

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PEDIATRIJI

ZBORNIK PREDAVANJ

**ZDRAV OTROK IN MLADOSTNIK –
CILJ MEDICINSKE SESTRE V PEDIATRIJI IN
NAJPOGOSTEJŠI PROBLEMI V
PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU**



Rogaška Slatina, 25. in 26. marec 2011

**ZDRAV OTROK IN MLADOSTNIK – CILJ MEDICINSKE SESTRE V PEDIATRIJI IN
NAJPOGOSTEJŠI PROBLEMI V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU**

Zbornik predavanj

**Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi
strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije**

Urednica:

Andreja Ljubič, dipl.m.s.

Organizacijski odbor:

Andreja Ljubič, Ivanka Limonšek, Andreja Doberšek, Anica Vogel, Majda Oštir, Minja Petrovič, Beisa
Žabkar, Jožica Trstenjak, Gabrijela Gabor, Doroteja Dobrinja, Jasmina Kamenčič, Gordana Rožman.

Založila in izdala:

Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije –
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji,
Ob železnici 30A, Ljubljana

Tisk in prelom: Lotos d.o.o., Zalog 2, 6230 Postojna

Naklada: 150 izvodov

Rogaška Slatina, marec 2011

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

614.2:616-053.2/.6(082)

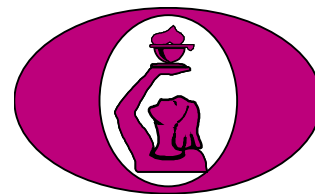
ZBORNICA zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih
društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov
Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v
pediatriji. Strokovni seminar (2011 ; Rogaska Slatina)

Zdrav otrok in mladostnik - cilj medicinske sestre v pediatriji
in najpogostejši problemi v primarnem zdravstvenem varstvu :
zbornik predavanj / [Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester
in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi strokovnih društev
medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije],
Rogaška Slatina, 25. in 26. marec 2011 ; [urednica Andreja Ljubič].
- Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -

Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih
tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih
tehnikov v pediatriji, 2011

ISBN 978-961-92645-4-6

1. Gl. stv. nasl. 2. Ljubič, Andreja
255193856



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



**SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEH-
NIKOV V PEDIATRIJI**

ZBORNIK PREDAVANJ

**ZDRAV OTROK IN MLADOSTNIK –
CILJ MEDICINSKE SESTRE V
PEDIATRIJI IN
NAJPOGOSTEJŠI PROBLEMI V
PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM
VARSTVU**

ROGAŠKA SLATINA, 25. IN 26. MAREC 2011



PETEK, 25. marec 2011

7.45 – 9.00 **Registracija**

I. SKLOP: VARNOSTNI PROBLEMI NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE V PEDIATRIJI

Moderatorke: Vesna Pucelj, prof.zdr.vzg., Tamara Lubi, dipl.ms., Majda Oštir, dipl.m.s.

9.00 – 9.10 **Pozdravni nagovor, Predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji,**
Majda Oštir, dipl.m.s.

9.10 – 9.30 **Pregled podatkov o zdravju otrok in mladostnikov v Sloveniji**
Doroteja Dobrinja, dipl.m.s.

9.30 – 9.50 **Medicinske sestre so ključne pri izvajanju zdravstvene vzgoje pri ohranjanju zdravja na primarnem nivoju zdravstvenega varstva**
Vesna Pucelj, prof.zdr.vzg.

9.50 – 10.10 **Medicinske sestre v skrbi za zdravje otrok in mladostnikov v primarnem zdravstvenem varstvu - predstavitev aktivnosti Kolaborativnega centra Svetovne zdravstvene organizacije za primarno zdravstveno nego**
Tamara Lubi, dipl.m.s.

10.10 – 10.30 **Preprečevanje rotavirusnih okužb s cepljenjem pri otrocih**
dr.prim. Breda Zakotnik, dr.med.

10.30 – 11.50 **Razprava**

11.50 – 12.20 **Odmor**

II.SKLOP: PREHRANA OTROKA IN MLADOSTNIKA

Moderatorki: Zvonka Debenak, sms, Jasmina Kamenčič, dipl.m.s.

12.20 – 12.40 **Priporočila za prehrano dojenčkov v Sloveniji**
prim. Marjeta Sedmak, dr.med.

12.40 – 12.55 **Izzivi za zdravo prehranjevanje otrok in mladostnikov**
Mojca Gabrijelčič Blenkuš, dr.med.



- 12.55 – 13.10 **Spremljanje dojenja, prehrane dojenčkov in majhnih otrok - prehranski statusa za načrtovanje in oceno ukrepov**
Vida Fajdiga Turk, univ.dipl.živ.teh.
- 13.10 – 13.25 **Dojenje in razvoj ustne votline**
Zvonka Debenak, sms
- 13.25 – 13.45 **Razprava**
- 13.45 – 13.55 **Predavanje sponzorja: Novosti v Milupa mlečnih formulah**
Rebeka Mahorič
- 13.55 – 15.15 **Odmor za kosilo**

III. SKLOP: PROSTE TEME

Moderatoriki: Cvetko Jožica dipl.m.s., Tamara Lubi, dipl.m.s.

- 15.30 – 15.45 **Šola za starše**
Zalka Drglin
- 15.45 – 16.00 **Spodbujanje aktivnosti gibanja pri otrocih in mladostnikih**
Andreja Drev univ.dipl.nov.
- 16.00 – 16.15 **Vloga medicinske sestre pri cepljenju HPV**
Cvetko Jožica dipl.m.s.
- 16.15 – 16.30 **Vloga medicinske sestre v zobozdravstveni preventivi**
Rosita Makovec, dipl.m.s.
- 16.30 – 16.45 **Vloga medicinske sestre pri spolni vzgoji otroka in mladostnika – Pogovarjajmo se...**
Tatjana Bočaj, dipl.m.s.
- 16.45 – 17.00 **Zdravstvena nega in nasilje pri otroku**
Alenka Karlovčec, dipl.m.s.
- 17.00 – 17.15 **Šola za zdravo življenje**
Zdenka Koporec, dipl.m.s., Magdalena Urbančič, dr.med.
- 17.15 – 17.30 **Razprava**
- 20.00 **Večerja - sponzor Milupa**



SOBOTA 26. marec 2011

VI. SKLOP: SPREJEM IN TRIAŽA PACIENTOV

**Moderatorke: Jasmina Kamenčič, dipl.m.s., Majda Oštir, dipl.m.s.,
Minja Petrovič, prof.zdr.vzg**

9.00 – 9.20 **Vloga medicinske sestre pri sprejemu (triaži) pacientov**
Jasmina Kamenčič, dipl.m.s., Selma Finžgar, dipl.m.s.

9.20 – 9.40 **Razprava**

V. SKLOP: UČNE DELAVNICE

9.40 – 9.45 **Navodila za izvedbo delavnic**
*Koordinatorice učnih delavnic: Doroteja Dobrinja, dipl.m.s., Gabrijela Gabor,
dipl.m.s., Beisa Žabkar, dipl.m.s., univ. dipl.org., Jasmina Kamenčič, dipl.m.s.*

9.45 – 11.15 **UČNA DELAVNICA 1: HANDLING – ROKOVANJE Z DOJENČKOM**
*Meta Stravnik dipl. fiziot, specialist nevrofizioterapije, Piskar Alenka, dipl.fiziot.,
M.Sc. Šuc Lea, dipl. del.ter.,mednarodni inštruktor, Lidija Skočir, viš.fth, Saša
Berič, dipl.fiziot.*

Metodologija izvedbe delavnice: učna delavnica je organizirana v trajanju 1,5 ure. Udeleženci so razvrščeni v manjše skupine, katere vodi inštruktor od začetka do konca učne delavnice. Praktični prikaz osnovnega rokovanja z dojenčkom pri negovalnih intervencijah. Udeleženci bodo imeli možnosti praktičnega urjenja na učnih lutkah.

Cilji učne delavnice: Udeleženci se bodo seznanili z osnovnim rokovanjem z dojenčkom pri negovalnih intervencijah.

11.15 – 11.45 **Odmor**

11.45 – 12.15 **UČNA DELAVNICA 2: PRIPOMOČKI ZA DOJENJE IN NJIHOVA UPO-
RABA**

Cvetka Skale, dipl.m.s., IBCLC, Jasna Baliban, dipl.m.s.

Metodologija izvedbe delavnice: V učni delavnici bodo predstavljeni manj poznani pripomočki za dojenje, ter drugi načini dohranjevanja otrok z materinim mlekom oz. mlečno formulo.

Cilji učne delavnice: Udeleženci bodo spoznali pripomočke za dojenje in njihovo uporabo ter se naučili svetovati materam.



- 12.15 – 12.45 **UČNA DELAVNICA 3: POSTOPKI, KI ZAGOTAVLJAJO VARNO CEPLJENJE**
Mateja Hren, viš.med.ses., univ.dipl.org., Maja Čamernik, dipl.m.s.
Metodologija izvedbe delavnice: Udeleženci bodo spoznavali postopke cepljenja od prvega do zadnjega koraka. Izpostavljeno bo vzdrževanje hladne verige in aplikacija cepiv, katero bodo lahko tudi praktično izvedli.
Cilji učne delavnice: Udeleženci bodo poznali postopke, ki omogočajo varno cepljenje.
- 12.45 – 13.15 **UČNA DELAVNICA 4: PRIPRAVA ORGANOLEPTIKA MILUPA MLEČNIH FORMUL**
Metodologija izvedbe delavnice: Udeleženci bodo pripravljali različne mlečne formule.
Cilji učne delavnice: Udeleženci bodo znali pravilno pripraviti mlečne formule.
- 13.15 **Zaključek srečanja**

STROKOVNI ODBOR: Majda Oštir, dipl.m.s., Minja Petrovič, prof. zdr.vzg., Jasmina Kamenčič, dipl.m.s., Vesna Pucelj, prof.zdr.vzg., Tamara Lubi, dipl.m.s.

ORGANIZACIJSKI ODBOR: Andreja Ljubič, dipl.m.s., Ivanka Limonšek, dipl.m.s., univ.dipl.org., Andreja Doberšek, dipl.m.s., Anica Vogel, dipl.m.s., Majda Oštir, dipl.m.s., Minja Petrovič, prof. zdr.vzg., Beisa Žabkar, dipl.m.s., univ.dipl.org., Jožica Trstenjak, dipl.m.s., Gabrijela Gabor, dipl.m.s., Doroteja Dobrinja, dipl.m.s., Jasmina Kamenčič, dipl.m.s., Gordana Rožman, dipl.m.s.

PRESEDNICA SEKCIJE: Majda Oštir

Spoštovane kolegice in kolegi!

Zdravje je naše največje bogastvo, tako so nas učili že v rani mladosti. Zdravje predstavlja stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje. Prvotno so zdravje označevali kot odsotnost bolezni ali onemoglosti. Po novejših spoznanjih in stališčih Svetovne zdravstvene organizacije je zdravje celovit in dinamičen sistem, ki je sposoben prilagajanja vsem vplivom okolja ter omogoča posamezniku in skupnosti opravljati vse biološke, socialne in poklicne funkcije in preprečevati bolezni, onemoglost in prezgodnjo smrt. Sodobna definicija zato opredeljuje zdravje kot splošno vrednoto in bistveni vir za produktivno in kakovostno življenje slehernega posameznika in skupnosti kot celote. Zdravje je po tej definiciji dinamično ravnovesje telesnih, duševnih, čustvenih, duhovnih, osebnih in socialnih prvin, ki se kaže v zmožnosti neprestanega opravljanja funkcij in prilagajanja okolju. V tem smislu zdravje in skrb zanj ni le interes posameznika, medicinskih strok ali institucij zdravstvenega varstva, marveč odgovornost celotne družbene skupnosti (Wikipedija). Za otroke in mladostnike so na splošno značilni zdravstveni problemi, ki so povezani z značilnostmi rasti in razvoja ter načina življenja. Današnji način življenja otrok, mladostnikov in družine omogoča razvoj nezdravega življenjskega stila, ki vključuje nezdrave razvade kot so pomanjkanje gibanja, hitra prehrana, z dolgočasnost, zloraba alkohola in prepovedanih drog... Medicinske sestre smo v stalnem stiku z otroci, mladostniki in njihovimi družinami, in to že takrat, ko bolezenskih znakov še ni. Zato je izrednega pomena preventivno delovanje na tem področju, ki mora vključevati tako iskanje potencialnih problemov, preprečevanje le teh ter krepitev zdravja tako otrok, kot družine. S preventivnimi programi in izobraževanjem, še posebej med mladimi, bomo znižali škodljive vplive razvad, ki pomembno skrajšujejo življenjsko dobo. S tem bomo zagotavljali tudi boljšo kakovost življenja.

Strokovno srečanje je namenjeno spoznavanju trenutnega zdravstvenega stanja otrok in mladostnikov v Sloveniji, pregledu preventivnih programov za krepitev zdravja ter spoznavanju pogostih problemov s katerimi se srečujejo medicinske sestre in zdravstveni tehniki na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, pa tudi vsem, ki delujejo na področju zdravstvene nege v pediatriji in lahko pomembno vplivajo na zdravje otrok in mladostnikov v naši družbi.

Majda Oštir

Predsednica Sekcije medicinskih sester
in zdravstvenih tehnikov v pediatriji



I. SKLOP

ZDRAV OTROK IN MLADOSTNIK IN VLOGA MEDICINSKE SESTRE



PREGLED PODATKOV O ZDRAVJU OTROK IN MLADOSTNIKOV V SLOVENIJI

*Doroteja Dobrinja, dipl.m.s.,
Splošna bolnišnica Izola, Oddelek za pediatrijo,
e-pošta: doroteja.dobrinja@sb-izola.si*

IZVLEČEK

V prispevku je predstavljen pomen splošnega znanja o zdravju otrok, ki naj ga medicinska sestra pri svojem delu ima in uporablja. Poznavanje prikazanih podatkov pomaga pri oblikovanju ciljnih vsebin educiranja večjih otrok, mladostnikov in staršev na vseh nivojih zdravstvenega varstva, pri krepitvi preventivnih aktivnosti ter zgodnjem odkrivanju bolezni.

Poznavanje determinant zdravja, torej vseh dejavnikov, ki oblikujejo kakovost zdravja, pa nam omogoči vplivanje nanje ter posledično izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva, v našem primeru otrok in mladostnikov.

KLJUČNE BESEDE

zdravje, otrok, mladostnik

1. UVOD

Medicinske sestre, ki delujemo na področju pediatrije, se vsakodnevno zavedamo vpliva, ki ga lahko na varnost in zdravje otrok imamo. Pri tem so nam v pomoč ustrezne informacije ter znanje. Znanje lahko pridobivamo formalno in pa z različnimi strokovnimi izpopolnjevanji in izobraževanji. Naša dolžnost je sprotno pridobivanje aktualnih znanj, novih dognanj ter sledenje in upoštevanje najnovejših smernic. Učinkovito sodelovanje s starši otrok, partnerski odnos in recipročno spoštovanje lahko v prihodnosti doprinesejo obilo pozitivnih izidov. Širino našega znanja pa lahko predstavljajo tudi splošni podatki o zdravju otrok, o katerih je govora v nadaljevanju. Ko govorimo o zdravju populacijskih skupin, je ena izmed njih, skupina otrok in mladostnikov. Njene lastnosti in potrebe se značilno razlikujejo od ostalih.

V Sloveniji, kakor tudi v večini sodobnih družb, označujemo zdravje kot največjo vrednoto. Zdravje je predpogoj za vzdrževanje in povečevanje blaginje. Vsi se strinjamo, da je v primeru naših otrok, ki predstavljajo prihodnost družbe, to še toliko pomembnejše.

