. Z napredovanjem bolezni se lahko dispnoa pojavi tudi v mirovanju. Dihanje bolnikov s SP je lahko povsem nepravilno, pri njem uporabljajo pomožno dihalno muskulaturo, imajo spremenjeno vrednost plinov v krvi, so lahko zmedeni, zaspani, utrujeni in razdražljivi. Zaradi neustrezne prekrvitve lahko koža postane bleda in cianotična.

Bolniku razložimo, da srce zaradi okvare ne zmore sprejeti vse krvi iz pljuč in je iztisniti v krvni obtok, zato tekočina v pljučih zastaja in povzroča težave pri dihanju. Svetujemo redno jemanje zdravil, ki pospešujejo odvajanje vode – diuretikov, po navodilu zdravnika. Ta zdravila težave z dihanjem zmanjšajo. Če pacient jemlje diuretik furosemid, naj ga vzame zjutraj in se za eno do dve uri vrne v posteljo. To zdravilo začne učinkovati eno uro po zaužitju, deluje šest do osem ur, vrh delovanja pa doseže dve uri po zaužitju. Učinek zdravila se poveča, če bolnik po zaužitju eno do dve uri leži. Če bolnik diuretik jemlje dvakrat na dan, naj ga vzame zgodaj popoldne, da se izogne motenemu spanju zaradi uriniranja ponoči. Bolnik se mora vsakodnevno tehtati, in sicer zjutraj, takoj ko sprazni mehur. Vedno naj se tehta v spodnjem perilu, tehtnica pa naj vedno stoji na istem mestu. Telesno težo si mora zabeležiti. Če se telesna teža poveča za več kot en kilogram v 24 urah in bolnik težje diha, to ne pomeni, da se je zredil, ker je užival preveč kalorično hrano, ampak da je prišlo do zastoja tekočin v telesu. V tem primeru lahko sam poveča odmerek diuretika. Svetujemo mu redno zračenje stanovanja in vzdrževanje

sobne temperature okoli 20 °C, pretopel in presuh zrak v prostoru motnje dihanja namreč pospešuje.

### **Prehranjevanje in pitje**

Pri bolnikih s SP pogosto opazamo, da so žejni, ne upoštevajo dietnih navodil, imajo premalo znanja, neustrezno izbirajo živila, ne upoštevajo načel zdrave prehrane, se ne držijo dietnega režima, kar vodi v slabo počutje in neustrezno telesno težo.

Bolniku svetujemo uživanje majhnih količin gostejše hrane večkrat na dan. Hrana naj bo lahka, revna z maščobami in bogata z balastnimi snovmi, vitamini in rudninami, ki jih je največ v sadju in zelenjavi. Pri pripravi hrane naj daje prednost tistim načinom, kjer dodajanje maščobe ni potrebno (kuhanje, dušenje v lastnem soku ipd.). Če hrano pripravlja sam, naj je med kuhanjem ne soli, ampak sol doda, ko je hrana že pripravljena. Hrane, ki je že soljena in so jo pripravili drugi, naj dodatno ne soli, saj sol zadržuje vodo v organizmu, kar vodi v pridobivanje telesne teže, edeme in oteženo dihanje. Sol v hrani je pri večini bolnikov s SP treba omejiti na 1,5 do 3 grame natrija dnevno (Žagar-Barbič, 1999).

Namesto soli naj bolnik uporablja začimbe, zelišča in limonin sok. Izogiba naj se konzervirane (golaž, juhe, omake itd.), preslane (čips, slani arašidi itd.), dimljene (salame, siri itd.) hrane in ostrih začimb. Po obroku naj bolnik počiva, da srce ni še dodatno obremenjeno. Če je bolnik predebel, mora z upoštevanjem redukcijske diete toliko shujšati, da se čim bolj približa normalni telesni teži.

Omejitev pitja tekočin je potrebna le pri bolnikih z napredovalim SP, kjer je že razvita hiponatremija. Za tiste bolnike s SP, pri katerih omejitev pitja tekočin ni potrebna, pa velja, naj s pitjem ne pretiravajo, oziroma naj se prevelikemu vnosu tekočin izogibajo.

Bolniki, ki imajo vnos tekočin omejen, naj glede vnosa upoštevajo zdravnikova navodila (običajno je dovoljeno 1,5 litra), pijejo naj malo, po požirkih, tako da občutek žeje mine in ustna sluznica ni izsušena. Pri vlaženju ust naj si pomagajo z omočenimi vatiranimi paličicami, lizanjem bombona brez sladkorja, srkanjem krhlija pomaranče ali limone. V vročih poletnih dneh in v primeru driske naj spijejo 0,5 litra tekočine več, kot jim je dovoljeno, saj več tekočine tudi izgubljajo. Bolnika opozorimo tudi na skrito tekočino, predvsem v sadju in redkejših jedeh, ki jo mora upoštevati. Pije lahko čaj in naravne sokove, odsvetujemo pa pitje gaziranih pijač. Pitje alkohola je prepovedano pri tistih bolnikih, pri katerih sumimo da je SP povzročil alkohol. Popolna abstinenca pri ostalih bolnikih ni potrebna,

dnevni vnos pa naj ne bi presegel ene pijače dnevno, kar pomeni kozarec vina ali piva dnevno.

### **Odvajanje in izločanje**

Presežek tekočin se v telesu bolnika s SP kaže z oligurijo – zmanjšano količino izločenega 24-urnega urina in prisotnostjo perifernih edemov. Zaradi slabše peristaltike, ki jo povzroča zastoj tekočine v trebušnih organih, in zaradi zmanjšane fizične dejavnosti bolniki pogosto navajajo napihnjenost, neugodne občutke v trebuhu, slabost, slab apetit, slabo počutje ter zaprtost z redkimi defekacijami.

Bolniku svetujemo vsakodnevno tehtanje in beleženje telesne teže. Zaželeno je, da vodi bilanco zaužite in izločene tekočine in ob zastoj tekočine ter povišanju telesne teže reagira z manjšim vnosom soli in tekočine ter dodatkom diuretika. Uživati mora lahko hrano z veliko balasta in se čim več gibati, saj to spodbuja peristaltiko. Odvajanje blata mora biti redno in mehko, saj napenjanje in težave ob nerednem odvajanju trdega blata dodatno obremenijo bolno srce. Ob zaprtju svetujemo uporabo blagega odvajala.

### **Spanje in počitek**

Pogosto bolniki s SP navajajo, da ponoči zaradi težav z dihanjem in večkratnega uriniranja slabo spijo, se zbujejo, ne najdejo pravega položaja v postelji, neredko noč presedijo in so zato čez dan utrujeni in zaspani.