Analize zdravja in zdravstvenega varstva so dandanes nujne, saj zagotavljajo dokaze, s pomočjo katerih lahko po eni strani načrtujemo ukrepe za krepitev in varovanje zdravja, po drugi strani pa ocenjujemo potrebe po zdravstvenih storitvah ter gradimo in načrtujemo sistem zdravstvenega varstva (Hočevar Grom, 2010).

Na zdravje posameznika in skupnosti vplivajo številni med seboj prepleteni dejavniki: njegovo socialno in ekonomsko okolje, zunanje okolje ter osebne značilnosti in življenjski slog – vse našete pa imenujemo determinante zdravja. Razumemo jih kot katero koli kombinacijo individualnih in strukturnih dejavnikov, ki vplivajo na pogostost ali porazdelitev tako zdravja kot bolezni v populaciji. Posamezna determinanta zdravja je lahko skupek podobnih dejavnikov, npr. samo dejavnikov iz naravnega okolja, lahko pa so med seboj prepleteni številni različni dejavniki (Hočevar Grom, 2010).



Z opazovanjem zdravja v splošni populaciji ne moremo zaznati posebnosti problemov v posamezni skupini, zato se jim je treba posvetiti posebej. Izkazalo se je, da je treba celo pri istih javno zdravstvenih problemih ukrepe za posamezne dele populacije načrtovati in izvajati tako, da se upoštevajo njihove specifične lastnosti in pričakovanja, saj v nasprotnem primeru pričakovani učinek ni dosežen. Za posamezno skupino je treba določiti prioritete in ukrepanje povezati v učinkovito in izvedljivo celoto. Glede na velikost in specifične potrebe populacijskih skupin je treba prilagajati tudi kapacitete vseh ravni zdravstva in različnih usmerjenih programov v zdravstvu ter drugih sektorjih (Hočevar Grom, 2010).

V Sloveniji imamo zelo nizko stopnjo umrljivosti dojenčkov v primerjavi z drugimi državami, vendar ostaja veliko zdravstvenih problemov v obdobju otroštva in mladostništva. Velik problem ostajajo poškodbe, ki so glavni vzrok umrljivosti. Naraščajo bolezni, kot so alergije, astma in diabetes, veliko problemov je na področju duševnega zdravja, kar bo v prihodnje ključno vplivalo na zdravje odraslih. Med šolarji in mladostniki je v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami malo resnih bolezenskih stanj, vendar je pojav različnih simptomov kar pogost. Velikokrat se kažejo simptomi izpostavljenosti stresu. V tem življenjskem obdobju se oblikuje življenjski slog od prehranskih navad, kajenja tobaka, pitja alkohola, telesne dejavnosti do spolnega vedenja. Raziskave kažejo na podaljševanje časa, ki ga otroci in mladostniki preživijo pred televizijskimi ekrani in računalniki. Na šolah se srečujejo s problemi medvrstniškega nasilja. Otroci z učnimi težavami in s tem povezanim šolskim neuspehom so med vrstniki marginalizirani. Stanje v Sloveniji kaže, da je potrebno zmanjšati tveganje za nastanek nezdravega življenjskega sloga in s tem tveganje za nastanek bolezni (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013).

Za otroke in mladostnike so na splošno značilni zdravstveni problemi, ki so povezani z značilnostmi rasti in razvoja ter načina življenja. Ti vplivajo na njihovo telesno, duševno in duhovno ter družbeno zdravje. Poleg »klasičnih« bolezni in stanj pesti mlado populacijo tudi »nova obolevnost«, ki vključuje nezdravo koriščenje prostega časa, npr. motnje prehranjevanja in nezadostno telesno dejavnost, zlorabo drog, tvegano spolno vedenje, trpinčenje in zlorabe, motnje duševnega zdravja, ki se v težjih oblikah kažejo kot težave v komunikaciji, slab učni uspeh, nizka samopodoba in depresivnost (Brcar, 2006)

2. ŽIVOROJENI OTROCI

V evropski uniji že nekaj let beležijo upad števila živorojenih otrok. V Sloveniji pa je porast živorojenih otrok na letni ravni od leta 2003 vsako leto večji.

Leto	1979	1989	1999	2000	2001	2002
Št. rojstev	30.604	23.447	17.533	18.180	17.477	17.501

Leto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Št. rojstev	17.321	17.961	18.157	18.932	19.823	21.817	21.856

Od sredine prejšnjega stoletja se je razlika med številom živorojenih in številom umrlih skoraj neprestano manjšala. Število umrlih je v tem obdobju nekoliko naraslo, medtem ko je število živorojenih izrazito upadlo. V Sloveniji je bil po 2. svetovni vojni leta 1993 prvič izkazan negativni naravni prirast; več prebivalcev je umrlo kot pa se jih je tisto leto rodilo. Sledilo je triletno obdobje majhnega pozitivnega naravnega prirasta, kasneje pa devetletno obdobje negativnega naravnega prirasta. Šele od leta 2006 dalje je naravni prirast v Sloveniji znova pozitiven. V letu 2008 je naravni prirast znašal 1,7 prebivalca na 1.000 prebivalcev, kar pomeni, da sta se na vsakih 1.000 prebivalcev rodila skoraj dva prebivalca več, kot jih je umrlo (Statistični urad Republike Slovenija).



V nadaljevanju prikazani podatki so zbrani v knjigi Zdravje v Sloveniji, ki je izšla pod okriljem Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenija, glavna urednica Hočevar Grom Ada.

3. UMRLJIVOST

V Sloveniji je med letoma 2005 in 2007 umrlo 154 otrok in mladostnikov letno, stopnja umrljivosti je najvišja pri dojenčkih in mladostnikih. Umrljivost v zadnjih dveh desetletjih pada in se za starostno skupino 1–19 let ni pomembno spreminjala, pozitivne spremembe pa smo zabeležili pri dojenčkih. Perinatalna umrljivost otrok, težkih 1000 gramov in več, je v obdobju 2005 - 2007 znašala 4,1/1000 rojstev, kar je za petino manj kot pred desetimi leti in manj od povprečja tako starih kot novih članic EU. Višja je bila pri otrocih najmanj izobraženih žensk in posebej visoka pri otrocih tistih žensk, ki v nosečnosti niso bile na nobenem preventivnem pregledu. Umrljivost dojenčkov, tako neonatalna kot tudi postneonatalna, se je v zadnjem desetletju pomembno znižala. Po teh kazalnikih se Slovenija uvršča precej bolje od povprečja evropskih držav z nizko umrljivostjo otrok in odraslih. Med glavnimi vzroki umrljivosti dojenčkov izstopajo stanja, ki izvirajo iz perinatalnega obdobja, predvsem nepravilnosti, povezane s trajanjem nosečnosti in plodovo rastjo, ter prirojene anomalije. Tako kot v drugih evropskih državah tudi pri nas otroci po prvem letu starosti in mladostniki najpogosteje umirajo zaradi poškodb in zastrupitev, sledijo novotvorbe in prirojene anomalije. Delež umrlih zaradi poškodb raste s starostjo (v starosti 1–6 let 40 %, 7–14 let 38 %, 15–19 let 73 % skupne umrljivosti). Najpogostejši vzrok so prometne nezgode s 64- in samomori s 14-odstotnim deležem umrljivosti.

4. POŠKODBE V PROMETU

Zaradi prometnih nezgod z motornimi vozili je v obdobju 2005–2007 umrlo 27 otrok in mladostnikov letno. V zadnjem desetletju stopnja umrljivosti otrok in mladostnikov v prometu počasi pada, a je še vedno 1,5-krat višja, kot jo imajo najvarnejše evropske države. Otroci so v prometu žrtve predvsem kot potniki v avtomobilu in pešci, mladostniki pa kot osebe (predvsem potniki) v avtomobilu in motoristi. Delež otrok, ki umrejo kot pešci v prometu, se v zadnjem desetletju manjša, kar se razlaga z manjšo izpostavljenostjo, saj otroke večinoma vozimo v avtomobilu. Žrtve so najpogosteje otroci v starosti od enega leta do treh let. Problem pa še vedno ostaja visoka umrljivost otrok kot potnikov v avtomobilu, ki je najvišja v starosti 4–6 let in je visoka tudi v šolskem obdobju. Vzrok je v slabi varnostni kulturi, saj je pripetih le 61 % otrok, ki potrebujejo otroški varnostni sedež. Mladostniki pa so med najbolj ogroženimi skupinami v prometu, saj v avtomobilu umirajo 10-krat pogosteje kot starejši šolski otroci. Fantje na ta način umirajo 4-krat pogosteje kot dekleta. Med vzroki so najpomembnejši neizkušenost, iskanje vznemirljivih situacij in precenjevanje svojih sposobnosti, nižja toleranca za alkohol, prehitra vožnja, poudarja se tudi negativen vpliv vrstnikov kot sopotnikov v avtomobilu. Motoristi so pri nas žrtve napak drugih udeležencev v prometu, pogosto pa so tudi sami povzročitelji nesreč (prehitra vožnja, alkoholiziranost).

5. DUŠEVNO ZDRAVJE IN SAMOMOR

Čeprav je 88 % fantov in 84 % deklet zadovoljnih s svojim življenjem, pa jih skoraj polovica vsaj enkrat mesečno doživlja psihosomatske simptome (razdražljivost, nespečnost, glavobol, bolečine v želodcu in križu), pri tem dekleta v povprečju navajajo več simptomov kot fantje. Raziskava med slovenskimi srednješolci je pokazala, da je bila klinično pomembna stopnja depresivnosti ugotovljena pri 21 % fantov in 42 % deklet, starih od 14 do 19 let. Poleg depresivne simptomatike so izstopale tudi težave s samopodobo in nizko samospoštovanje, ki je, bolj kot depresija, izstopajoč dejavnik za samomorilno tveganje pri mladostnikih. Kar 7 % fantov in 14 % deklet je poročalo, da so že poskušali storiti samomor. Tudi v novejši raziskavi je skoraj tretjina dijakov prvih letnikov vsaj enkrat ali pogosto razmišljala o tem, da bi se poškodovali, 16 % dijakov pa je navedlo, da so



poskusili storiti samomor enkrat ali pogosteje. Žal resnost takega ravnanja potrjujejo tudi podatki o umrljivosti, saj je samomor pri nas drugi najpogostejši vzrok smrti pri otrocih in mladostnikih. V letih 2005–2007 si je vsako leto življenje vzelo povprečno 7 (6–10) mladih, večina v starosti 15–19 let. Med njimi je štirikrat več fantov kot deklet. Spodbudno pa je, da od leta 2004 v starostni skupini 0–14 let umrljivost zaradi samomora pada. V letih 2006 in 2007 v tej skupini ni bilo zabeleženih primerov samomora. Drugače je v starostni skupini 15–19 let: v letu 2006 je bilo v njej zabeleženih 10 samomorov, leta 2007 pa 6. Dejavniki tveganja za samomorilno vedenje med mladimi so kompleksni, od socialnih in demografskih vzrokov do medosebnih odnosov in individualnih lastnosti.

6. OBOLEVNOST

Otroci in mladostniki iščejo zdravniško pomoč pri izbranem zdravniku povprečno trikrat letno (mlajši otroci 5-krat, starejši otroci in mladostniki 2,5-krat), najpogosteje zaradi bolezni dihal, nalezljivih bolezni ter poškodb in zastrupitev. Pri zdravniku specialistu so obravnavani predvsem zaradi kroničnih bolezni kože, dihal in bolezni oči, mladostniki pa tudi zaradi mišičnokostnih bolezni. Slednje ne preseneča, saj v zadnjih petnajstih letih na preventivnih zdravstvenih pregledih otrok in mladostnikov narašča delež mladih z ugotovljeno deformacijo hrbtenice (šolski novinci: 3 %, osnovnošolci: 9 %, srednješolci: 15 %) in motnjo ostrine vida (šolski novinci: 8 %, osnovnošolci 14 %, srednješolci: 25 %). Na zdravljenje v bolnišnico je letno sprejetih 61.000 otrok in mladostnikov, predvsem zaradi bolezni dihal, stanj, ki izvirajo iz perinatalnega obdobja, ter poškodb in zastrupitev. Pomemben del akutne obolevnosti otrok in mladostnikov predstavljajo bolezni dihal, ki so najpogostejši vzrok za obisk pri izbranem zdravniku in glavni vzrok za zdravljenje v bolnišnici (25 % vzrokov za obisk in 15 % bolnišničnih obravnav). Na zdravljenje v bolnišnico so največkrat sprejeti mlajši otroci, predvsem zaradi akutnih infekcij spodnjih in zgornjih dihal (akutni bronhitis/bronhiolitis), nato stopnja hospitalizacije s starostjo pada. Otroci v predšolskem obdobju pogosto obolevajo tudi za črevesnimi nalezljivimi boleznimi. Najpogostejše so okužbe z rotavirusi in kalici-virusi, ki se zaradi velike kužnosti pojavljajo tudi kot manjši ali večji izbruhi, zlasti v vrtcih. Od kroničnih bolezni so v ospredju in v porastu alergijske bolezni (7 % vzrokov za obisk in 3 % bolnišničnih obravnav), predvsem astma (prevalenca: 14 % prvošolcev), alergijski dermatitis in alergijski nahod. V porastu je tudi sladkorna bolezen tipa 1, saj se število mladih bolnikov vsako leto poveča za 3,6 %. Zaradi slabih prehranjevalnih navad in nezadostne telesne dejavnosti se otroci in mladostniki že srečujejo s težavami uravnavanja primerne telesne teže in z boleznimi gibal. Vse več otrok in mladostnikov ima prekomerno telesno težo. V letih 1987–2007 je delež prekomerno težkih fantov narasel v povprečju s 13 % na 21 %, deklet pa s 13 % na 18 %. Delež debelih fantov je v istem obdobju narasel s 3 % na 8 % in deklet s 3 % na 6 %. Slovenija se tako med 41 evropskimi in severnoameriškimi državami po deležu prekomerno hranjenih in debelih 15-letnikov uvršča v prvo tretjino.

7. PREHRANJEVALNE NAVADE

Nezdrave prehranjevalne navade so izrazite prav pri otrocih in mladostnikih. Glede na priporočila uživajo premalo zelenjave in sadja ter rib, dekleta pa tudi premalo mleka, mlečnih izdelkov in mesa. Prepogosto posegajo po energijsko gostih jedeh, sladkih in slanih prigrizkih ter sladkanih pijačah. To so tudi najpogosteje oglaševane skupine živil, ki vplivajo na prehransko vedenje in posledično odstopanje od priporočenega vnosa živil in hranil. Zaužijejo manjše število dnevni obrokov od priporočenega, obenem se prehranjujejo neredno, predvsem opuščajo zajtrk. V letih 2002–2006 se je povečal delež otrok in mladostnikov, ki dnevno zajtrkujejo in uživajo sadje, medtem ko se je delež teh, ki dnevno uživajo zelenjavo, zmanjšal. Vsak dan uživa sadje in zelenjavo več deklet (47 %) kot fantov (34 %), uživanje sadja in zelenjave s starostjo upada, manj pa uživajo sadje tudi otroci iz družin z nižjim socialno-ekonomskim statusom. Vseeno dekleta veljajo za slabše prehranjen del



populacije, saj slovenski podatki o prehrani mladih doječih mamic kažejo, da jim v prehrani primanjkuje nekaterih vitaminov in elementov. Slabši odnos do prehrane in lastne podobe, kot odziv na okolje in družbo, pri mladostnicah vodi v vse pogostejši pojav prehranskih motenj (anoreksije in bulemije).

8. TELESNA DEJAVNOST IN PREŽIVLJANJE PROSTEGA ČASA

Mladim se priporoča vsaj 60 minut zmerne telesne dejavnosti na dan, vendar tem priporočilom sledi manj kot polovica slovenskih 11-, 13- in 15-letnikov, delež pa se je v letih 2002–2006 znižal s 45 % na 40 %. S starostjo telesna dejavnost pri otrocih upada, po eno uro na dan pet ali več dni v tednu je aktivnih polovica 11-letnikov in le še slaba tretjina 15-letnikov. Sicer pa so fantje bolj telesno dejavni kot dekleta; poleg tega je med tistimi, ki se redno rekreirajo, več otrok iz visokega socialno-ekonomskega razreda. Eden od vzrokov, da telesna dejavnost med otroci in mladostniki upada, je morda v tem, da so zabava, razvedrilo in sprostitve vse redkeje razlog za telesno dejavnost, vse pogosteje pa na njihovo mesto stopata telesni videz in kondicija.

Slovenska mladina se v prostem času večinoma družijo s prijatelji oziroma prijateljicami, gleda televizijo, posluša glasbo in se ukvarja s športom. Žal delež redno telesno dejavnih mladih v zadnjih letih upada, vse bolj pa se uveljavlja sedeč življenjski slog. Enajstletniki med tednom v šoli in ob šolskem delu doma skupaj presedijo v povprečju že okoli 9 ur. Poleg tega najstniki tudi svoj prosti čas pogosto namenjajo računalniku in televiziji, kar 86 % jih med tednom preživi več kot pol ure dnevno pasivno pred ekranom. Gledanje televizije in uporaba računalnika sta pogostejši pri fantih kot pri dekletih.

9. RABA ALKOHOLA IN DRUGIH PSIHOAKTIVNIH SNOVI

Mladostniki večino prostega časa preživljajo v družbi vrstnikov, kjer je uporaba alkohola in drugih psihoaktivnih snovi pogosto osnovni del druženja. V Sloveniji izstopa pitje alkoholnih pijač, saj je tovrstne pijače že pilo 85 % 15-letnikov, dve tretjini 13-letnikov in dobrih 40 % 11-letnikov. Z alkoholnimi pijačami se mladostniki v povprečju prvič srečajo pri 13. letih, redno pa jih uživa 28 % 15-letnikov. Prvič se slovenski mladostniki opijejo pri 14. letih, fantje pogosteje in pri nižji starosti kot dekleta. V primerjavi z letom 2002 beležimo med mladimi enako uporabo alkohola in nekoliko manj opijanja ter znatno manjšo rabo tobaka in marihuane. Slovenski 15-letniki so bili leta 2006 ob kajenju prve cigarete stari 13 let, redno pa je kadilo 18 % 15-letnikov. Za alkoholom in tobakom ostaja marihuana tista psihoaktivna snov, ki jo šolska mladina najpogosteje uporablja. Glede na leto 2002 se je povečal delež 15-letnikov, ki še niso uporabili marihuane, in tistih, ki je ne uporabljajo redno.

10. SPOLNO VEDENJE

Mladi danes vstopajo v partnerske zveze v povprečju mlajši in tudi prej kot nekoč pričenjajo spolno življenje. Srednja starost ob prvem spolnem odnosu, ko ima polovica srednješolcev že spolne odnose, se je znižala na 17 let. Ob tem je porasla raba zanesljive kontracepcije, predvsem kontracepcijskih tablet. Kondom ob prvem spolnem odnosu uporabi okoli tri četrtine mladostnikov, slabša pa je uporaba kondoma oziroma dvojne zaščite ob naslednjih spolnih odnosih. Rodnost in dovoljena splavnost pri mladostnicah sta pomembno upadli, kar nas uvršča med uspešnejše države na tem področju.

11. NASILJE

Nasilja nad mladoletnimi osebami je vse več, delno tudi na račun večje občutljivosti javnosti. Prijavljenih je 80/10.000 kaznivih dejanj zoper mladoletnike, 6/10.000 primerov zanemarjanja in surovega ravnanja z otroki do 18. leta starosti in 8/10.000 spolnih zlorab otrok do 15 leta starosti. Zaradi



nasilja je v bolnišnici letno zdravljenih 19 otrok in 66 mladostnikov, v obdobju 2005–2007 pa so zaradi tega umrli trije v starosti 7–19 let. Raziskava med odraslimi prebivalci Slovenije je pokazala, da jih kar tretjina pozna vsaj eno družino, v kateri je klofuta običajen način kaznovanja otrok. Otroci, ki so žrtve nasilja, trpijo tako fizične posledice (poškodbe), kot tudi posledice na področju spolnega in reproduktivnega zdravja ter psihološke in vedenjske posledice. Iz rezultatov anket je sklepati, da narašča tudi medvrstniško nasilje. V letu 2006 je skoraj polovica vprašanih najstnikov sodelovala pri pretepanju, četrtnina pa jih je bila vsaj enkrat trpinčenih. Fantje so bolj nasilni in tudi pogosteje žrtve nasilja, težke poškodbe mladostnikov zaradi napada pa se največkrat zgodijo v prostem času.

12. ZAKLJUČEK

Seznanjenost medicinskih sester s podatki o zdravju in varnosti otrok je pomemben dejavnik, ki vpliva na njihovo vsakdanje delo. Omogoča usmerjeno poučevanje otrok, mladostnikov in njihovih bližnjih. V poučevanje morajo medicinske sestre vključevati vsebine, ki pripomorejo ohranjati ter krepiti zdravje in zdrav življenjski slog posameznika in družine, pa tudi prepoznavanje negativnih dejavnikov, ki vplivajo na manjšo varnost otroka in pojav obolenja.

13. LITERATURA

1. *Brcar P (2006). Zdravje otrok, mladostnic in mladostnikov. Inštitut za varovanje zdravja RS; <http://www.ivz.si/index.php?akcija=kategorija&k=4> [01.03.2011]*
2. *Hočevar Grom A. ured (2010). Zdravje v Sloveniji. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana. Dosegljivo na: <http://www.ivz.si> [02.03.2011]*
3. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013, Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev. Dosegljivo na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aktualno/javna_razprava/javna_razprava_2008/nacionalni_plan_2008/Microsoft_Word_-_NPZV_javna_razprava_280108.pdf [02.03.2011]*
4. *Statistični urad Republike Slovenije. Dosegljivo na: <http://www.stat.si> [02.03.2011]*



MEDICINSKE SESTRE SO KLJUČNE PRI IZVAJANJU VZGOJE ZA ZDRAVJE PRI OHRANJANJU ZDRAVJA OTROK IN MLADOSTNIKOV NA PRIMARNEM NIVOJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Vesna Pucelj, prof.zdr.vzg.

Inštitut za varovanje zdravja, Trubarjeva 2, Ljubljana

vesna.pucelj@ivz-rs.si

IZVLEČEK

Vzgoja za zdravje se obdobju odraščanja izvaja na različnih nivojih, okoljih in za različne ciljne skupine. Izvaja se lahko v zdravstvenih ustanovah, vrtcih, šolah, delovnih organizacijah, lokalni skupnosti, povsod ker ljudje živijo ali delajo. Skrb za zdravje otrok se začne že pri načrtovanju nosečnosti in skrbi za zdrav način življenja v času nosečnosti, nadaljuje se v družini, vzgojno-izobraževalnih ustanovah, lokalnih skupnosti in drugje. Vzgoja za zdravje je definirana kot planiran proces za doseganje znanja povezanega z zdravjem ali boleznijo, pri tem, da zdravje opredeljuje kot celostno in upošteva holistični pristop. Zato so tudi programi vzgoje za zdravje na populacijskem nivoju pripravljene celostno s poudarkom na zdravem načinu življenja s tematskimi poudarki za različna starostna obdobja.

KLJUČNE BESEDE

Vzgoja za zdravje, otroci in mladostniki, primarni nivo zdravstvenega varstva

1. UVOD

Vzgoja za zdravje je pomemben in nepogrešljiv del promocije zdravja in je definirana kot planiran proces za doseganje znanja in spremembe vedenja povezanega z zdravjem ali boleznijo. Pri tem je seveda potrebno upoštevati njene zakonitosti kot dinamičen proces učenja. Vzgoja za zdravje ni samo širjenje informacij/informiranje, ampak je aktivni proces učenja ob upoštevanju lastnih izkušenj in socioekonomskih faktorjev. Njen je informirati in motivirati posameznika ali skupino k skrbi za svoje zdravje. Vzgoja za zdravje želi povezati vsa prizadevanja (tako zdravstvenega, šolskega, družinskega, socialnega in drugih sektorjev) za zdravje. Izhaja iz širšega modela razumevanja promocije zdravja (telesni, duševni, duhovni, okoljski in družbenih vidiki) ter poleg medicinskih vključuje tudi najnovejša spoznanja in veščine na kognitivno vedenjskem, psihološkem, pedagoškem, sociološkem, komunikološkem in drugih področjih. Vzgoja za zdravje je proces, ki usposablja ljudi, da imajo večji nadzor nad življenjem, zdravjem - opolnomočenje, krepitev potencialov in močnih točk, usmerjanje v spremembo nezdravega vedenja (Ottawska listina, 1986, Koprivnikar, Pucelj, 2009).

Za zdravje otrok in mladostnikov je odgovorna tako družina kot drugi: država, zdravstveni sektor, vzgojno-izobraževalni sektor ter vsi drugi sektorji, ki lahko s svoji dejavnostmi in zakonodajo vplivajo na zdravje in blaginjo posameznika. Vsak od naštetih mora ustvarjati take pogoje, ki omogočajo vsestranski razvoj in zdravje otrok in mladostnikov. Institucije z različnimi ukrepi zagotavljajo ugodne pogoje. Med ukrepe sodi tudi učenje, informiranje in osveščanje o zdravju in zdravem načinu življenja. Vzgoja za zdravje, ki jo izvaja medicinska sestra v okviru primarnega zdravstvenega varstva je le eden od koščkov v mozaiku tovrstnih dejavnosti.



2. IZVAJANJE VZGOJE ZA ZDRAVJE NA PRIMARNEM NIVOJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Izvajanje vzgoje za zdravje na primarnem nivoju v Sloveniji je vsebinsko in metodološko opredeljeno v Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (NZP-ZVPN, 1998). V navodilih so opredeljene vse preventivne dejavnosti, ki se izvajajo v reprodukativnem zdravstvenem varstvu, v zdravstvenem varstvu novorojenčkov, dojenčkov in otrok do 6. leta starosti, v zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti kot tudi v zdravstvenem varstvu študentov, v zobozdravstvenem varstvu otrok in mladine, v zdravstvenem varstvu odraslih v dejavnosti splošne medicine in v zdravstvenem varstvu za varovance obravnavane v patronažnem varstvu.

Enako je v Navodilih opredeljeno tudi zdravstveno vzgojno delo v vseh obdobjih, torej tudi v obdobju otroka in mladostnika. Namen dejavnosti se razlikuje glede na starostna obdobja.

Bolj poenoteni in standardizirani navodil in vsebin za izvajanje na populacijskem nivoju v Sloveniji ni. Leta 2007 je Inštitut za varovanje zdravja izdal priročnik za izvajanje vzgoje za zdravje v okviru sistematskih pregledov otrok in mladostnikov, ki predstavlja prvo skupno sistematizirano podlago za izvajanje vzgoje za zdravje na nacionalnem nivoju (Pucelj, 2008). Standardizirane vsebine in metodološka priporočila so bila potrjena na RSK za pediatrijo 18.4.2007 (Sklep RKS za pediatrijo, 2007). Omenjeni priročnik naj bi uporabljali vsi izvajalci vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike ob sistematskih pregledih. Izvajalci so se izobraževali bodisi na nacionalnem ali regionalnem izobraževanju. Vsi izvajalci so prejeli priročnik brezplačno, od letošnjega leta pa je priročnik na spletni strani IVZ (www.ivz.si).

Analize izvajanja dejavnosti vzgoje za zdravje se opravlja na dva načina: preko redne zbirke zdravstvenovzgojne dejavnosti, ki so opredeljene v Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ, 2000) in preko obdobjnih raziskav. Preko rednih zbirk podatkov dobimo pregled nad izvajanjem dejavnosti, predvsem z vidika metodologije izvajanja, zajetja ciljnih populacij, profilov izvajalcev in vsebin izvajanja. Podatke se redno objavlja v Zdravstvenem statističnem letopisu IVZ RS.

Obdobjnih raziskav s področja vzgoje za zdravje je bilo v zadnjih letih opravljenih na nacionalnem nivoju kar nekaj, tako kvantitativnih kot kvalitativnih.

Iz vseh omenjenih analiz je razvidno, da se vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike v Sloveniji izvaja zelo raznoliko, tako vsebinsko kot metodološko. Razlike se pojavljajo tako na nacionalnem nivoju, kot tudi na regijskem in lokalnem.

V organizacijskem smislu je vsak zdravstveni dom zgodba zase. Vzgoja za zdravje se izvaja v okviru pediatričnih, šolskih ambulant, bivalentnih dispanzerjev ali v samostojne enote. Redko kateri izvajalec izvaja samo vzgojo za zdravje, opravljajo tudi vrsto drugih dejavnosti. Izvajalci izvajajo vzgojo za zdravje v okviru sistematskih pregledov, kot tudi izven njih ter v sodelovanju s šolo ali redkeje vrtcem. V povprečju imajo izvajalci na voljo uro in pol (najmanj 15 minut in največ 5 ur). Največ dejavnosti s področja vzgoje za zdravje opravijo medicinske sestre različnih stopenj. Največ je diplomiranih medicinskih sester, sledijo zdravstveni tehniki in višje medicinske sestre. V manjšem številu tudi profesorji zdravstvene vzgoje, diplomirani organizatorji dela v zdravstvu ter drugi profili (zdravniki, zobozdravniki, fizioterapevti). Od njih jih ima le peščica opravljeno dodatno pedagoško-andragoško izobrazbo, pridobljeno v obliki uradnega izobraževanja. Večino vzgoje za zdravje na primarnem nivoju je namenjeno otrokom in mladostnikom, najpogosteje otrokom od 7 do 9,9 leta. Največja nepreglednost in neenotnost pa se kaže pri vsebinah vzgoje za zdravje. Med regijami obstajajo velike razlike, saj večino vsebin pripravijo izvajalci sami, redkeje s pomočjo tima oz. še redkeje v sodelovanju z regijskimi zavodi za zdravstveno varstvo. Najpogosteje izvajane vsebine so s področja zdravega načina življenja, prehrane, spolne vzgoje, telesne dejavnosti in osebne



higijene (v kolikor ne upoštevamo zobozdravstvene vzgoje, ki je sicer najpogosteje izvajana vsebina v skoraj vseh regijah).

Nekateri izvajalci bolj drugi manj sodelujejo s šolami. Z vrteci sodelujejo redkeje. Šola je pomembno okolje pri usposabljanju otroka za vseživljenjsko učenje, zato je pomembno, da omogoča ne le pridobivanje informacij, ampak tudi učenje socialnih veščin, ki šolarju omogočajo lažje obvladovanje svojega življenja ter oblikovanje stališč v zvezi z odločanjem o svojem zdravju. Pri tem je ključno sodelovanje šolskega in zdravstvenega sektorja. V Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarnem nivoju (NPZVPN, 1998) je sicer poudarjeno sodelovanje med šolo in zdravstvenimi delavci (tim šolskega zdravnika), vendar v praksi ni vedno tako. Opredeljeno je tako delo s šolarji, starši in pedagoškimi delavci. Namen sodelovanja med šolo in zdravstvenimi delavci je izboljšanje komunikacije s ciljem krepitev zdravega življenjskega sloga in zmanjševanja škodljivih vplivov na zdravje šolarjev.