Bolniku svetujemo, naj pred spanjem poskrbi za osebno higieno in primerno temperaturo (okoli 20 °C) in vlago (okoli 70 %) v prostoru. Psihičnih naporov naj se v večernih urah izogiba. Prostor naj pred spanjem prezrači. Poskrbi naj za dvignjeno vzglavje oziroma tak položaj telesa, ki mu ustreza in mu omogoča lažje dihanje.

### **Vzdrževanje normalne telesne temperature ter oblačenje in slačenje**

Bolniki s SP so lahko zaradi dispnoe pogosto tahikardni in se znojijo. Zmanjšan dotok krvi v okončine povzroči, da so le-te na otip hladne. S pretiranim oblačenjem se potenje še povečuje, kar vodi v slabo počutje in povečano možnost infekcije.

Bolniku svetujemo, naj nosi zračna oblačila iz naravnih materialov, ki ga ne utesnjujejo. Pri oblačenju naj ne pretirava. Ob pojavu mrzlih nog naj si dodatno zaščiti samo noge in ne vsega telesa. Obleko mora prilagoditi dejavnosti, ki jo

trenutno izvaja. Če so oblačila mokra, naj jih takoj zamenja ter kožo osveži in osuši, da prepreči infekcijo. Ob povišanju telesne temperature mora vzeti sredstvo za zniževanje in se o nadaljnji terapiji takoj posvetovati z zdravnikom; povišana telesna temperatura namreč dodatno obremenjuje srce in vodi v poslabšanje bolezni.

### **Izogibanje nevarnostim v okolju**

Bolniki s SP so lahko zaradi slabe prekrvitve možganov psihično spremenjeni, mnogi navajajo zmedenost, pozabljivost in neorientiranost. Prav tako jim pogoste težave predstavljajo spremenjen vid, sluh, otip in zaznavanje vonjav. Zaradi vseh navedenih problemov je možnost padcev in poškodb pri njih večja. Opažajo tudi suho, hladno, luskinasto in tanko, na periferiji tudi modrikasto kožo. Takšna koža nudi slabšo zaščito pred infekcijami in je hitro ranljiva. Slabše so prekrvljene tudi sluznice, kar zmanjšuje odpornost teh bolnikov in povečuje možnost infekcij.

Bolniku svetujemo, naj se izogiba del, kjer je možnost, da se bo poškodoval, večja. Če pri vstajanju, hoji, jemanju zdravil, opravljanju osebne higiene in drugih dejavnosti ni prepričan sam vase, naj mu ne bo težko prositi za pomoč. Svetujemo redno nego kože z mastnimi kremami. Nosi naj udobno obutev, ki ga ne tišči. Počiva naj z dvignjenimi nogami, saj spuščene noge povzročijo zastajanje tekočine v okončinah, s tem pa povečanje edemov in večjo možnost nastanka golenje razjede. Pomembno je vedeti, da vsaka poškodba kože in telesa lahko povzroči poslabšanje SP. Bolnik naj se izogiba zadrževanju v zaprtih prenatrpanih prostorih ter se proti gripi in pnevmokokni pljučnici preventivno cepi.

### **Koristno delo, razvedrilo in rekreacija**

Mnogi bolniki s SP menijo, da ne bodo več sposobni za nobeno koristno delo. Pogosto opažamo brezvoljnost, občutek brezkoristnosti, drugačnosti, prisotnost strahu, ne vedo kaj in koliko lahko delajo, ter kakšna oblika rekreacije in kdaj je za njih primerna.

Bolniku povemo, da bo moral svoje delo in rekreacijo prilagajati bolezni, nikakor pa to ne pomeni, da ne bo smel delati in se gibati. Stališče do telesne dejavnosti pri bolnikih s SP se je v zadnjih letih korenito spremenilo. Včasih je veljalo, naj bolniki s SP čim več počivajo, da zaščitijo bolno srce. Danes pa redna telesna vadba velja za obetajoč način zdravljenja teh bolnikov, saj jim pomembno poveča telesno zmogljivost in zagotavlja večjo kakovost življenja. Dolgotrajna telesna ne-dejavnost in mirovanje namreč poslabšujeta že tako okrnjeno telesno zmogljivost bolnikov s SP. Telesna dejavnost ni primerna le pri dekompenziranih bolnikih,

dokler ne dosežemo izboljšanja stanja, in pri nekaterih bolnikih z močno napredovalo boleznijo (Keber, 1998a).

Za bolnika s SP so primerne dejavnosti: dihalne vaje, lažje raztezne vaje, hoja, kolesarjenje, vožnja sobnega kolesa, hoja po tekočem traku, trening mišic na rokah s pomočjo ročnega kolesa in z majhnimi utežmi. Najbolje je, da bolnik vadi vsak dan, najmanj pa trikrat tedensko. Vadba naj traja 20-60 minut. Če bolnik tako dolgega treninga na začetku ne zmore, naj začne z nekaj-minutno vadbo, ki naj jo postopoma stopnjuje. Pred vadbo in po njej naj se nekaj minut ogreva in ohlaja v obliki lažjih raztezni in dihalnih vaj. Pri treningu naj upošteva najvišjo dovoljeno srčno frekvenco, ki mu jo je določil zdravnik, zato naj si srčni utrip med treningom večkrat izmeri, ali pa si pomaga z merilcem srčnega utripa, nameščenim na telo, ki ga na previsok srčni utrip opozori z alarmom (Keber, 2000). V dnevih, ko se dobro počuti, naj bo vadba daljša, kadar se počuti slabše in mora zaradi otekanja in težav z dihanjem vzeti več diuretika, naj več počiva. Posebej pomembno je, da počiva nekaj ur po zaužitju diuretika.

Bolniki v funkcijskem razredu NYHA I (New York Heart Association – Newyorško kardiološko društvo) so lahko zaposleni s polnim delovnim časom na delovnih mestih, ki ne zahtevajo ekstremnih in stalnih hudih telesnih obremenitev. Bolniki v funkcijskem razredu NYHA II lahko delajo na delovnih mestih, kjer so potrebne le lahke telesne dejavnosti. Bolniki v funkcijskem razredu NYHA III so sposobni za sedeče delovno mesto s skrajšanim delovnim časom, bolniki v funkcijskem razredu NYHA IV pa za delo niso sposobni (Keber, 1998b).

Glede spolne dejavnosti bolnikom svetujemo, da so lahko spolno dejavni, če nimajo težav pri vzpenjanju po stopnicah ali hitri hoji, oziroma jih sama dejavnost ne utruja preveč.

### **Učenje in pridobivanje znanja**

Pri bolnikih s SP pogosto opazamo pomanjkljivo znanje o bolezni, nemotiviranost zaradi številnih omejitev, nemoč in brezvoljnost za sprejemanje nasvetov ter tudi strah in izogibanje pogovoru o osebnem zdravstvenem stanju.

Bolnik mora vedeti, da je SP kronična bolezen, da pa lahko s pravilnim načinom življenja in doslednim jemanjem predpisanih zdravil prepreči poslabšanje bolezni in pomembno izboljša prognozo in kakovost življenja. Skrbeti mora za normalno telesno težo, urejenost sladkorne bolezni in krvnega tlaka, normalno vrednost maščob v krvi, redno telesno dejavnost, se izogibati stresnim situacijam in takoj prenehati s kajenjem. Z rednim jemanjem zdravil v predpisani količini



prepreči poslabšanje bolezni, doseže najboljši učinek zdravil in prepreči predoziranje. Predpisana zdravila pomagajo obolelemu srcu, lajšajo simptome bolezni in izboljšujejo kakovost življenja. Bolnik dobi tudi pisna navodila, kjer so opisani učinki zdravil in najpogostejši stranski učinki. Naučimo ga izmeriti krvni tlak in pulz in mu predstavimo telesne znake, ob katerih mora poiskati pomoč zdravnika. Ti znaki so:

- padec srčne frekvence v mirovanju pod 45 utripov na minuto,
- znižanje običajnega krvnega tlaka,
- vrtoglavica,
- pojav nerednega srčnega utripa,
- pojav suhega kašlja,
- slabost,
- motnje vida,
- bruhanje,
- povečano otekanje nog, ki kljub ustreznim ukrepom (dvig nog, povečanje odmerka diuretika) ne izgine,
- zmanjšano izločanje urina,
- nenadno pogostejše uriniranje ponoči,
- otekanje trebuha,
- povišanje telesne teže in
- povišana telesna temperatura.

Bolnikom svetujemo, naj imajo v stanovanju na vidnem mestu napisano številko osebnega zdravnika in nujne medicinske pomoči. Poznavanje bolezni, dejavnikov tveganja, zdravil in ukrepanja je zelo pomembno tudi za bolnikove svojce, katerih pomoč in podpora bolnik s SP potrebuje.

## **Razprava**

Število bolnikov s SP, kronično boleznijo srca, ki slabša kakovost življenja in povzroča številne, dolgotrajne, ponavljajoče in drage hospitalizacije, v svetu in tudi v Sloveniji narašča.

V razvitih državah so izračunali, da zdravstvene zavarovalnice samo za zdravljenje SP vsako leto namenijo kar 1–2 % letnega proračuna, večji del za ponavljajoče, pogoste hospitalizacije teh bolnikov (Berry et al., 2001).

V nekaterih evropskih državah (Švedska, Velika Britanija) in ZDA ter Kanadi



so se s problemom SP že uspešno spoprijeli. Velika Britanija in ZDA imata organizirano podiplomsko izobraževanje za MS, s katerim se specializirajo za vodenje bolnikov s SP, na Švedskem pa to znanje pridobijo z 10-tedenskim tečajem, ki poteka v okviru univerze. Večina bolnišnic na Švedskem ima zaposlene MS, ki so specializirane za vodenje bolnikov s SP. Delo take MS vključuje spremljanje bolnika s SP ter učenje pacienta in njegovih svojcev. V 66 % bolnišnic na Švedskem MS vodijo ambulate za SP. Te ambulate omogočajo spremljanje bolnikov s SP po odpustu iz bolnišnice, učenje bolnikov in njihovih svojcev ter telefonsko svetovanje; večina MS ima tudi dovoljenje za spreminjanje medikamentozne terapije. MS imajo v timu, ki spremlja bolnike s SP, torej zelo pomembno vlogo (Stromberg et al., 2001).

Pred kratkim sva si s kolegico iz ASP bolnišnice Golnik, z željo, da bi izboljšali delo v tovrstnih ambulantah v Sloveniji, delovanje ASP na Univerzitetni kliniki v Švedskem Linköpingu pri gospe Stromberg tudi ogledali. V ASP prihajajo bolniki po naročilu kardiologa ali splošnega zdravnika. Ambulanto vodi MS z opravljeno specializacijo iz SP in posebnim dovoljenjem predstojnika oddelka za izvajanje določenih nalog (titracija zdravil za SP, naročanje krvnih preiskav itd.). Zdravnik kardiolog je medicinski sestri na voljo za konzultacijo v težjih primerih, enkrat tedensko pa imajo skupne timske sestanke, kjer se pogovarjajo o bolnikih, ki so jih medicinske sestre v ASP v tekočem tednu obravnavale. Skupaj izdelajo načrt nadaljnje obravnave posameznega bolnika. Po potrebi v timu sodelujeta tudi dietetik in fizioterapevt. Kardiološki pregled opravijo le bolniki, ki čakajo na transplantacijo srca, in sicer ob vsakem drugem obisku v ASP, sicer MS vse delo z bolnikom opravi sama. Vsebina zdravstvenovzgojnega svetovanja se ne razlikuje od vsebin, ki jih podajamo bolnikom v Sloveniji. Bistveno, kar nepredstavljivo razliko med Slovenijo in Švedsko pa predstavlja čas, ki ga MS lahko nameni posameznemu bolniku. Prvi obisk pri MS v ASP traja 60, kontrolni pa 30 minut. MS se sama odloči, katere informacije bo podala bolniku, glede na njegovo predznanje in aktualne probleme. Število obiskov v ambulanti je odvisno od posameznega bolnika in njegovih potreb. Vedno pride bolnik na vsaj dva obiska, število navzgor pa ni omejeno. MS so bolniku vsak delovni dan dopoldne na voljo tudi za telefonsko svetovanje. Bolnikom v ASP lahko MS ponudi raznovrstna zdravstvenovzgojna gradiva, enotna za vso državo, v krajši, zgoščeni ali daljši, obširnejši različici, kar pa v Sloveniji predstavlja vsakdanji problem, saj zdravstvenovzgojnih gradiv vedno primanjkuje. Večina bolnikov si na enem od obiskov ogleda tudi interaktivno zgoščenko o SP, kjer so na zanimiv način predstavljeni dejavniki tveganja, vzroki in znaki SP ter možnosti farmakološkega in nefarmakološkega zdravljenja. Prevod omenjene zgoščenske bi za majhno Slovenijo predstavljal prevelik finančni zalogaj.