3. STANDARDIZIRANA VZGOJE ZA ZDRAVJE ZA OTROKE IN MLADOSTNIKE Z USMERITVAMI

Vzgoja za zdravje in promocija zdravja se lahko izvaja v različnih okoljih, od zdravstvenih domov, šol, lokalne skupnosti, domačega okolja ipd. Ko govorimo o otrocih in mladostnikih imamo v mislih otroke v starostni skupini od 0 do 19. leta starosti. Tako zajamemo vse dejavnosti od šol za bodoče starše, predšolskih otrok in njihovih staršev ter šolskih otrok do konca srednje šole. Katere vsebine se izvajajo in v katerih okoljih, pa je odvisno od različnih dejavnikov. Vsaka starostna skupina pa zahteva svojo metodologijo in pristope. Vstopnih mest za zajem omenjenih starostnih skupin je več: zdravstveni dom (v okviru sistematskega ali namenskega pregleda, šola za starše, druge organizirane oblike), vzgojno-izobraževalne ustanove (vrtec, šola), lokalna skupnost, domače okolje ... V letu 2007 smo se na IVZ osredotočili predvsem na pregled dosedanjega dela na primarnem nivoju ter pripravi enotnih standardiziranih navodil za vse izvajalce (Koprivnikar, Pucelj, 2009). Dejavnosti potekajo v treh vsebinskih delih: vzgoja za zdravje za bodoče starše, vzgoja za zdravje za predšolske otroke in njihove starše in vzgoja za zdravje za šolske otroke.

3.1 VZGOJA ZA BODOČE STARŠE

- v pripravi je priročnik za organizatorje in izvajalce v šolah za starše

3.2 VZGOJA ZA PREDŠOLSKE OTROKE IN NJIHOVE STARŠE

- v pripravi je priročnik za vzgojo za zdravje ob sistematskih in namenskih pregledih otrok (vsebinski sklopi so čustveni in motorični razvoj otroka, dojenje in prehrana, preprečevanje poškodb in drugo).

3.3 VZGOJA ZA ZDRAVJE ZA ŠOLSKE OTROKE

V programu, ki smo ga pripravili so opredeljene osnovne ravni izvajanja vzgoje za zdravje za šolske otroke: izvajanje vzgoje za zdravje v zdravstvenem domu (ob sistematskih pregledih) in izvajanje vzgoje za zdravje v šoli, kjer pa lahko dejavnosti izvajajo zdravstveni delavci ali pedagoški delavci oz. svetovalna služba na šoli (t.i. trije stebri izvajanja). Pripravljen in s strani RSK za pediatrijo potrjen je program vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih otrok (Pucelj, 2008, 2011). Program obsega delavnice s teoretičnimi osnovami ter gradiva za otroke:

- Zajčkova pot v šolo (pred vstopom v šolo oz. 1. razred)
- Preživljanje prostega časa (3. razred)
- Odraščanje (6. razred)
- Gibam se (8. razred)



- Telesna teža (1. letnik)
- Za zdravo in varno spolnost (3. letnik)

Po dveh letih rednega izvajanja smo opravili evalvacijo delavnic, kjer so se izkazale določene pomanjkljivosti izvajanja. Trenutno pripravljamo posodobitve programa.

V prihodnosti pa nameravamo pripraviti še vse manjkajoče elemente predstavljene vzgoje za zdravje.

4. IZZIVI ZA PRIHODNOST

Izzivi in cilji s področja vzgoje za zdravje na populacijskem nivoju so predvsem priprava smernic za poenotenje izvajanja dejavnosti s ciljem doseči enoten standard znanja med otroci, mladostniki in starši ter tudi med vsemi izvajalci vzgoje za zdravje. Prenovo vzgoje za zdravje je v prvi vrsti potrebno umestiti v celovitost izvajanja preventivnih programov v zdravstvenem varstvu z upoštevanjem njenih zakonitosti in značilnosti (organiziranost izvajanja in nosilci izvajanja, vsebine in programi izvajanja, ključna vstopna mesta in ciljne populacije, spremljanje in vrednotenje dela ter koordinacija izvajanja na nacionalnem, regionalnem in lokalnem nivoju). Nosilec dejavnosti je potrebno zagotoviti samostojnost pri delu in kompetentnost (tudi z ustreznim izobraževanjem). Natančno je potrebno definirati področja dela vzgoje za zdravje, delovne normative za sodelavce v timu in normativ za določitev regijskega območja (v primeru malih oz. velikih območja oz. v primerih večjih razdalj). Vsebine in metode oz. oblike dela morajo biti prilagojene razvojnim stopnjam in epidemiološkim podatkom določene ciljne populacije. Spodbujati moramo redno sodelovanje zdravstvenega doma z vzgojnoizobraževalnimi ustanovami (vrtci, šole ...). Nenazadnje se je potrebno osredotočiti tudi na posodobitev poročanja, spremljanja in vrednotenja izvajanja vzgoje za zdravje (s ključnimi kazalniki) ter urediti nacionalno in regionalno koordinacijo izvajanja vzgoje za zdravje.

5. LITERATURA

1. *Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1*
2. *Koprivnikar H, Pucelj V. Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike (0 – 19 let) v primarnem zdravstvenem sistemu v Sloveniji. Pregled stanja s predlogi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2009*
3. *Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, Uradni list, št. 19/1998 (dopolnitve 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07)*
4. *Pucelj V. et al. Vzgoja za zdravje. V: Truden-Dobrin P et al (ur). Analiza preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov z izhodišči za prenovo. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2010 (neobjavljeno)*
5. *Pucelj V (ur). Vzgoja za zdravje. Priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje za ob sistematskih pregledih šolskih otrok in mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2008, (elektronski vir – www.ivz.si, 2011)*
6. *Poročilo s 40. redne seje Razširjenega strokovnega kolegija za pediatrijo – 20.6.2007, Slov Pediatr 2007; 14, p 198-200.*
7. *Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstva, Uradni list, št. 65/2000*



MEDICINSKE SESTRE V SKRBI ZA ZDRAVJE OTROK V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU - PREDSTAVITEV AKTIVNOSTI KOLABORATIVNEGA CENTRA SVETOVNE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE ZA PRIMARNO ZDRAVSTVENO NEGO

Tamara Lubi, dipl.m.s., univ.dipl.org.predav.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za primarno zdravstveno nego

who.kcmb@zd-mb.si

IZVLEČEK

V prispevku je predstavljeno področje organizacije in delovanja primarnega zdravstvenega varstva v Sloveniji in pomen delovanja Kolaborativnega Centra Svetovne zdravstvene organizacije za primarno zdravstveno nego v Sloveniji. Primarno zdravstveno varstvo izvaja celovito in stalno zdravstveno varstvo posameznikov, družin in skupin prebivalstva z vidika njihove preventivne, kurativne in socialne obravnave. Poudarjen je pomen in vloga zdravstvene nege v skrbi za zdravje otrok in mladostnikov na posameznih področjih njihove obravnave. Spremembe in razvoj primarnega zdravstvenega varstva zahtevajo tudi stalne prilagoditve zdravstvene nege na tej ravni. Strokovnost in sprotne prilagajanje spremembam so vodilo dela Kolaborativnega Centra, ki skrbi, da se stroka povezuje s smernicami evropske in svetovne mreže Kolaborativnih Centrov Svetovne zdravstvene organizacije.

KLJUČNE BESEDE

primarno zdravstveno varstvo, otrok, mladostnik, medicinska sestra, zdravje, Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije

1. UVOD

Aktivnosti zdravstvene službe ureja Zakon o zdravstveni dejavnosti, ki v poenostavljeni strukturalni shemi, v obliki znane piramide, deli zdravstveno varstvo na več ravni. Najbolj pogosta je delitev na primarno, sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo. Ob tem zakon vključuje tudi zaščito matere in otroka. Osnovno zdravstveno varstvo se izvaja na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, ki jo opravljajo zdravstveni domovi in zasebni zdravstveni delavci. Načeloma deluje po principu disperznih metode dela.

Skrb posvečena materi in otroku je potrebna zaradi:

njene biološke posebnosti glede rojevanja, materinstva ter rasti in razvoja otroka;

ker prenatalno, perinatalno in postnatalno obdobje posledično vpliva na zdravje ljudi v odrasli dobi in starosti;

ker dejavniki okolja vplivajo na zdravje otroka;

ker zdravje mater in otrok vpliva na rodnost (Zorec, 2005).

Organizacijski vidiki primarnega zdravstvenega varstva se v svetu rešujejo na različne načine, odvisno od prevladujočih socialnih, kulturnih, ekonomskih, zdravstvenih in drugih razvojnih značilnosti določenega območja. Za organizacijo družbeno in civilno pomembnega dela, morajo vse možne organizacijske oblike težiti k optimalni, učinkoviti, uspešni, profesionalni in celostni obravnavi.

Vsaka raven zdravstvene dejavnosti ima svoje odgovornosti za določen obseg dela glede na



značilnosti zdravstvenih problemov, označujejo pa jo izvajalci zdravstvenih storitev in organizacijske oblike dela.

Varovanje zdravja otrok bi moralo biti najpomembnejše področje javnega zdravstva vsake družbe in je v skrbi za zdravje otrok zato tudi prednostna naloga vsake sodobne družbe.

Naloga zdravstvenih delavcev v primarni zdravstveni dejavnosti na posameznem območju je, med drugim, povezovanje in sodelovanje z drugimi zdravstvenimi ter socialnovarstvenimi, vzgojno izobraževalnimi in drugimi zavodi, podjetji, organizacijami ter posamezniki za oblikovanje in izvajanje programov za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 36/2004).

2. DEJAVNOST PRIMARNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Na področju primarnega zdravstvenega varstva se izvaja celovito in stalno zdravstveno varstvo posameznika ali skupine z vidika integrirane (preventivne, kurativne in socialne) obravnave. To pomeni epidemiološko spremljati ter poznati zdravstveno stanje populacije in ukrepati proti najbolj ogrožajočim oz. razširjenim dejavnikom tveganja, izvajati zdravstveno vzgojo, organizirati zgodnje odkrivanje razvojnih anomalij in bolezni ter pravočasno ukrepati, sodelovati z zdravstvenimi dejavnostmi na različnih ravneh ter sodelovati z, za zdravstveno varstvo pomembnimi, lokalnimi, regionalnimi in nacionalnimi institucijami.

Primarno zdravstveno varstvo je opredeljeno z družbenimi cilji kot so: dviganje ravni kakovosti življenja, nudenje maksimalne podpore prebivalstvu, povečanje odgovornosti za lastno zdravje, aktiviranje posameznikov in skupnosti za ohranjanje, krepitev in vrnitev zdravja (Filej, 1991).

3. NALOGE MEDICINSKE SESTRE V SKRBI ZA ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV

Medicinske sestre (MS) so izvajalke zdravstvene nege in obravnavajo človeka celostno s fizičnega, psihičnega, socialnega in duhovnega vidika, v njegovem ožjem in širšem okolju.

Kot sem že omenila, deluje zdravstveno varstvo za otroke in mladostnike, po principu dispanzerske metode dela, ki v svoj delokrog vključuje enovitost preventivnega in kurativnega dela. (Završnik, 2005)

Zdravstveni tim je interdisciplinaren, deluje pa multidisciplinarno, saj se po potrebi v obravnavo posameznika in njegove družine, vključijo še ostali strokovnjaki kot so: patronažna medicinska sestra (PMS), socialni delavec, klinični psiholog in fizioterapevt.

Za delo zdravstvenega tima je odgovoren zdravnik, ki je tudi njegov koordinator. MS ima funkcijo zdravnikove strokovne sodelavke ter po njegovem naročilu sodeluje v medicinskih diagnostičnih in terapevtskih postopkih, kot nosilka zdravstvene nege pa je kompetentna in pristojna za samostojno odločanje na področju zdravstvene nege tako v izvajanju preventivne kot tudi kurativne zdravstvene dejavnosti.

3.1 VLOGA MEDICINSKIH SESTER V SLUŽBI ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO ŽENA:

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

- Služba za zdravstveno varstvo žensk: MS in ginekolog
- Služba za zdravstveno varstvo predšolskih otrok: MS
- Preventivno zobozdravstveno varstvo: MS



- Patronažna služba

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

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

3.2 VLOGA PATRONAŽNIH MEDICINSKIH SESTER

V zadnjem tromesečju se v obravnavo nosečnice vključi PMS, ki je družinska MS in obravnava družino iz ožjega in širšega vidika, ter svoje delo opravlja v različnih stanjih zdravja in bolezni, v času od rojstva do smrti. Naloga PMS je, da prav tako deluje zdravstveno vzgojno, ponovi in dopolni vsebine na domu ter odgovori na marsikatero vprašanje nosečnice pred porodom. Cilj obravnave je normalen potek nosečnosti in poporodnega obdobja v smislu krepitve in vzpostavitve primernih interakcij v družini. V tem času PMS seznanijo nosečnico tudi o svojem prvem obisku po odpustu iz porodnišnice.

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

Ko otročnica in novorojenec prideta iz porodnišnice, jih naslednji dan po odpustu obiše patronažna MS. Obravnava oba, novorojenca in otročnico. Obravnava je odvisna od strokovne odločitve PMS. V procesu izvajanja aktivnosti zdravstvene nege mora PMS vplivati na učinkovitost dojenja, skrbeti za zagotavljanje primerne otrokove telesne teže, ocenjevati sposobnosti staršev glede samostojnosti pri negi in pomagati pri vzpostavitvi simbioze med vsemi družinskimi člani.

Otrok je v prvem letu starosti, od 1. meseca do 12. meseca, s strani patronažne službe obravnavan trikrat, to je v 4.-5. mesecu, 7.- 8. mesecu in 10.-11. mesecu. Obravnava otroka temelji na osnovi negovalne anamneze, ter ob vseh bistvenih spremembah, ki se dogajajo v otrokovem razvoju.

Patronažna služba obravnava otroka tudi v 2. in 3. letu starosti, ter ob bistvenih spremembah v družini kot so (rojstvo novega otroka, rejništvo, smrt, problematične ločitve). V tem času so s strani patronažne službe obravnavani tudi otroci, ki niso vključeni v vrte, otroci z motnjami v razvoju, ter slepi in invalidni otroci v domači oskrbi. Cilj takšne obravnave je spremljanje psihofizičnega razvoja otroka in iz vidika zdravstvene nege pomoč pri zagotavljanju optimalnih pogojev za njegovo razvoj.

Prav tako pa PMS v procesu svojega dela izvaja tudi individualne naloge na podlagi individualnih potreb, problemov in lastne presoje.

3.3 VLOGA MEDICINSKIH SESTER V SLUŽBI ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO PREDŠOLSKIH OTROK, ŠOLSKIH OTROK IN MLADINE

Služba za zdravstveno varstvo predšolskih otrok opravlja vso izvenbolnišnično zdravstveno varstvo za dojenčke, male in predšolske otroke do 6. leta starosti.

Služba za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine skrbi za celostno izvenbolnišnično zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine od 6. do 19. leta starosti (Završnik, 2005).



Naloge MS so:

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

Za pomoč staršem skrbi za ohranitev in izboljšanje zdravja njihovih otrok ter za znižanje umrljivosti, obolevnosti in invalidnosti, izvaja zdravstveno varstvo za predšolske in šolske otroke ter mladino, redne preventivne (primarne, sekundarne) sistematične preglede in namenske preglede tako za posameznike kot za skupine.