## Sklep

Število bolnikov s SP, kronično boleznijo srca, je zaradi staranja populacije, zviševanja življenjske dobe in boljšega zdravljenja koronarne bolezni vsako leto višje. Zaradi slabe kakovosti življenja teh bolnikov, visokih stroškov zdravljenja in tudi visokih stroškov ponavljajočih se hospitalizacij predstavlja SP tako v svetu kot v Sloveniji poleg zdravstvenega tudi velik socialni in ekonomski problem. Ta problem je mogoče obvladati le z dobro organizacijo, pravočasnim preprečevanjem in odkrivanjem, sodobnim načinom zdravljenja, zdravstveno vzgojo bolnikov in svojcev ter ozaveščanjem javnosti. Iz izkušenj vemo, da ti bolniki pogosto jemljejo zdravila malo po svoje, da imajo težave s kontrolo vnosa tekočin, nadzorovanjem telesne dejavnosti in podobno. Sama po sebi se tako vsiljuje misel, da bi boljši nadzor nad omenjenimi težavami lahko upočasnil poslabšanje bolezni, zmanjšal število ponovnih sprejemov v bolnišnico in izboljšal kakovost življenja tem bolnikom. MS mora imeti za delo z bolnikom s SP poleg sposobnosti dobre verbalne in neverbalne komunikacije in osnovnega znanja zdravstvene nege še dodatna znanja s področja zdravstvene nege kardiovaskularnega bolnika. Celovitega znanja s področja zdravstvene nege kardiovaskularnega bolnika v Sloveniji s pomočjo podiplomskega specialističnega študija še vedno ni mogoče pridobiti. Prav zato, da bi se tudi v Sloveniji stvari premaknile, je v zadnjem letu v okviru Sekcije medicinskih sester v angiologiji in kardiologiji začela z delom skupina za srčno popuščanje. Namen skupine je poenotiti delo v ASP, pripraviti katalog znanj, ki ga mora imeti MS, ki deluje v taki ambulanti, in pripraviti enoten zdravstvenovzgojni pristop za bolnike, ki jih v teh ambulantah vodijo.

V naše vsakdanje delo bi po švedskem vzoru morali vključiti bolj sistematično obravnavo bolnikov s SP in izdelati enotno računalniško dokumentacijo na področju zdravstvene nege za vso državo. Nujno bi bilo tudi zagotoviti možnost telefonskega svetovanja bolnikom. MS, ki delajo z bolniki s SP, bi bilo treba tudi časovno omogočiti takšen način dela, kot ga imajo na Švedskem.

## LITERATURA

1. Berry C, Murdoch D, McMurray J. Economics of chronic heart failure. *Eur J Heart Failure*. 2001; 3(3): 283–91.
2. Holland R, Battersby J, Harvey I, et al. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart*. 2005; 91: 899–906.
3. Keber I. Rehabilitacija bolnikov s srčnim popuščanjem in ocena delazmožnosti. V: Srčno popuščanje: zbornik predavanj, Nova Gorica, 9. in 10. oktober 1998. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, sekcija MS in ZT v kardiologiji in angiologiji, 1998a: 12–4.
4. Keber I. Kronično srčno popuščanje. V: Ocenjevanje delovne zmožnosti, invalidnosti in telesne okvare pri kardioloških bolnikih. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije, 1998b: 135–41.

5. Keber I. Telesna vadba pri bolnikih s srčnim popuščanjem. V: Lepota gibanja tudi za zdravje. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, 2000: 267–72.
6. Lainščak M, Korošec B. Uporaba zdravil in kakovost življenja bolnikov v ambulanti za srčno popuščanje. Zdrav Vestn. 2003; 72: 265–9.
7. Stromberg A, Martensson J, Fridlund B, Dahlstrom U. Nurse-led heart failure clinics in Sweden. Eur J Heart Failure 2001; 3(1): 139–44.
8. Strömberg A, Dahlström U. Heart failure clinics have decreased mortality and hospitalisation rates in Sweden. Eur Heart J. 2004; 25(15): 1368–9.
9. Žagar-Barbič B. Medikamentozno zdravljenje srčnega popuščanja. V: 5. Krkini rehabilitacijski dnevi: zbornik predavanj, Otočec 1999. Krka zdravilišča; 1999: 79.



# OPOLNOMOČENJE PACIENTA S KRONIČNO BOLEZNIJO

*viš. pred. mag. Tamara Štemberger Kolnik, dipl. m. s., ET*

*Zdravstveni dom Koper  
Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju  
tamara.stemberger@gmail.com*

## IZVLEČEK

V prispevku avtorica predstavi zdravje in odgovornost posameznika do lastnega zdravja. Govori o vplivu fizičnih, socialnih in okoljskih dejavnikov na zdravje. Promocija zdravja in zdravstvena vzgoja sta predstavljeni kot ključni komponenti ohranjanja zdravja ter opolnomočenja pacientov s kronično boleznijo za kakovostno življenje in rehabilitacijo. Avtorica na podlagi pregleda literature predstavi zdravstvenovzgojno delo na dveh različnih vzorcih pacientov s kroničnim obolenjem. Na eni strani predstavlja pacienta s stomo in individualni pristop pri zdravstvenovzgojni obravnavi, na drugi strani pa pacienta s previsoko telesno težo in skupinski pristop pri zdravstvenovzgojnem delu.

**Ključne besede:** zdravje, zdravstvena vzgoja, pacient s kronično boleznijo

## Teoretična izhodišča

Zdravje kot pojem je bilo prek zgodovine definirano na zelo različne načine. Od tega, da so ga pojmovali kot stanje telesa pri odsotnosti bolezni, do definicije Svetovne zdravstvene organizacije v letu 1946, ki opredeljuje zdravje kot stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja (Zaletel-Kajgel, et al., 2007). Danes vemo, da je zdravje pojem, ki zajem veliko širšo strukturo. Govorimo o zdravju kot dinamičnem ravnovesju telesne, duševne, čustvene, duhovne, osebnostne in socialne komponente, ki se kaže v zmožnosti neprestanega opravljanja funkcij in prilagajanja okolju. Zdravje je vrednota, ki jo Slovenci v javnomnenjskih raziskavah postavljamo na eno najpomembnejših mest (Toš, 2003), in je odvisna od številnih dejavnikov, na katere ima posameznik večjo (življenjski slog, socialno, ekonomsko, delovno in širše okolje) ali manjšo (spol, starost, genetske dispozicije) možnost vplivanja. Zdravje je dober motivacijski dejavnik za izvajanje preventivnih ukrepov in spreminjanje življenjskih navad posameznikov. Med preventivne ukrepe, ki sodijo v ohranjanje zdravja, raziskovalci (Jeriček

Klanšček et al., 2008) uvrščajo zdravo prehrano, redno športno dejavnost, odsotnost kajenja ter uživanja alkohola in drog, čim manj stresno življenje in druge. Zdravje se neizbežno povezuje s kakovostjo življenja, ki ga definirajo praktično vsa področja človekovega življenja; poleg zdravja še okolje, bivanje, delo in delovno mesto, družina in družinski odnosi (Zajec, 2009). Musek (2002) pa je prepričan, da vsi sociološki in ekonomski kazalci kakovosti življenja »odpovedo«, dokler jim ne pridružimo enega, ki pa je ključne narave – psihološkega. Praper (1996) povezuje psihologijo z zdravjem in zdravljenjem ter pravi, da je v Sloveniji, kjer se je zdravstvo v zadnjih tridesetih letih razvilo do zavidljive ravni, klinična psihologija dobila svoj prostor – ne le ob psihiatriji, ampak tudi v osnovnem zdravstvu, v pediatričnih in drugih dispanzerjih. Prepričan je, da so to hkrati tudi področja, kjer se je zdravstvena psihologija v Sloveniji začela razvijati mnogo pred tem, ko so si zanjo drugje izmislili ime. Enova (2010) povzema Brannona in sodelavce iz leta 1997, ki so navedli prepričanje Cannona: ta je že leta 1932 navedel, da čustva lahko sprožijo fiziološke spremembe, povezane z nastankom telesne bolezni. Prav tako Enova (2010) navaja Flanders-Dunbarjevo iz leta 1943, ki je razvila tezo o povezavi osebnosti in bolezni, ter omenja obdobje Aleksandra Velikega, v katerem so verjeli, da so bolezni, kot so peptični ulkus, revmatoidni artritis, hipertenzija, astma, hipertireoidizem, nevrodermitis in ulcerativni kolitis, psihosomatskega izvora. Zdravstvena psihologija zagovarja stališče, da imajo telesne bolezni čustvene in psihološke komponente ter da se psihološki dejavniki prepletajo s somatskimi, kar privede do razvoja bolezni. Zdravstvena psihologija je relativno nova disciplina znotraj psihologije in je povezana ter se prepleta z vedenjsko medicino in vedenjskim zdravjem. Zdravstvena psihologija vsebuje prispevek psihologije k izboljševanju zdravja, preventivi in zdravljenju bolezni, identifikaciji rizičnih dejavnikov, izboljševanju zdravstvenega sistema in oblikovanju javnega mnenja glede zdravja (Enova, 2010). Z vključevanjem zdravstvene psihologije na področje zdravstvenih ved se izboljšuje preventiva, diagnosticiranje, terapija in rehabilitacija različnih obolenj.

Cilj prispevka je predstaviti promocijo zdravja in zdravstveno vzgojo kot temelja za opolnomočenje pacienta s kroničnim obolenjem.

### **Promocija zdravja**

Sussex, Herne in Scourfield (2008) opredeljujejo promocijo zdravja kot proces dejavnosti, ki omogočajo posamezniku ali skupini, da povečuje nadzor nad lastnim zdravjem, ga ohranja in izboljšuje. Svetovna zdravstvena organizacija je že leta 1986 na internacionalni konferenci o promociji zdravja v Ottawi opredelila promocijo zdravja kot proces, ki ljudem omogoča, da povečajo nadzor nad

svojim zdravjem ter dosežejo izboljšanje zdravja. Zdravje postane tako pogoj za vsakodnevno življenje in ne le posledica življenja, saj posameznik ali skupnost zna prepoznati in uresničiti pričakovanja, zadovoljiti potrebe ter se prilagoditi in obvladati okolje. Ključne dejavnosti promocije zdravja so usmerjene v ustvarjanje zdrave javne politike, ustvarjanje spodbudnega podpirajočega okolja, krepitev sodelovanja javnosti, razvijanje osebnih sposobnosti posameznika in preoblikovanje zdravstvenih služb (World Health Organization, 1986.)

Dober primer programa, ki je implementiran v slovenskem prostoru, je program za preventivo bolezni srca in ožilja – CINDI (Countrywide Integrated Non-communicable Diseases Interventions). Vemo, da so bolezni srca in ožilja na prvem mestu kot vzrok umrljivosti, dejavniki tveganja za njihov nastanek pa v velikem porastu. Za zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja za nastanek bolezni srca in ožilja in spodbujanje pozitivnih kazalnikov zdravja je program usmerjen v individualno in skupinsko obravnavo pacientov, zajema pa tudi možnosti in programe za delovanje v skupnosti (Govc-Eržen, 2005).

### **Zdravstvena vzgoja**

Zdravstvena vzgoja spada v področje javnega zdravstva in je metoda dela v preventivni medicini ter zdravstvenih strokah. Je samostojna disciplina, ki jo opredeljujejo cilji, metode, sredstva, kader, organizacija dela in raziskovalno delo. Je ena od disciplin, ki se tesno povezuje z drugimi znanostmi (andragogiko, didaktiko, sociologijo, psihologijo, statistiko, teorijo vzgoje, ekologijo, komunikologijo, ekonomijo in drugimi) ter uporablja njihova spoznanja. Zdravstvena vzgoja je stalen proces, ki se ne omejuje na posamezno akcijo, posamezno časovno obdobje ali posamezno populacijo. Je proces, ki se nenehno prilagaja spremembam okolja in družbenim navadam (Hoyer, 2005). Piper in Brown (1998) trdita, da je zdravstvena vzgoja sestavni del zdravstvene nege. Z zdravstvenovzgojnim delom medicinske sestre pripomorejo k zdravstvenemu opismenjevanju posameznika, kajti le tako lahko posameznik prevzame svoj del odgovornosti za lastno zdravje. Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije zdravstvena pismenost predstavlja skuppek kognitivnih in socialnih spretnosti, ki determinirajo posameznikovo motivacijo za dostop do informacij, za razumevanje pridobljenih informacij ter njihovo kritično rabo na način, ki spodbuja in ohranja dobro zdravje. Zdravstveno pismen je posameznik, ki je sposoben razumeti zgodnje simptome bolezni, poiskati pravega zdravnika, pa tudi razumeti pomen natančnega upoštevanja navodil za zdrav življenjski slog ali za jemanje predpisane terapije (Dernovšček Hafner, 2010). Zdravstvena vzgoja je del splošne vzgoje in pomemben dejavnik napredka posameznika in celotne skupnosti. Zdravstvena vzgojenost je odraz splošne