Pri dojenčkih:

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

Pri malih in predšolskih otrocih:

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

Namen preventivnih dejavnosti pri otrocih in mladostnikih je:

- prizadevanje k ohranitvi in krepitvi zdravja,
- preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni ter
- pravočasen začetek zdravljenja in rehabilitacije.

Sistematični pregledi otrok in mladostnikov obsegajo:

- oceno telesne rasti in razvoja,
- ugotavljanje telesnega in duševnega zdravja,
- ukrepe za ohranitev in krepitev zdravja,



- omogočanje optimalnega telesnega in duševnega razvoja ter
- odkrivanje negativnih socialnih dejavnikov in nezdravih življenjskih navad v družini v smislu gibanja, prehrane in igre.

Zdravstveno vzgojne programe, ki naj bi posamezniku omogočili oblikovati znanja, stališča in vedenjske vzorce za zdrav način življenja, izvajata MS in zdravnik specialist, oba usposobljena za zdravstveno vzgojno delo z mladino.

Zdravstveno vzgojno in svetovalno delo se oblikuje glede na aktualno problematiko mladih, ki je posledica njihovega psihosocialnega razvoja, tveganega vedenja, zlorabe drog, učne problematike, slabih prehranjevalnih navad, tveganega spolnega vedenja in poteka v naslednjih oblikah:

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

3.4 VLOGA MEDICINSKE SESTRE V SLUŽBI ZA ZOBOZDRAVSTVENO VARSTVO OTROK

Preventivni zobozdravstveni pregledi, v okviru katerih aktivno sodelujejo MS:

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

Delo MS v preventivni zobozdravstveni dejavnosti je zdravstveno vzgojno svetovanje o zdravi prehrani, ustni negi, odpravi morebitnih razvad, jemanju fluorovih preparatov in praktičnem učenju tehnik ščetkanja.

Zdravstvena vzgoja, ki jo izvaja MS je namenjena:

- nosečnicam, staršem predšolskih in šolskih otrok,
- otrokom osnovnih šol,
- dijakom,
- vzgojiteljem in učiteljem,
- zdravstvenim delavcem drugih vej, ki obravnavajo otroke in mladino.

4. AKTIVNOSTI KOLABORATIVNEGA CENTRA SVETOVNE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE ZA PRIMARNO ZDRAVSTVENO NEGO

Kolaborativni Center (KC) Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za primarno zdravstveno nego deluje v okviru Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor od leta 1986. Dejavnost je bila s strani SZO, v letu 2010 že sedmič, ponovno potrjena za mandatno obdobje štirih let. To je dokaz, da je Zdravstveni dom ustanova, ki v celoti izpolnjuje funkcijo v izvajanju kakovostnega in uspešno popolnega zdravstvenega varstva. Slednje je podpora dobremu partnerskemu odnosu s SZO, ki pred imenovanjem vedno podrobno prouči kakovost dela ustanove in šele nato sprejme sodelovanje za določeno področje dela.

KC je bil v osnovi ustanovljen za področje primarne zdravstvene nege leta 1986, prav zaradi posebej organizacijsko in vsebinsko takrat popolne patronažne dejavnosti in zdravstvene nege na domu.

Področje dela KC temelji na delu medicinskih sester v primarni zdravstveni negi in javnem zdravstvu. Ob tem upošteva prioritete dispanzerske metode dela, se vključuje v vsa področja primarnega



zdravstvenega varstva, spremlja kakovost opravljenega dela medicinskih sester in se vključuje v izobraževalne programe bodočih kadrov. Za delovanje KC je pomembno, da je medicinska sestra članica zelo kakovostnega tima, da je sodelovanje v timu usklajeno in da imajo vsi člani enake cilje, ki zajemajo vse elemente primarnega zdravstvenega varstva.

S ponovnim imenovanjem je KC dobil sledeče naloge:

- Podpora SZO v utrjevanju vloge medicinskih sester na področju javnega zdravstva, promocije zdravja in razvoja patronažne zdravstvene nege.
- Podpora SZO pri vzpostavljanju dokumentirane in na dokazih razvite zdravstvene nege.
- Podpora ciljem SZO v organizaciji k družini usmerjene zdravstvene nege v lokalni skupnosti.
- Podpora SZO pri integraciji zdravstvene nege v zdravstvene sisteme, ki sledijo spreminjajočim se zdravstvenim potrebam prebivalstva.

Ponovno imenovanje KC zahteva od nas razširjen načrt izvajanja prioriternih nalog na področju aktivnosti KC.

- Nadaljevanje razvoja polivalentne patronažne zdravstvene nege;
- Vzpodbujanje kadrov pri izvajanju preventivnih programov promocije zdravja;
- Skrb in organizacija dela za kronično bolne, na njihovih domovih;
- Edukacija kadrov o paliativni zdravstveni negi in njena implementacija v študijske programe zdravstvene nege.

Z ozirom na zdravstvene reforme in spremembe zdravstvenih sistemov v današnjem času deluje KC tudi na širšem področju organizacije in obravnave primarne zdravstvene nege ter javnega zdravstva. Ključnega pomena ob tem je, da KC vzdržuje dobro komunikacijo in sodelovanje z vsemi ostalimi ravnmi zdravstvene nege, ki sodelujejo v procesu obravnave pacientov.

KC SZO se prav tako vključuje v aktivnosti slovenskega urada SZO, Ministrstva za zdravje in Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev.

5. ZAKLJUČEK

Varovanje zdravja otrok naj bi bilo najpomembnejše področje javnega zdravstva v vsaki družbi. Skrb za zdravje otrok je dejansko prednostna naloga vsake sodobne družbe. Predstavlja osnovo za zagotavljanje zdravja vseh ljudi in daje možnosti za krepitev najboljših sposobnosti vsakega posameznika za ohranjanje telesnega in duševnega zdravja ter dobrega počutja. S tem se zagotavlja varovanje zdravja otrok in večje možnosti za preprečevanje morebitne obolevnosti in invalidnosti.

Velikokrat beremo in slišimo: »Otroci so naše največje bogastvo!« »Zdravje otrok je naša prva skrb!« Toda ohraniti zdravje, oziroma ga po neki bolezni vzpostaviti, ni lahko. Slednje zahteva strokovne napore, kontinuitetno in integriteto v obravnavi posameznikov/skupin, prav tako pa trdo delo in številna prizadevanja ožje in širše javnosti. Samo želja po zdravju ni dovolj. Zdravstven sistem s svojimi službami sam tem nalogam ne bodo kos, če ne bo posebnega prizadevanja tako s strani staršev kot tudi širšega družbenega okolja ter nazadnje vseh posameznikov.

Otrokovo osebnost oblikujejo njegova družina, vrtec, šola in njegovo širše okolje. Največjo vlogo v otrokovem življenju odigrajo starši, ki lahko otroku pomagajo vzpostaviti blagostanje, tako na fizičnem, psihičnem, in socialnem področju. Zato je izrednega pomena znanje, ki ga starši pridobijo že v obdobju pričakovanja njihovega otroka, kakor tudi v celotnem obdobju otrokovega odraščanja. Podpora temu pa mora biti dobra organiziranost zdravstvenih služb v skrbi za zdravje otrok in



mladostnikov, ki vključuje učinkovito zdravstveno vzgojo in preventivne dejavnosti.

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

Naloga Kolaborativnih Centrov SZO je izmenjava izkušenj in idej v zvezi z razvojem prakse zdravstvene nege. Podatki o ustrezni praksi nam povedo, katere intervencije in aktivnosti so v zdravstveni in babiški negi najučinkovitejše. Širjenje teh nam medicinskim sestram in bobicam pomaga, da na konkretni ravni zdravstvene dejavnosti dokažemo, kako pomemben je razvoj našega prispevka na področju zdravstvene in babiške nege. Zato si v našem KC SZO za primarno zdravstveno nego prizadevamo, da vzdržujemo bazo podatkov dobrih praktičnih modelov v sodelovanju z evropsko globalno mrežo Kolaborativnih Centrov za zdravstveno nego pri SZO.

6. LITERATURA

1. Filej B. *Zdravstvena nega v dispanzerski dejavnosti*. *Obzor Zdr N.* 1991; 25: 207-216.
2. *Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni*. *Uradni list RS* 1998; 19: 1253 – 67.
3. Rajkovič V, Šušteršič O. *Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege*. Kranj: Modema organizacija, 2000.
4. Švab I, Premik M. *Zdravstveni dom. Primarno zdravstveno varstvo*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Institut za socialno medicino, 1995: 37- 41.
5. Verlak L. *Vloga medicinske sestre pri sistematičnem pregledu otroka*. (diplomsko delo). Maribor: Univerza v mariboru; 2003.
6. *Zakon o zdravstveni dejavnosti*. *Uradni list Republike Slovenije št. 36/2004*.
7. Završnik J. *Pediatr na primarni ravni zdravstvenega varstva*. *Zbornik predavanj XV. srečanja pediatrov in II. srečanja medicinskih sester z mednarodno udeležbo*, Maribor, 15. - 16. April 2005. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor; 2005: 156.
8. Zorec J. *Zdravstvena nega zdravega in bolnega otroka*. Maribor: Obzorja, 2005.



II. SKLOP

PREHRANA OTROKA IN MLADOSTNI- KA



PRIPOROČILA ZA PREHRANO DOJENČKOV V SLOVENIJI: DELOVNA SKUPINA ZA NUTRICIONISTIKO

Marjeta Sedmak, Matjaž Homan, Jernej Brecelj, Dušica Mičetič Turk, Nataša Fidler Mis, Andreja Širca Čampa, Martin Bigec, Vesna Plevnik Vodušek, Tadej Battelino, Rok Orel, Borut Bratanič, Tina Vesel, Tadej Avčin, Ciril Kržišnik

IZVLEČEK

priporočila za prehrano dojenčkov v Sloveniji so napisana za zdrave in donošene dojenčke. Izključno ali polno dojenje priporočamo v prvih 6 mesecih življenja. Če dojenje ni možno, priporočamo mlečno formulo po priporočilih Codex Alimentarius Standarda, revidiranem leta 2007. Splošnih priporočil za antiregurgitacijske mlečne formule in mlečne formule z dodatki prebiotikov, probiotikov in sinbiotikov še ni možno narediti. Sojine mlečne formule niso prva izbira za prehrano zdravih dojenčkov. Priporočamo uvajanje vitamina D po prvem tednu življenja v odmerku 400 IE na dan za dojene otroke in otroke, hranjene z mlečno formulo. Priporočamo, da se dopolnilna prehrana (čvrsta hrana in tekočina, ki ni materino mleko ali mlečna formula) ne uvaja pred 17. tednom in ne po 26. tednu starosti. V času uvajanja dopolnilne prehrane pri še dojenem otroku mora več kot 90 % železa zagotavljati dopolnilna prehrana, ki naj vsebuje dovolj biorazpoložljivega železa. Kravje mleko je slab vir železa in ga zato kot glavni napitek priporočamo šele po prvem letu starosti, čeprav lahko majhne količine dodamo dopolnilni prehrani. Ker so rezultati raziskav glede vpliva poznejšega uvajanja potencialno alergogenih živil, kot so npr. ribe in jajca, na zmanjšanje pojavljanja alergij pomanjkljivi in deloma nasprotujoči, priporočamo uvajanje jajčnega rumenjaka in rib po šestem mesecu starosti, uvajanje jajčnega beljaka in morskih sadežev pa po prvem letu starosti. Uvajanje glutena v dopolnilno prehrano naj ne bo prezgodnje, pred 4. mesecem starosti otroka in ne prepozno, po 7. mesecu starosti. V tem varnem obdobju ali »oknu« priporočamo postopno uvedbo glutena, in sicer v manjših količinah med 6. in 7. mesecem otrokove starosti, ko je še dojen, saj to zmanjša tveganje za razvoj celiakije, sladkorne bolezni tip 1 in alergije na pšenico. Zaradi spor *Clostridium botulinum* priporočamo uvajanje medu po prvem letu starosti. Tudi sladkor in sol priporočamo dodajati šele po prvem letu starosti. Odsvetujemo vegetarijansko prehrano v dojenčkovem obdobju, saj že manjše nepravilnosti v sestavi vegetarijanske prehrane lahko privedejo do pomanjkanja posameznih osnovnih prehranskih sestavin in škodujejo otrokovemu zdravju. Če so dojenčki kljub temu hranjeni vegetarijansko, naj uživajo zadostno količino materinega mleka ali mlečne formule (okrog 500 ml) ter mlečnih izdelkov. Dojenčki, hranjeni z vegetarijansko prehrano, morajo biti pod rednim zdravniškim nadzorom. Veganska in makrobiotska prehrana za dojenčke in otroke zaradi škodljivosti nista primerni.

KLJUČNE BESEDE

dojenje, mlečne formule, dopolnilna prehrana, dojenčki

1. UVOD

že stari Grki so poznali pomen in zdravilno vlogo prehrane. Hipokrat je trdil, da je »hrana izvor telesne energije in toplote«. V njegovi mali knjižici o medicini je postavil 25 trditvev o dieti in prehrani, katere načela pravzaprav veljajo še danes.

Znanost o prehrani se je v 20. stoletju razvijala predvsem v 2 smereh: zagotoviti priporočila za najustreznejšo prehrano pri otroku, ki omogoča normalno rast in razvoj otroka, ter preprečevati bolezni zaradi deficientnih stanj.

Že od leta 1960 je ugotovljeno, da je določena vrsta hrane lahko dejavnik tveganja za kronične



bolezni, kot so srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen neodvisna od inzulina, rakave bolezni, osteoporoza, hipertenzija itd.

Bistveno drugačen je pristop prehranske znanosti v 21. stoletju. Danes vemo, da je ustrezna prehrana mlade žene, nosečnice in doječe matere ter prehrana otroka v njegovem prvem letu življenja bistvenega pomena za dobro počutje in zdravje otroka, pa tudi za manjše tveganje za razvoj bolezni, ne le kratkoročno, temveč tudi za kasnejše življenje.

Zdrava prehrana dojenčka, majhnega otroka, mladostnika in odraslega človeka je bistvenega pomena za preživetje človeka.

Zdrava prehrana ni le skrb zdravstva. Gre za širšo, celovito nacionalno in globalno svetovno skrb, ki vključuje ne le ustrezno pridelavo, tehnološko pravilno predelavo hrane, živilsko industrijo, ustrezno varnost in prenos hrane do potrošnika, ustrezno zakonodajo o zdravi prehrani in nadzorne mehanizme, temveč tudi ustrezno družbeno in ekonomsko miselnost o zdravi prehrani ter nenazadnje tudi ustrezno financiranje biomedicinske znanosti.

2. PREHRANA ZDRAVEGA DOJENČKA

2.1 DOJENJE

Dojenje je normalen, naraven in optimalen način prehranjevanja novorojenčka in dojenčka. Na ta način zdravi otroci po normalni nosečnosti v prvih šestih mesecih prejmejo vse, kar potrebujejo za rast in razvoj (1-5). Sproščeno, umirjeno in zadovoljno čustveno okolje ob dojenju bistveno pripomore k razvoju primernih prehranskih navad v družini.

Majhna pogostnost in zgodnje prenehanje dojenja imata pomembne neugodne zdravstvene, socialne in ekonomske učinke na ženske, otroke, družbo in okolje, kar povzroča večje izdatke za nacionalno zdravstveno varstvo in lahko poveča neenakosti v zdravju (3)

Dojenje priporočamo vsaj do dopolnjenega prvega leta starosti, po tej starosti pa, dokler želita doječa mati in otrok (4, 6-7). Zgornje omejitve za trajanje dojenja ni, saj za to ne obstaja dovolj znanstveno utemeljenih dokazov.