izobrazbe in kulture posameznika ter celotnega naroda (Hoyer, 2005). Sussex, Herne in Scourfield (2008) pravijo, da zdravstvena vzgoja pomaga pacientom, da razvijejo znanja, naravnost in spretnosti, ki jih potrebujejo, da učinkovito ohranjajo zdravje in preprečujejo bolezni, kar lahko imenujemo opolnomočenje pacienta za življenje s kroničnim obolenjem oziroma za ohranjanje zdravja. Glede na navedeno lahko povzamemo, da je prispevek medicinskih sester k zdravstveni pismenosti posameznikov zelo velik. Zdravstvena vzgoja, ki pripomore k zdravstveni pismenosti posameznika, se odvija ob vsakršnem stiku medicinske sestre s pacientom, ne glede na to, ali govorimo o zdravem človeku, o pacientu s kroničnim oziroma akutnim obolenjem ali o pacientu s poškodbo. Zdravstvenovzgojno delo se ob ostalem delu medicinske sestre odvija individualno ali skupinsko, načrtovano ali nenačrtovano.

Načrtovano se izvaja v vseh starostnih obdobjih, saj Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) predvidevajo zdravstvenovzgojne programe v vseh ranljivih skupinah prebivalstva. Seveda so se programi v teku let prilagajali in dopolnjevali, na to pa so vplivali posamezniki v svojem delovnem okolju.

### **Posebnosti zdravstvenovzgojnega dela z odraslo populacijo**

V prispevku se osredotočamo na opolnomočenje pacienta s kroničnim obolenjem. Poglobili bomo pogled na zdravstvenovzgojno delo z odraslim pacientom, za katerega je Kigerjeva (2004) prepričana, da se razlikuje od zdravstvene vzgoje otrok zaradi različnih vzrokov, ki vključujejo tako fizične kot psihološke vidike. Ni nujno, da se kognitivne sposobnosti posameznika s starostjo spreminjajo, vsekakor pa nastopijo določene fizične spremembe, ki vplivajo na proces učenja. Na primer: po starosti štirideset let se začne proces slabovidnosti, po petdesetem letu lahko začne pešati sluh. Zaradi sprememb v živčno-mišičnem sistemu se s starostjo podaljša odzivni čas, kar privede do tega, da starejši pacienti potrebujejo daljši čas za dojetanje podanih navodil ali da se odzovejo na postavljena vprašanja. Se pa ne zmanjša natančnost opravljenega dela. Če starejšim pacientom damo možnost časovnega prilagajanja, prav tako izvedejo določeno nalogo. Kigerjeva (2004) opozarja na psihološke vidike, ki so izrazitejši pri odrasli populaciji in vplivajo na proces pacientovega učenja. V prvi vrsti lahko omenimo samopodobo posameznika, ki je neizbežno okrnjena ob vstopu v zdravstveno ustanovo, pojavi se občutek podrejenega položaja do zdravnika ali ostalega zdravstvenega osebja. Poleg tega se odrasli pacient v času bolezni počuti negotovega in ranljivega, kar znižuje stopnjo samozaupanja. Odrasli pacient ima oblikovan svoj socialni status, ki je povezan z zaposlitvijo, ekonomskim statusom in drugimi dejavniki, ta pa je zaradi



obolenja lahko ogrožen. Vsi omenjeni dejavniki lahko vodijo do okrnjene samozavesti pacienta.

Prav tako ima vsakdo oblikovan svoj pogled na proces staranja. »Starega osla se ne dà učiti novih veščin« je pregovor, ki ga lahko odrasli pacient uporabi kot izgovor za odklanjanje učenja novih veščin. Velik vpliv na učenje novih veščin ali sprejemanj zdravstvenovzgojnih priporočil imajo lahko pretekle izkušnje pacientov, ki jih imajo še iz šolskih dni. Če so bile izkušnje z učenjem negativne, je velika verjetnost, da bodo tudi v starejšem obdobju pacienti odklanjali učenje. Avtorica opozarja tudi na socialno preteklost učitelja in učenca (v tem primeru medicinske sestre in pacienta). Razlike med socialnimi izkušnjami udeležencev lahko vplivajo na proces učenja. Odrasli imajo že oblikovano obnašanje, s katerim lahko nadzorujejo svojo prihodnost. Temu pa botrujejo tudi različni pogledi na zdravje, bolezni in učenje. Za uspeh pri učenju imajo pomembno vlogo še motivacija, volja in zmožnosti pacienta (Kiger, 2004). Navedene posebnosti je treba upoštevati v primeru individualne zdravstvene vzgoje in v primeru skupinske obravnave pacientov s kronično boleznijo. Zdravstvenovzgojni programi oziroma zdravstvenovzgojno delovanje medicinskih sester lahko poteka kot skupinska ali individualna oblika dela.

### **Zdravstvenovzgojna obravnava pacienta s kroničnim obolenjem v skupini**

Skupinska oblika dela ima določene prednosti za uspešno učenje, saj, kot pravi Koboltova (2009), skupina opredeli socialno mrežo, v kateri se posameznik udeležuje kot socialno bitje, se v njej uči biti otrok, mladostnik, sorojenec, vrstnik, partner, starš, sorodnik, prijatelj, sodelavec. Skupine so socialna okolja, v katera vstopa človek vse življenje, od družine do vrstniških skupin pred časom in v času šolanja, neformalnih vrstniških skupin v obdobju identitetnega zorenja, delovnih skupin in oblikovanja sekundarne – nove družine, v kateri prevzame vlogo partnerja, starša in drugo. Skupine so sprožilo človekovega socialnega življenja. Kigerjeva (2004) poudarja, da se v zdravstvu vedno bolj uveljavlja skupinska oblika dela s pacienti, saj lahko v takih skupinah pacienti pridobijo veliko podatkov glede zdravega življenjskega sloga in vpliva dejavnikov tveganja na zdravje. Vsekakor pa skupinsko delo v zdravstvu ni novost, saj so že leta 1947 opisovali prve poskuse skupinskega zdravstvenovzgojnega dela na temo prehrane dojenčkov.

Osredotočimo se na pacienta z debelostjo, ki se za spreminjanje življenjskih navad odloči sam oziroma mu možnost ponudi njegov zdravnik, ponujeno možnost pa lahko sprejme ali pa ne. Paciente z debelostjo obravnavajo medicinske sestre v programih Zdravega hujšanja v zdravstvenih domovih po vsej Sloveniji. V omenjenih programih se debelost obravnava v skupinah do največ 15 udeležencev.

V terapevtskih skupinah, takih, kot se oblikujejo ob obravnavi debelih pacientov, udeleženci enako kot v vsakdanjem življenju razvijejo občutek pripadnosti, se med seboj kohezivno povezujejo, predvsem pa terapevtska skupina predstavlja zrcaljenje za vsakega posameznika in mu omogoča soočanje s problemi (Praper, 2008). Štemberger Kolnik (2011) v raziskavi ugotavlja, da so debeli pacienti, četudi so se sami odločili za skupinski pristop k reševanju njihovega zdravstvenega problema, v veliki zadregi, ko v skupini izpostavijo osebne težave in probleme. Težko se soočajo že s samo telesno težo, ki zanje predstavlja spremenjeno telesno podobo. Ob ustvarjanju pripadnosti in občutka varnosti v skupini pacienti ugotovijo, da lahko svoj problem brez sramu podelijo z udeleženci skupine. Še več, ugotovijo, da za reševanje lahko najdejo ustrezno rešitev iz izkušenj soudeležencev v skupini. Avtorica poudarja, da je pri zdravstvenovzgojnem delu pomembno upoštevati motivacijo in osebne interese posameznih pacientov. Spremembo življenjskih navad, tako prehranskih kot glede telesne dejavnosti, je treba s pomočjo individualnih načrtov integrirati v posameznikov vsakdanjik. Torej tudi skupinska obravnava pacienta v ključnih komponentah zahteva individualni pristop. Prekomerno težki ljudje, ki vstopajo v programe zdravega hujšanja, so pogosto poskušali shujšati že večkrat v preteklosti. Hujšanje je bilo dolgoročno neuspešno, ker so posegali po hitro učinkujočih, nizko kaloričnih dietah. V Šolah zdravega hujšanja je proces dolgotrajen, kar pomeni, da udeleženci delavnic počasi spreminjajo življenjske navade, posledično pa nižajo telesno težo. Vpliv sprememb, ki jih pacient vnaša v svoj vsakdanjik, se odraža tudi v njegovi družini. Pacienti v raziskavi, ki jo predstavlja Štemberger Kolnikova (2011), govorijo o spremembah, ki so jih opazili pri družinskih članih. Tako možje/žene kot otroci spreminjajo prehranske navade in dajejo večji pomen telesni aktivnosti. Zdravstvenovzgojno delo se tako odraža na vsej družini, ne le pri posamezniku, ki se je odločil narediti spremembe v svojem življenju. Programi za zdravo hujšanje se odvijajo predvidoma tri mesece, kar je za spremembo življenjskih navad in utrditev spremembe v življenju prekratko časovno obdobje; to potrjujejo tudi pacienti, ki so sodelovali v intervjujih omenjene raziskave. Celostna sprememba življenjskega sloga na področju prehrane, telesne aktivnosti in obvladovanja stresnih situacij je kompleksen proces, ki zahteva motivacijo s strani pacienta, podporo s strani svojcev in podporo strokovnjakov. Za uspeh je potreben multidisciplinaren pristop različnih strokovnjakov.

### **Zdravstvenovzgojna obravnava pacienta s kroničnim obolenjem – individualni pristop**

Poglejmo primer individualne obravnave pri pacientu s stomo, ki predstavlja posebnost zdravstvene nege in zdravstvenovzgojnega dela v okviru oskrbe v

bolnišnici in na domu. Pri pacientu s stomo se namreč ne pojavijo težave samo na telesni ravni (odvajanje blata ali urina na trebušni steni), ampak tudi na ravni sprejemanja sebe s spremenjeno telesno podobo in integracije v socialno življenje ob tako spremenjeni telesni podobi. Za pacienta je v ranljivem obdobju prilagajanja na novo življenjsko situacijo s strani medicinske sestre pomembno medsebojno spoznavanje, saj vzpostavljata odnos zaupanja. V tem odnosu je komunikacija ključna, saj je nujno upoštevanje čustvene obremenjenosti pacienta in učinkovito podajanje informacij v pravem trenutku (Štemberger Kolnik, Majcen Dvoršak, Goričan, 2009). Medicinska sestra oblikuje načrt zdravstvenovzgojnega dela, ki temelji na prepoznavanju pacientovih spretnosti, kreativnosti (iznajdljivost) in njegovih intelektualnih sposobnosti. Le tako lahko učinkovito izvede zdravstvenovzgojno delo, ki bo pripomoglo k zadovoljevanju pacientovih zdravstvenih potreb (Kiger, 2004). Raziskovalci so dokazali, da pri zdravljenju pacientov s stomo ni dovolj, da jim zdravnik z radikalno operacijo podaljša življenje, ampak ima velik pomen kakovost življenja pacienta po operaciji, saj s tem lahko napovedujemo tudi dolžino njihovega življenja (Conroy, Uwer, Deblock, 2007). Štemberger Kolnik in Majcen Dvoršak (2010) prav tako ugotavljata, da je zdravstvenovzgojno delo s pacientom s stomo nujno in da ga lahko učinkovito izvede le usposobljena medicinska sestra enterostomalna terapevtka, saj ga le ta lahko vključi v širok spekter svojih znanj, ki ga prilagodi potrebam posameznega pacienta s stomo. Pacient s stomo potrebuje različne pristope in vsebine, ki so vezane na obdobja po operativnem posegu. V bolnišnici mora pridobiti znanja, nujno potrebna za oskrbo stome, v domačem okolju pa se pacient začne socializirati in soočati z mnogimi drugimi vprašanji, ki so povezana z njegovo prehrano, telesno dejavnostjo, spolnostjo, socialnim življenjem in drugimi, z zdravim življenjskim slogom povezanimi dejavniki. Avtorici sta ugotovili, da je ob podajanju znanja, tako v bolnišnici kot na terenu, nujna čustvena komponenta. Pacienti že v bolnišnici razmišljajo o svojih občutkih, spremembah vrednot ter oblikujejo svoja stališča in prepričanja. V procesu prilagajanja na življenje s stomo se v pacientu dogajajo veliki čustveni in vrednostni premiki. Pacient si v prvi vrsti prizadeva sprejeti samega sebe s spremenjeno telesno podobo, predvsem pa biti sprejet med sebi dragimi ljudmi, najprej v družinskem krogu, kasneje pa, s širjenjem socialne mreže, med starimi in novimi prijatelji. Vsekakor imajo pri sprejemanju življenja s stomo prednost zdravstveno bolj pismeni ljudje, kar pa je odvisno od navad in življenja pred samo operacijo. Štemberger Kolnik in Majcen Dvoršak (2011) poudarjata, da je pri zdravstvenovzgojnem delu s pacienti s stomo pomembno podpreti potrebe, ki se neizbežno pojavijo z operativnim posegom, ter jih povezati s kazalniki pozitivnega zdravja, ki so pomembni za preprečevanje morebitnih drugih kroničnih obolenj ali ponovitve osnovnega obolenja. To opozarja na usmerjanje zdravstve-

novzgojnega dela na medicinskih sester na ozko usmerjena področja, manj pa na celostno obravnavo pacienta.