Definicije Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) (1): **Izključno ali ekskluzivno dojenje** pomeni, da dojenček uživa le materino mleko in nobene druge tekočine ali čvrste hrane, razen kapljic vitaminov, mineralov ali zdravil. **Polno dojenje** pomeni, da dojenček ob materinem mleku dobi še vodo ali tekočine na vodni osnovi (npr. rehidracijske tekočine).

SZO je leta 2001 priporočila izključno dojenje šest mesecev, pozneje pa delno dojenje.

Evropsko združenje za pediatrično gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko (ESPGHAN) že v smernicah iz leta 1994, revidiranih leta 2008 (1), priporoča izključno ali polno dojenje približno do šestega meseca otrokove starosti.

Dojenje ima številne prednosti, tako za dojenčka, kot za mamico in širšo družbo.

Prehrana doječe matere naj bo zdrava, raznolika, brez dietnih omejitev, z obilo tekočine. Priporočamo ustrezen vnos joda (jodirana sol) in dolgoverižnih večkratnenasičenih ω -3 maščobnih kislin, kar dosežemo z 1 – 2 obroki morskih rib na teden, ki vključujeta tudi mastne ribe. Doječe matere naj ne pijejo alkohola, ne kadijo, ne jemljejo prepovedanih zdravil, ne uživajo drog, kofein pa naj omejijo. Priporočamo, da ne uživajo svežih ali slabo prekuhanih jajc ali nepasteriziranega mleka. Meso in perutnina naj bodo dobro prekuhani, sadje in zelenjavo naj pred jedjo dobro umijejo. Le redke matere dojenčkov z dokazano alergijo na hrano se morajo po navodilih pediatra držati diete brez alergogene hrane. Preventivna dieta pri doječi materi ni indicirana (8-10).

2.2 PROFILAKSA Z D VITAMINOM

Delovna skupina za nutricionistiko priporoča za novorojenčke, dojenčke in mladostnike minimalni



dnevni vnos 400 IE/dan vitamina D, z začetkom dajanja teden dni po rojstvu. Priporočilo glede enakega odmerka velja za izključno in delno dojene dojenčke, kot tudi za otroke, hranjene z mlečno formulo, ki je obogatena z vitaminom D. Priporočila so povzeta po smernicah Ameriške akademije za pediatrijo (AAP)(11), ki navaja, da je razlog še vedno pojavljanje rahitisa v otroškem obdobju in izogibanje sončnim žarkom zaradi strahu pred kožnim rakom.

2.3 PREHRANA DOJENČKOV Z MLEČNO FORMULO

Dojenje je idealna prehrana dojenčka, kar pediatri aktivno podpiramo, promoviramo in ščitimo (1-3).

Če ima mati premalo mleka, ji najprej nudimo vso strokovno podporo in svetujemo o ustrezni tehniki dojenja, če res ne gre drugače, pa svetujemo dodatek mlečne formule (dvovrstno hranjenje) (12). Dojenje v redkih primerih ni možno zaradi bolezni otroka (npr. galaktozemija, fenilketonurija), bolezni matere (npr. HIV, Herpes virus, odprta TBC) ali zaradi materinega nujnega uživanja zdravil (npr. zdravila proti raku, radioaktivne snovi).

Če dojenje zaradi kakršnegakoli vzroka ni možno, materi svetujemo uvedbo mlečne formule.

Mlečne formule so nadomestki za materino mleko, ki ustrezajo prehranskim zahtevam dojenčkov od rojstva do konca prvega leta starosti. Sestava mlečne formule mora ustrezati standardu Codex Alimentarius Standarda, ki je bil revidiran leta 2007 (13-14)

2.4 PRIPRAVA, SHRANJEVANJE IN ROKOVANJE Z MLEČNO FORMULO

Mlečna formula v prahu ni sterilna, lahko vsebuje patogene bakterije kot je npr. bakterija *Enterobacter sakazakii*, ki lahko povzroči nevarno sepsa, predvsem pri dojenčkih v prvih dveh mesecih življenja (15). Doma mora biti mlečna formula pripravljena sveža za vsak obrok. Mati mora pred pripravo mlečne formule v stekleničko natančno prebrati navodila za pripravo in jih upoštevati.. Tako preveč kot premalo koncentrirana mlečna formula je škodljiva za dojenčka. Mlečna formula mora biti vedno sveže pripravljena in ne sme stati več kot približno dve uri. Preostanek mleka naj mati zavrže zaradi nevarnosti bakterijske okužbe. Enak postopek priporočamo tudi pri zamrznjenem in odmrznjenem materinem mleku. Pomembno je vzdrževanje čiste in suhe stekleničke ter dude. Mlečno formulo naj mati pripravi s svežo in čisto pitno vodo. Vodni filtri niso priporočljivi. Če voda vsebuje visoke vrednosti nitratov (>50 mg/l; posebno v domačih vodnjakih) ali če je pipa svinčena, (v nekaterih starih stavbah), je potrebno uporabiti ustekleničeno vodo. Pri uporabi vode iz domačih vodnjakov je potreben nadzor primernosti vode (15).

V bolnišnicah in vrtcih morajo biti navodila napisana, potreben je stalen nadzor. Če je potrebna priprava mlečne formule vnaprej, mora biti pripravljena vsak dan posebej, shranjena pri 4 °C ali nižji temperaturi in ne več kot 30 ur. Na oddelkih priporočamo uporabo sterilne tekoče mlečne formule za zdrave novorojenčke.

3. DOPOLNILNA PREHRANA

3.1 DEFINICIJA DOPOLNILNE PREHRANE

ESPGHAN opredeljuje dopolnilno prehrano kot vso hrano in tekočino, ki ni materino mleko ali mlečna formula (1). Izraz smo povzeli tudi za naša priporočila.

3.2 ČAS UVAJANJA DOPOLNILNE PREHRANE (1)

Uvajanje dopolnilne prehrane je za dojenčka potrebno zaradi prehranskih in razvojnih razlogov. S prehranskega vidika je dopolnilno prehrano treba uvajati zato, ker z rastjo otroka samo dojenje ali hranjenje z mlečno formulo ne pokrije več povečanih potreb dojenčka po makro in mikrohranilih. Z razvojnega vidika pa dojenček postopoma razvija sposobnosti žvečenja in že začne kazati zanimanje



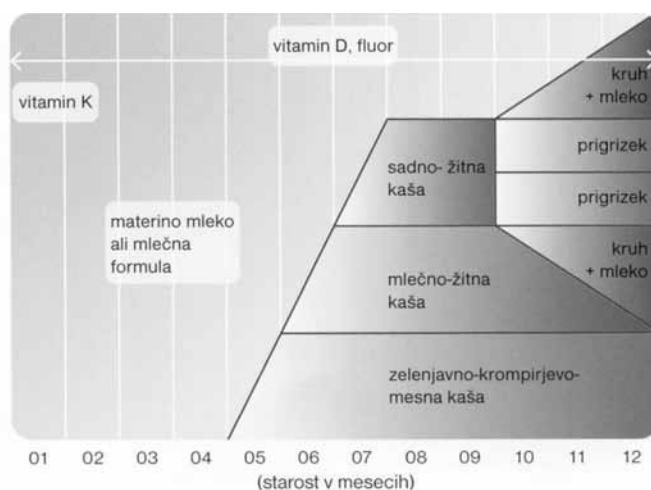
tudi za drugačno hrano kot je mleko.

Z uvajanjem raznovrstne prehrane otroka tudi postopno navajamo na nove okuse, gostoto in čvrstost hrane ter s tem omogočimo tudi postopni prehod z mlečne prehrane na družinsko prehrano (1,2).

Leta 2008 je ESPGHAN Komite za prehrano priporočil uvajanje dopolnilne prehrane ne pred 17. in ne po 26. tednu starosti (1).

3.3 PRAKTIČNA NAVODILA ZA DOPOLNILNO PREHRANO ZA STARŠE

V praktičnih navodilih za starše je treba poudariti, da ob koncu prve polovice dojenčkovega življenja, samo materino mleko ali mlečna formula ne zadostujejo več za naraščajoče prehranske potrebe otroka. Za ustrezen razvoj otroka so potrebna tudi druga hranila, kot so elementi v sledovih, npr. železo in cink. Uvajanje dopolnilne prehrane bo za otroka predstavljalo nove vrste živil in novih okusov, pa tudi postopen prehod na **družinsko prehrano** okrog prvega leta starosti. Materi je treba razložiti, da je dopolnilno prehrano potrebno uvesti med 17. in 26. tednom starosti. Za dopolnilno prehrano staršem priporočamo najprej postopno uvajanje zelenjavno-krompirjeve-mesne kašice (najprej belo, nato rdeče meso), ker te kašice omogočajo oskrbo z visoko biorazpoložljivim železom in cinkom, v približno mesečnih intervalih pa uvajamo še mlečno-žitno kašico in nato žitno-sadno kašico (slika 1).



Slika 1. Prehrana dojenčkov v prvem letu starosti (16).

Ob uvajanju dopolnilne prehrane naj mati nadaljuje z dojenjem.

Priporočamo uvajanje novih hranil v enotedenskih presledkih in opazujemo morebitne preobčutljivostne reakcije. Priporočamo najprej uvajanje nizko alergogenih živil: zelenjave (korenje, krompir, cvetača, koleraba, bučke), riža, koruznih kosmičev, nato še sadnih kašic (jabolko, hruška, banane). Jajčni rumenjaki priporočamo šele po šestem mesecu starosti, enako velja za ribe. Otrok naj dobi kravje mleko kot glavni napitek šele po prvem letu starosti, čeprav se majhne količine lahko dodajo dopolnilni prehrani. Približno od 10. meseca otroku ponudimo kruh. Jajčni beljak priporočamo po prvem letu starosti, enako velja za morske sadeže.

Dodajanje sladkorja in soli priporočamo po prvem letu starosti. Enako velja za med.

»Okno« za uvajanje goste hrane s koščki pri dojenčku je približno do desetega meseca starosti, kasneje je večja nevarnost težav pri hranjenju.

V času uvajanja dopolnilne prehrane pri še dojenem otroku mora biti več kot 90 % železa zagotovljenega z dopolnilno prehrano, ki naj vsebuje dovolj biorazpoložljivega železa.

Uvajanje hrane z žitaricami, ki vsebujejo gluten (pšenica, ječmen, rž, pa tudi oves), priporočamo med šestim in sedmim mesecem starosti postopno, v majhnih količinah, najbolje ko je otrok še dojen, saj to zmanjšuje tveganje za razvoj neprenašanja glutena (celiakijo).



3.4 PRIPOROČILA ZA PREHRANO DOJENČKOV S POVEČANIM TVEGANJEM ZA RAZVOJ ALERGIJSKIH BOLEZNI

Dojenčki s povečanim tveganjem za razvoj alergije so tisti dojenčki, katerih starši ali sorojenci imajo dokazano alergijo.

Priporočila za dojenje pri dojenčkih s povečanim tveganjem za razvoj alergije so enaka kot pri dojenčkih brez povečanega tveganja, torej izključno ali polno dojenje do šestega meseca starosti.

V času dojenja pri materi ne priporočamo kakršnekoli izključitvene diete.

Če dojenje ni možno, priporočamo za dojenčke s povečanim tveganjem za razvoj alergije hranjenje z beljakovinskimi hidrolizati kravjega mleka prvih šest mesecev starosti (17). Bolj priporočljivo je hranjenje z beljakovinskimi hidrolizati z visoko stopnjo hidroliziranosti (ekstenzivni hidrolizati) (17,18).

Mlečne formule na osnovi drugih beljakovin kot so ovčje, kozje, kobilje mleko in druga mleka ter mleka na osnovi soje in riža, nimajo preventivnega vpliva na razvoj alergijske bolezni in se zato ne priporočajo.

Priporočamo, da dopolnilno prehrano uvajamo enako kot pri dojenčkih brez večjega tveganja za razvoj alergijskih bolezni.

3.5 UVAJANJE GLUTENA V DOPOLNILNO PREHRANO

Tveganje za razvoj celiakije je odvisno od genetskih, imunoloških in okoljskih dejavnikov.

V nedavnih raziskavah so ugotovili, da uvajanje majhnih količin glutena, ko je otrok še dojen, lahko zmanjša tveganje za razvoj celiakije. Povečano tveganje za razvoj celiakije nastopi pri otrocih, ki dobijo gluten prezgodaj, pred dopolnjenimi štirimi meseci starosti, ali pa prepozno, po sedmem mesecu starosti. Pri genetsko predisponiranih otrocih je bilo prezgodnje uvajanje glutena, pred dopolnjenimi tremi meseci, in verjetno tudi prepozno uvajanje, po sedmem mesecu, povezano z večjim tveganjem tudi za razvoj sladkorne bolezni tip 1 in alergije na pšenico (1).

Na osnovi znanstvenih dokazov Komite za prehrano pri združenju ESPGHAN priporoča, da gluten ne uvajamo pred štirimi meseci starosti, niti prepozno, po sedmem mesecu starosti. Uvajanje naj bo postopno, medtem ko je otrok še dojen. Dojenje ne omogoča trajne zaščite pred celiakijo, lahko le odloži njen pojav.

Delovna skupina za nutricionistiko priporoča, da se tudi v Sloveniji držimo priporočil združenja ESPGHAN ter upoštevamo varno okno glede neuvajanja glutena pred dopolnjenimi štirimi meseci in po sedmem mesecu starosti. Najbolje ga je uvesti med šestim in sedmim mesecem starosti, in sicer ob tem, ko je otrok še dojen.

3.6 RAZVOJ SENZORIKE IN ZAZNAV OKUSA PRI DOJENČKIH OB UVAJANJU DOPOLNILNE PREHRANE

Zaznavanje okusa se razvije že prenatalno, najbolj v zadnjih mesecih nosečnosti ter v prvem in drugem letu življenja. Izraz »okus« v širšem pomenu besede zajema aromo (kombinacija vonja in okusa), okus in teksturo. Nosečnica oz. doječa mati lahko z uživanjem pestre in raznolike hrane ugodno vpliva na razvoj prehranskih preferenc otroka. Na sprejemljivost živil odločilno vplivajo izkušnje, ki se razvijejo s ponavljajočimi se izpostavitvami določenim okusom (grenek, slan, kisel), medtem ko je nagnjenost za sladek okus že prirojena (3).

V času uvajanja mešane dopolnilne prehrane lahko s pestro prehrano pomembno vplivamo na sprejemanje novih živil. Od šestega meseca do dopolnjenega drugega leta starosti je obdobje, ko dojenčki in malčki najbolj sprejemajo nove arome in okuse, in sicer mnogo bolje kot po dopolnjenem drugem letu starosti. Zato je pomembno, da v tem starostnem obdobju dojenčki in malčkiokusijo kar največ različnih zdravih živil, zlasti raznovrstne zelenjave (19).



Staršem je potrebno pojasniti, da je zavračanje novih živil, npr. zelenjave, normalno (3). V primeru, da 6 - 10-mesečni dojenček ob uvajanju nove zelenjave ne mara, je treba vztrajati in mu to zelenjavo na nevsiljiv način ponuditi zaporedno vsak dan vsaj 8 do 11-krat. Po osmih ponovitvah se več kot 70 % dojenčkov navadi na nov okus zelenjave, čeprav je sprva niso marali (20). Dojenčki, ki se navadijo na nov okus zelenjave, jo sprejmejo tudi devet mesecev pozneje, kar pomeni, da se navadijo na nov okus za dalj časa. 85 % staršev po treh neuspešnih poskusih nujenja zelenjave dojenčku odneha, ker sklepajo, da je ne mara. Tako ne izkoristijo potenciala in pripravljenosti dojenčka za navajanje in sprejemanje novih okusov (21).