## Sklep

V današnjem hitrem toku življenja, ki je usmerjen v pridobivanje materialnih dobrin, s tem pa izpostavljen pogostejšim stresnim situacijam, nezdravemu načinu prehranjevanja, kajenju, tveganemu pitju alkohola, telesni nedejavnosti in pomanjkanju vseh drugih kazalnikov pozitivnega zdravja, je porast kroničnih obolenj neizbežen. Čeprav ljudje pogosto trdijo, da je zdravje vrednota, ki je najpomembnejša v njihovem življenju, lahko hitro ugotovimo, da pravzaprav za svoje zdravje zelo malo storijo. Za povezavo socialnih determinant zdravja in vedenja ljudi v oblikovanju zdravega načina življenja lahko veliko naredijo medicinske sestre. Za to imamo vzrode v vseh nacionalnih programih za promocijo zdravja in zgodnje odkrivanje bolezni. Izreden učinek pa ima zdravstvenovzgojno delo, ki se integriira v vse procese dela medicinskih sester, predvsem pri rehabilitaciji pacientov s kroničnim obolenjem, ki jim kljub temu omogoči kakovostno življenje. Pristopi k zdravstvenovzgojnemu delu so lahko zelo različni, pri vseh pa so skupne značilnosti, ki so povezane s potrebami posameznega pacienta, z ohranjanjem in spoštovanjem pacientove integritete, s poglobljenim strokovnim znanjem medicinskih sester in z upoštevanjem družinskega in socialnega okolja, v katerem pacient živi. Za celostni pristop k spremembam, ki jih pacient vnaša v svoje življenje, ker je to sam želel ali ker ga je v to prisilila narava obolenja, je potrebna obravnavna s strani različnih strokovnjakov. Ti pa lahko uspejo le s timskim pristopom do pacienta, v katerem jih vodi skupni cilj, to je dvig kakovosti življenja pacienta.

## Literatura

1. Conroy T, Uwer L, Deblock M. Health-related quality-of-life assessment in gastrointestinal cancer: are results relevant for clinical practice. *Curr Opin Oncol*. Jul. 2007; 19(4): 401–6.
2. Dernovšček Hafner N. Zdravje nižje izobraženih delavcev. In: Molan M, Dodič Fikfak M. ed. *Izbrane teme o duševnem zdravju*. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela prometa in športa. Združenje za medicino dela, prometa in športa. 2010; 8(1): 139–156.
3. Enova D. Vloga zdravstvene psihologije v biopsihosocialnem modelu zdravja in bolezni. *Zbornica kliničnih psihologov Slovenije*. Dostopno na: [http://www.klinicna-psihologija.si/klip\\_vloga\\_zdravstvene\\_psihologije](http://www.klinicna-psihologija.si/klip_vloga_zdravstvene_psihologije) (30. 5. 2010).
4. Govc-Eržen J. Preventiva srčno žilnih bolezni ter sočasne bolezni in stanja. In: Kersnik J. ed. *Sočasne bolezni in stanja*. 22. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2005: 51–58.
5. Hoyer S. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Visoka šola za zdravstvo; 2005.

6. Jeriček Klanšček H, Pucelj V, Scagnetti N, Lavtar D, Bajt M, Gabrijelčič Blenkuš M. Health inequalities in young people health. In: Reducing health inequalities among youth role of adolescent /School medicine. Ljubljana: Slovene Society of School and University Medicine, Slovene Medical Association; 2008: 31–40.
7. Kiger AM. Teaching for Health. Edinburg: Churchill Livingstone; 2004.
8. Kobolt A. Skupina kot prostor socialnega učenja. Socialna pedagogika. Ljubljana: Združenje za socialno pedagogiko. 2009; XIII(4): 359–382.
9. Musek J, Avsec A. Pozitivna psihologija: subjektivni (emocionalni) blagor in zadovoljstvo z življenjem. Anthropos: časopis za psihologijo in filozofijo ter za sodelovanje humanističnih ved; 2002: 41–68.
10. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list RS, št. 19/1998.
11. Piper BS, Brown BA. The theory and practice of health education applied to nursing: a bi-polar approach. J Adv Nurs. 1998; 27(2): 383–389.
12. Praper P. Skupinska psihologija od mitologije do teorije. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete. Oddelek za psihologijo; 2008.
13. Praper P. Zdravstvena psihologija v svetu in pri nas: perspektiva zgodovinskemu spominu. Psihološka obzorja. 1996; 5(1): 99–106.
14. Sussex F, Herne D, Scourfield P. Advanced Health and Social Care for NVQ Level 4 and Foundation Degree. UK: Ashford Colour Press.Ltd; 2008.
15. Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, Goričan A. Informiranost, kot ključno vodilo do kakovosti življenja pacientov s stomo. Obzor Zdr N. 2009; 43(4): 253–260.
16. Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S. Zdravstveno vzgojno delo pacientov s stomo ima različne temelje: analiza intervjujev nacionalne klinične študije o kakovosti življenja pacientov s stomo v Sloveniji. V: Skela Savič B. (ed.) in sod. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi-na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo/3rd. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 79–89.
17. Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S. Življenjski slog pacientov s stomo. In: Železnik D, Kaučič BM. ed. Gradimo prihodnost: odprti za spremembe in nove izzive na področju raziskovanja zdravstvenih in socialnih ved; 1. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih in socialnih ved; zbornik predavanj z recenzijo. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec; 2011: 134–142.
18. Štemberger Kolnik T. Vpliv Šole zdravega hujšanja na spreminjanje življenjskih navad. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, Klemenc D. ed. Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik prispevkov z recenzijo / 8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Maribor, 12., 13. in 14. maj 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011: 49–53.
19. Toš N. Beležke o vrednotah. 2003. Dostopno na: <http://www.prihodnost-slovenije.si/up-rs/ps.nsf/krf/D3A2542E7DF0476CC1256E940046C558?> (30. 10. 2011).
20. World Health Organization. Ottawa Charter for Helth Promotion. An International Conferenc on Health promotion. Ottawa; 1986.
21. Zajec J. Povezanost športne dejavnosti predšolskih otrok in njihovih staršev z izbranimi dejavniki zdravega načina življenja. [Doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Fakulteta za šport; 2009.
22. Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje. 2007.