Dojenčka je treba navaditi na čim manj sladka in slana živila ter napitke, saj ga je pozneje mnogo težje odvaditi od takih živil. Malčku smemo dati sladkor v koncentrirani obliki (npr. sladoled, sladica, desert) šele, ko je spoznal in osvojil raznovrstne okuse zelenjave in sadja (3,19).

3.7 DODATNA PRIPOROČILA GLEDE UVAJANJA MEDU V DOPOLNILNO PREHRANO (1)

Med vsebuje spore *Clostridium botulinum* in lahko povzroči razvoj botulizma pri dojenčkih. Komite za prehrano pri združenju ESPGHAN zato priporoča, da med uvajamo šele po prvem letu starosti (razen, če so pri industrijski pripravi toplotno odporne spore inaktivirane pod visokim tlakom in z obdelavo pri visoki temperaturi).

3.8 POSEBNE POTREBE PRI VEGETARIJANSKI PREHRANI (1)

Delovna skupina za nutricionistiko odsvetuje vegetarijansko prehrano v dojenčkovem obdobju, saj že manjše nepravilnosti v sestavi vegetarijanske prehrane lahko privedejo do pomanjkanja posameznih osnovnih prehranskih sestavin in škodujejo otrokovemu zdravju. Če so dojenčki kljub temu hranjeni vegetarijansko, naj uživajo zadostno količino materinega mleka ali mlečne formule (okrog 500 ml) ter mlečnih izdelkov. Dojenčki, hranjeni z vegetarijansko prehrano, morajo biti pod redno zdravniško kontrolo.

Veganska in makrobiotska prehrana za dojenčke in otroke zaradi škodljivosti nista primerni.

4. ZAKLJUČEK

Delovna skupina za nutricionistiko je multidisciplinarna in vključuje strokovnjake različnih področij: neonatologije, alergologije, endokrinologije, nutricionistike, gastroenterologije in splošne pediatrije. Osnovno izhodišče za pripravo smernic so bila priporočila Evropskega združenja za pediatrično gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko - ESPGHAN, Svetovne zdravstvene organizacije, Evropskega združenja za pediatrično alergologijo in klinično imunologijo - ESPACI, Ameriške Akademije za pediatrijo - AAP, Priporočila Inštituta za prehrano otrok v Dortmundu in D-A-CH referenčne vrednosti za vnos hranil, ki jih je prevzela Slovenija.

4.1 ZAKLJUČKI:

- Priporočila za prehrano dojenčkov v Sloveniji so napisana za zdrave in donošene dojenčke.
- Izključno ali polno dojenje priporočamo v prvih šestih mesecih življenja.
- Če dojenje ni možno, priporočamo mlečno formulo po priporočilih standarda Codex Alimentarius, revidiranem leta 2007.
- Splošnih priporočil za antiregurgitacijske mlečne formule in mlečne formule z dodatki prebiotikov, probiotikov in sinbiotikov še ni možno narediti.
- Sojine mlečne formule niso prva izbira za prehrano zdravih dojenčkov.
- Vitamin D priporočamo po prvem tednu življenja v dozi 400 IE dnevno. Odmerek je enak za dojene dojenčke in dojenčke, hranjene z mlečno formulo.
- Dopolnilne prehrane (čvrste hrane in tekočine, ki ni materino mleko ali mlečna formula) ne priporočamo uvajati pred 17. tednom in ne po 26. tednu starosti.



- Priporočamo nadaljevanje dojenja ob uvajanju dopolnilne prehrane.
- Nova hrana uvajamo v presledkih enega tedna.
- Začnemo s kašami iz zelenjave, nato krompirja in mesa (najprej belo, nato rdeče meso), sledijo mlečno-žitne kaše in sadno-žitne kaše.
- Začnemo z nizko alergogenimi živili: zelenjavo (korenje, krompir, cvetača, koleraba, bučke), rižem, koruznimi kosmiči, nato s sadnimi kašami (jabolko, hruška, banana).
- Kruh dajemo otroku od 10. meseca.
- Jajčni rumenjaki in ribe lahko uvajamo po šestem mesecu starosti.
- Jajčni beljak in morski sadeži so dovoljeni po prvem letu starosti.
- Sladkor in sol dodajamo po prvem letu starosti.
- V času uvajanja dopolnilne prehrane pri še dojenem otroku mora več kot 90 % železa zagotavljati dopolnilna prehrana, ki naj vsebuje dovolj biorazpoložljivega železa.
- Kravje mleko je slab vir železa in ga zato kot glavno pijačo priporočamo šele po prvem letu starosti, čeprav majhne količine lahko dodamo dopolnilni prehrani.
- Uvajanje glutena v dopolnilno prehrano naj ne bo prezgodnje, pred četrtem mesecem starosti, in ne prepozno, po sedmem mesecu starosti. V tem varnem obdobju ali »oknu« priporočamo postopno uvajanje glutena, in sicer v majhnih količinah med šestim in sedmim mesecem starosti, saj zmanjša tveganje za razvoj celiakije, sladkorne bolezni tip 1 in alergije na pšenico.
- Priporočamo uvajanje medu po prvem letu starosti.
- Odsvetujemo vegetarijansko prehrano v dojenčkovem obdobju, saj že manjše nepravilnosti v sestavi vegetarijanske prehrane lahko privedejo do pomanjkanja posameznih osnovnih prehranskih sestavin in škodujejo otrokovemu zdravju.
- Če so dojenčki kljub temu hranjeni vegetarijansko, naj uživajo zadostno količino materinega mleka ali mlečne formule (vsaj 500 ml) ter mlečnih izdelkov. Dojenčki, hranjeni z vegetarijansko prehrano, morajo biti pod rednim zdravniškim nadzorom.
- Veganska in makrobiotska prehrana pri dojenčkih nista primerni.

5. LITERATURA

1. Agostini C, Decsi T, Fewtrell M. et al. *Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2008, vol. 46, No. 1: 99-110.



2. World Health Organisation (revised 2008): *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action*. World Health Organisation, EU Project Contract N. SPC 2002359. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxemburg.
3. World Health Organisation (2005- 2006): *Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union*. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxemburg.
4. World Health Organisation. *The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation, 2004*. Geneva, Switzerland. 28-3-2001.
5. Kramer MS, Kakuma R. *Optimal duration of exclusive breastfeeding*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 1. Art.No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.
6. León-Cava N, Lutter C, Ross J. et al. *Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence*. Pan American Health Organisation, Washington DC, 2002.
7. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, et al. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe;: current situation*. *Public Health Nutr* 2005; 8: 39-46.
8. Michaelsen KF. *Breastfeeding*. In: Koletzko B. (ed.): *Pediatric Nutrition in practice*. Basel, Karger, 2008, 85-89.
9. World Health Organisation Collaborative study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. *Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis*. *Lancet* 2000; 355: 451-455.
10. Bergmann RL, Bergmann KE. *Nutrition in pregnancy and Lactation*. In: koletzko B.(ed.). *Pediatric Nutrition in Practice*. Basel, Karger, 2008: 125-29.
11. Wagner CL, Greer FR, Section on breastfeeding and Committee on Nutrition. *Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children, and adolescents*. *Pediatrics*, 2008; 122 (5): 1142-52.
12. Hren I, Fidler-Mis N, Breclj J. et al. *Effect of formula supplementation in breast-fed infants with failure to thrive*. *Pediatrics International* 2009; 51(3): 346-51.
13. Koletzko B, Baker S, Cleghorn G. et al. *Global standard for composition of infant formula: recommendations of an ESPGHAN coordinated international expert group*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; 41: 584-99.
14. Codex Alimentarius: *Joint FAO/WHO Food Standards Programme*. Codex Alimentarius Commission. 13 th Session, FAO Headquarters, Rome, Italy. 2007. <http://www.codexalimentarius.net/download/report/684/>
15. Turck D. *Formula Feeding*. In: Koletzko B. (ed.): *Pediatric Nutrition in Practice*. Basel, Karger, 2008.: 90-97.
16. Koletzko B. Dokoupil K. *Feeding my baby-Advice for Families*. In: Koletzko B. (ed.): *Pediatric Nutrition in Practice*. Basel, Karger, 2008; 293-95.
17. Muraro A, Dreborg S, Halken S. et al. *Dietary prevention of allergic diseases in infants and small children. Part III. Critical review of published peer-reviewed observational and interventional studies and final recommendations*. *Pediatr Allergy Immunol* 2004; 15:291-307.
18. American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. *Hypoallergic infant formulas*. *Pediatrics* 2000; 106: 346-9.
19. Du Toit, Katz Y, Sasieni P et al. *Early consumption of peanuts in infancy is Associated with a low prevalence of peanut allergy*. *J Allergy Clin Immunol* 2008; 984-991.
20. Sullivan SA, Birch LL. *Infant dietary experience and acceptance of solid foods*. *Pediatrics*, 1994; 93: 271-277.
21. Maier A, Chabanet C, Schaal B. et al. *Effects of repeated exposure disliked vegetables in on acceptance of initially 7-months old infants*. *Food Quality and Preference*, 2007; 18: 1023-32.



IZZIVI ZA ZDRAVO PREHRANJEVANJE OTROK IN MLADOSTNIKOV

Mojca Gabrijelčič Blenkuš, dr.med.

Inštitut za varovanje zdravja RS

IZVLEČEK

Epidemija debelosti je trenutno eden največjih javnozdravstvenih izzivov, povezanih s prehranskimi in gibalnimi navadami. Zdrave prehranjevalne navade otrok in mladostnikov so posebej pomembne, saj prav zdravi vzorci prehranjevanja v otroštvu in adolescenci omogočajo optimalno zdravje, rast in intelektualni razvoj otrok in imajo dolgoročne pozitivne vplive na zdravje. Razvoj prehranjevalnih navad pri otrocih in mladostnikih pa ni le individualna odgovornost posameznikov, pomemben vpliv na prehransko obnašanje ima družbeno okolje in socialno ekonomsko stanje, v katerem otroci in mladi živijo.

Trženje nezdrave hrane otrokom je pomemben dejavnik, ki vpliva na razvoj nezdravih prehranskih navad in debelosti. Večina hrane, ki se trži otrokom, je nezdrava hrana, ki vsebuje prekomerno količino maščob, tudi nasičenih, sladkorja in soli, v njej pa je premalo nujno potrebnih mineralov, vitaminov in drugih sestavin, pomembnih za zdravje. Principi trženja delujejo tako, da zavajajo prehransko znanje otrok, spreminjajo njihovo preferenco za posamezna živila, njihove potrošniške navade, prehranske navade in razmerje med zaužitimi živila. Trženje poteka preko številnih medijev z uporabo »ustvarjalnih« tržnih prijemov za promocijo živil otrokom. S širjenjem satelitske televizije in elektronskih medijev so otroci povsod po svetu vedno bolj izpostavljeni intenzivnemu oglaševanju, problem pa postaja vedno bolj globalen in težje obvladljiv. Za učinkovito omejevanje trženja nezdrave hrane otrokom je potreben celovit pristop, ki naj pokriva vse obstoječe medije, ki se uporabljajo za trženje hrane otrokom. Shema šolskega sadja pa je nasprotno strukturni ukrep, ki ga zagotavlja država za spodbujanje razvoja zdravih prehranskih navad pri otrocih in mladostnikih in za povečanje uživanja sadja in zelenjave v tej populacijski skupini.

KLJUČNE BESEDE

prehrana otroka in mladostnika, shema šolskega sadja, trženje nezdrave hrane otrokom, promocija zdravja

1. UVOD

Epidemija debelosti je trenutno eden največjih javnozdravstvenih izzivov, povezanih s prehranskimi in gibalnimi navadami ter z varovalnimi in nevarnostnimi dejavniki tako na individualni kot na družbeni ravni. Klasični medicinski patogenetski koncept je večino odgovornosti za zdravje, torej tudi za razvoj slabih prehranskih navad in debelosti pri otrocih in mladostnikih, pripisoval posameznikom, bistveno manj pa strukturnim okoliščinam in socialnim determinantam zdravja (WHO, 2008), ki so jim posamezniki izpostavljeni. V nasprotju s patogenetskim konceptom salutogenetski koncept (Lindstrom in Eriksson, 2005; Lindstrom in Eriksson, 2006), razvit v drugi polovici 20. stoletja, kot osnovo za promocijo zdravja (WHO, 1986) poudarja ustvarjanje zdravju naklonjenih javnih politik in zdravih okolij ter opolnomočanje posameznikov in prilagajanje delovanje zdravstvenega sistema - torej pristope, ki jih upošteva tudi prehrana v javnem zdravju. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 1991, WHO, 1999) je poudarila celostno razumevanje vpliva življenjskih razmer in načina življenja na zdravje in s tem na potrebe po vlaganju v politike, programe in službe - tudi na področju hrane in prehrane, ki ustvarjajo, ohranjajo in krepijo zdravje ter tako posameznikom omogočajo socialno in ekonomsko primerno življenje (WHO, 2008). Tako je



SZO v začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja dodatno opredelila zdravje kot večrazsežnostni pojav, v katerem se povezovanje posameznika z naravnim in družbenim okoljem obravnava celostno, kot dinamično ravnotežje.

Debelost je v razvitem svetu najpogostejša kronična presnovna bolezen in predstavlja za kajenjem drugi najpomembnejši preprečljivi vzrok povečane obolevnosti in umrljivosti. Število otrok s prekomerno telesno težo v svetu in pri nas iz leta v leto narašča. Podatki Fakultete za šport iz leta 2007 kažejo, da je v Sloveniji prekomerno težkih in debelih 28,9 % fantov in 24,1 % deklet, starih od 6 do 19 let. Po podatkih mednarodne Skupine za raziskavo telesne teže pri otrocih in mladostnikih pa je že med petletnimi otroki prekomerno prehranjenih kar 18,4% dečkov in 20,9% deklic, pri čemer 9% dečkov in 7,9% deklic izpolnjuje merila za debelost. Naraščanje debelosti v otroštvu vzbuja veliko skrb, saj predstavlja veliko tveganje za povečanje števila srčno-žilnih obolenj, sladkorne bolezni in rakavih obolenj v prihodnje. Poleg tega se v zadnjem času pojavlja vedno več otrok z metaboličnimi motnjami, kot sta npr. sladkorna bolezen tipa II in metabolični sindrom, ki so se včasih pojavljale skoraj izključno pri odraslih. Ocenjujejo, da so v Evropi pri več kot milijon debelih otrocih prisotni indikatorji srčno-žilnih obolenj, vključno z visokim pritiskom, povišanimi vrednostmi holesterola v krvi, ter prisotni vsaj trije indikatorji metaboličnega sindroma (Lobstein in Jackson–Leach, 2006). Poleg številnih škodljivih posledic za zdravje ima debelost tudi psihološke in socialne negativne učinke.

Debelost je na fiziološki ravni posledica neravnovesja med vnosom in porabo energije. Pričujoči prispevek se bo omejil na prikaz strukturnih vplivov na vnos energije, to je prehranjevanje pri otrocih in mladostnikih.

Zdrave prehranjevalne navade otrok in mladostnikov so posebej pomembne, saj prav zdravi vzorci prehranjevanja v otroštvu in adolescenci omogočajo optimalno zdravje, rast in intelektualni razvoj otrok in imajo dolgoročne pozitivne vplive na zdravje. Prehranjevalne navade, pridobljene v otroštvu, se prenašajo tudi na kasnejše življenje. Smernice zdravega prehranjevanja za otroke in mladostnike v vzgojno-izobraževalnih ustanovah je Ministrstvo za zdravje sprejelo pred nekaj leti (Gabrijelčič in drugi, 2005), v letu 2010 pa so bile v skladu z Zakonom o šolski prehrani tudi uveljavljene.

Slabe prehranske navade otrok, ki močno odstopajo od načel zdravega prehranjevanja, ki jih priporoča Svetovna zdravstvena organizacija, postajajo globalni problem razvitega sveta. Raziskave Inštituta za varovanje zdravja in drugih slovenskih raziskovalcev so ugotovile slabe prehranske navade tudi pri slovenskih otrocih. Ti ne zaužijejo dovolj sadja in zelenjave ter redno uživajo sladkarije in sladkane pijače. Poleg tega se prehranjujejo neredno, opuščajo zajtrk in zaužijejo manjše število dnevnih obrokov od priporočenega (Jeriček in drugi, 2007). V raziskavi Evropske mreže za srce, v kateri je sodelovala tudi Slovenija, so ugotovili, da se med živili z veliko vsebnostjo maščob, sladkorja ali soli, ki jih pogosto uživajo otroci, najpogosteje pojavljajo krompirjev čips, čokolada in sladkarije, torte, piškoti, rogljiči, hitra hrana, sladkane gazirane pijače ter pikantni prigrizki (Skalla in Rotar Pavlič, 2005).

Negativni vpliv trženja hrane in brezalkoholnih pijač otrokom postaja v večjem delu sveta razlog za zaskrbljenost med snovalci politik na področju zdravja, ki pri poskusih omejevanja pritiska trženja na otroke pogosto opozarjajo na pravico otrok do zaščite pred škodljivimi učinki trženja. Zmanjševanje pritiska trženja energijsko goste, hranilno revne hrane z visoko vsebnostjo maščob, sladkorja in/ali soli ter brezalkoholnih pijač je ocenjeno kot pomemben ukrep za preprečitev prekomerne telesne teže in debelosti pri otrocih. Ukrepi na tem področju morajo biti v skladu s Konvencijo Združenih narodov o otrokovih pravicah in z Rimsko deklaracijo o varnosti preskrbe s hrano v svetu, ki zagovarjata



pravico otrok do zadostne, varne ter hranilno bogate hrane.

Sadje in zelenjava predstavljata eno od ključnih skupin živil v človekovi prehrani, tudi v prehrani otroka in mladostnika. Z zadostnim uživanjem sadja in zelenjave telesu so telesu zagotovljene predvsem esencialne hranilne snovi, ki zvišujejo antioksidativni potencial telesa, in dietna vlaknina, obenem z vključevanje sadja in zelenjave v jedilnike prispeva k redčenju energijske gostote obrokov. Svetovna zdravstvena organizacija je (WHO, 2003) v pregledni analizi obstoječega znanja objavila prepričljive razloge za: povečanje tveganja za naraščanje telesne teže (sedeč življenjski slog in visok vnos energijsko goste in hranilno revne hrane) in zmanjšanje tveganja za naraščanje telesne teže (redna telesna dejavnost in visok vnos prehranske vlaknine) ter verjetne razloge za povečanje tveganja za naraščanje telesne teže (agresivno oglaševanje energijsko gostih živil in obratov hitre prehrane, visok vnos sladkanih pijač in sadnih sokov, slabi socialno ekonomski pogoji zmanjšanje tveganja za naraščanje telesne teže (domače in šolsko okolje, ki spodbuja zdrave izbire živil pri otrocih ter dojenje).

Študije kažejo, da prehrana, bogata s sadjem in zelenjavo, zmanjša možnost obolevanja za kardiovaskularnimi boleznimi, diabetesom, hipertenzijo, nekaterimi vrstami raka ter zmanjšuje možnost pojava debelosti z vsemi njenimi posledicami. Poročila o zdravju svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2002) že od leta 2002 uvrščajo tudi nezadostno uživanje sadja in zelenjava med proučevane dejavnike tveganja - glede pripisljivega bremena bolezni v Evropski regiji je nezadostno uživanje sadja in zelenjave po pomenu šesti dejavnik tveganja, pri pripisljivi prezgodnji umrljivosti pa peti dejavnik tveganja. Visok vnos dietne vlaknine, ki ga zagotavlja v prehrani predvsem skupina sadje in zelenjava, pa prepričljivo zmanjšuje tveganje za naraščanje telesne teže. Tveganje za naraščanje telesne teže verjetno zmanjšujeta tudi domače in šolsko okolje, ki spodbujata zdrave izbire živil pri otrocih. Zato je toliko bolj pomembno, da je šola okolje, kjer otroci lahko uresničujejo zdrave izbire, ko jim ponudimo sadje in zelenjavo.

V prispevku so razložene osnove promocije zdravja in pristopa zdravja v vseh politikah ter primer strukturnega dejavnika, ki negativno vpliva na prehranske navade otrok in mladih – to je pritisk trženja nezdrave hrane otrokom, in primer ukrepa, ki vzpostavlja podporno okolje za večje možnosti zdrave prehranske izbire – to je ukrep Sheme šolskega sadja.

2. PROMOCIJA ZDRAVJA IN PRISTOP ZDRAVJA V VSEH POLITIKAH

igrajo in delajo (WHO, 1986). Zdravje torej ne nastaja v zdravstvenem sektorju, ampak predvsem v vseh drugih sektorjih in je plod delovanja različnih akterjev v družbi. Zato se je na področju promocije zdravja razvila metodologija sodelovanja z drugimi sektorji, ki jo imenujemo zdravje v vseh politikah. Integracija zdravja v druge politike zahteva naslednje predpogoje: dobro strokovno osnovo, temelječo na znanstvenih informacijah; kadre z dobrim znanjem na področju javnega zdravja; dobro poznavanje delovanja političnega sistema in političnega odločanja in osvojene pogajalske veščine.

Središče pristopa zdravja v vseh politikah je raziskovanje determinant zdravja v okviru politik različnih sektorjev, ki lahko vplivajo na izboljšanje zdravja v populaciji, so pa izven vpliva zdravstvenega sektorja. Posebnega poudarka so deležne socialne determinante zdravja, saj so ključno povezane z zdravstvenimi izidi – dokazano je, da imajo posamezniki z nižjo izobrazbo in nižjim socialno ekonomskim statusom tudi slabše zdravje (WHO, 2008). Aktivnosti za zmanjševanje neenačnosti v zdravju so tako nujni del pristopa zdravja v vse politikah na kateremkoli izbranem področju.



3. NEGATIVNI VPLIV OKOLJA NA PREHRANJEVANJE OTROK IN MLADOSTNIKOV – PRIMER TRŽENJA NEZDRAVE HRANE OTROKOM

Trženje nezdrave hrane otrokom je pomemben dejavnik, ki vpliva na razvoj nezdravih prehranskih navad in debelosti. Večina hrane, ki se trži otrokom, je nezdrava hrana, ki vsebuje prekomerno količino maščob, predvsem nasičenih, sladkorja in soli, v njej pa je premalo nujno potrebnih mineralov, vitaminov in drugih sestavin, pomembnih za zdravje. Na privlačnost prehrabnenih izdelkov za otroke skušajo proizvajalci vplivati tudi z izgledom, okusom in občutkom, ki ga daje hrana v ustih. V ta namen uporabljajo številne aditive. V Britanski raziskavi so ugotovili, da 68% proizvodov, namenjenih otrokom, vsebuje aditive za izboljšanje okusa in barve (Fitzhugh in Lobstein, 2000).

Živilska industrija uporablja več različnih tehnik trženja za povečanje prodaje svojih izdelkov. Uporablja številne medije in metode promocije, s katerimi skuša povečati prodajo svojih proizvodov. Poleg klasičnih medijev, kot so npr. televizija, radio in tiskani mediji, vedno bolj se poslužuje tudi oglaševanja preko novih medijev, kot so internet, mobilna telefonija ter trženje v šolah. Tako lahko vpliva na ceno izdelkov, dostopnost, informiranost, osebni okus ter kulturne vrednote (Lobstein, 2006).

Principi trženja delujejo tako, da zavajajo prehransko znanje otrok, spreminjajo njihovo preferenco za posamezna živila, njihove potrošniške navade, prehranske navade in razmerje med zaužitimi živilami. Kolikšen je ta vpliv, pa je težko določiti. Promocija hrane nima vpliva samo na zamenjavo blagovne znamke znotraj iste skupine živil, temveč vpliva tudi na menjavo vrste živil (npr. sladkarije namesto sadja), kar pa je zaskrbljujoče (Hastings in drugi, 2006). Obstaja močna povezava med izpostavljenostjo televizijskemu oglaševanju oziroma oglaševanju energijsko goste hrane in debelostjo otrok, starih od 2 do 18 let (IUM, 2006; Lobstein and Dibb, 2005). Raziskave kažejo, da prehrabneni oglasi otroke zabavajo, da si jih otroci zapomnijo in pri tem sodelujejo (Hastings in drugi, 2006). Še posebej dojemljivi in posledično ranljivi so otroci, mlajši od 13 let, zato potrebujejo posebno zaščito.

Otroci so pomembna tarča oglaševalcev, saj je bilo ugotovljeno, da imajo preko »moči sitnarjenja« velik vpliv na nakupovalne odločitve staršev. Poleg tega tudi otroci sami postajajo vedno pomembnejši potrošniki. Ugotovili so, da otroci največji delež (kar eno tretjino) svoje žepnine porabijo za nakup sladkarij, prigrizkov in osvežilnih pijač (McNeal, 1999). Otrokom se najpogosteje oglašujejo prav prehrabneni izdelki. Najbolj oglaševani so sladkani žitni izdelki za zajtrke, aromatizirane sladke pijače, slani in sladki prigrizki ter restavracije s hitro hrano (Hastings in drugi, 2009). Ob tem prihaja do resnega informacijskega neravnovesja, saj se sporočila otrokom, naj jedo zdravo, izgubijo v poplavi sporočil industrije, ki promovirajo uživanje nezdrave hrane z nizko hranilno vrednostjo.

Raziskava Zveze prijateljev mladine v sodelovanju s Fakulteto za družbene vede Univerze v Ljubljani je pokazala, da 6-14 let stari otroci gledajo televizijo povprečno 3,5 ur na dan in si tako ogledajo povprečno 900 televizijskih oglasov na mesec. 60% otrok je ob tem izjavilo, da verjame oglaševanim sporočilom (Erjavec in Volčič, 1999).

V raziskavi, ki je bila opravljena na IVZ, sta bili ob pri pregledu trženja hrane otrokom preko interneta pregledani 2 slovenski spletni strani, ki sta namenjeni otrokom in sta najhitreje ter najlažje dostopni, 7 spletnih strani domačih in tujih živilskih podjetij, ki so imela glede na starejše raziskave največ oglasov, ter spletno omrežje Facebook, ki je trenutno zelo priljubljeno med mladimi. Na internetnih straneh, ki so namenjene otrokom, ter na spletnem omrežju Facebook smo opazili oglase za Coca-Colo, Red bull, Nutello, Jagode, Toplo čokolado, Tople sendviče, Čokoladno mleko, Corny



žitne ploščice, Kinder jajčka, Kinder čokolado, Cedevito in Raffaello bombone. Praktično na vseh spletnih straneh se pojavi vsaj ena od naslednjih tehnik trženja: nagradne igre, igrice za otroke, risanke, možnost oblikovanja vabila za rojstni dan, ki vsebuje tudi oglas, klepetalnice, dopisovanje ter iskanje prijateljev (Šinkovec in Gabrijelčič, 2009).

Raziskava, ki je potekala na Inštitutu za varovanje zdravja v okviru projekta PolMark (Gabrijelčič Blenkuš in drugi, 2009), je raziskala poglede predstavnikov vladnega in nevladnega sektorja, oglaševalcev, medijev, proizvajalcev hrane in pijač, akademskih strokovnjakov in javnih zavodov na stanje na področju trženja hrane in pijač otrokom in na možne priložnosti in ovire pri razvoju politik na področju trženja otrokom.

Ugotovljeno je bilo, da imamo v primerjavi z drugimi državami v Sloveniji relativno majhen nadzor nad trženjem hrane, kar meni tudi večina vprašanih. Najslabši se jim zdi nadzor nad izdelki, ki so zloženi poleg blagajn v prodajalnah, kar hkrati ocenjujejo kot tržno metodo z najmočnejšim vplivom na otroke v zvezi z nakupi. Po njihovem mnenju imajo močnejše učinke še televizijski oglasi za restavracije s hitro hrano, sladke pijače z zaščitno znamko v filmih za otroke in spletne igrice. Vsi vprašani so prepričani, da ima televizija določen vpliv na to, katera živila in restavracije s hitro hrano otroci izbirajo. Večina pa jih tudi meni, da se med otroci poveča tako nakup določene oglaševane vrste živil kot tudi uživanje oglaševane skupine živil ter da obstaja možna povezava med oglaševanjem in trženjem energijsko goste, mastno-sladke hrane oziroma pijač in stopnjo debelosti otrok. Zato večinoma menijo, da bi določene omejitve morale veljati za vse televizijske programe, še posebej za tiste, ki so na sporedu do 21. ure zvečer. Večina sogovornikov bi otroke zaščitila pred oglaševanjem energijsko goste, mastno-sladke hrane do njihove polnoletnosti oziroma do dopolnjenega 16. leta.

Za urejanje področja so sogovorniki podprli kombinacijo zakonske regulative ali koregulative z več možnimi praksami nadzora. V zvezi s konkretnimi primeri tržnih metod pa so večinoma izrazili podporo za ureditev z zakonodajno regulativo. V največji meri bi podprli zakonsko regulativo pri ureditvi oglaševanja mastno-sladke hrane v televizijskih oddajah, privlačnih za otroke, med 18. in 21. uro zvečer. Sledi zakonska prepoved uporabe logotipov zaščitnih znamk na šolskih pripomočkih, nato pa še prepoved spletnih strani z zaščitno znamko mastno-sladke hrane, ki ponujajo igrice in nagrade, prepoved šolskih majic z zaščitnimi znamkami hitre hrane in prepoved reklamnih SMS sporočil z oglaševanjem hrane, načrtno poslanih otrokom. V primeru sestavljanj ali igric, priloženih paketom žitaric ter sladkarij in prigrizkov, naloženih ob blagajnah v trgovinah, pa bi zakonsko prepoved podprli le pod določenimi pogoji.

Zaradi negativnega vpliva trženja hrane in brezalkoholnih pijač otrokom ter naraščanja debelosti pri otrocih se je pojavila potreba po ukrepih za omejevanje trženja energijsko goste, hranilno revne hrane z visoko vsebnostjo maščob, sladkorja in soli ter brezalkoholnih pijač otrokom. Na 57. skupščini Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Assembly) leta 2004 je bila tako sprejeta Globalna strategija o prehrani, gibanju in zdravju (Global strategy on diet, physical activity and health), ki ugotavlja, da oglaševanje hrane vpliva na izbiro hrane in prehranske navade. Globalna strategija poziva vlade k sodelovanju s skupinami potrošnikov in privatnim sektorjem (vključno z oglaševalskim sektorjem) za ureditev področja trženja hrane otrokom ter za ureditev področji, kot so sponzorstvo, promocija in oglaševanje (Šinkovec in Gabrijelčič Blenkuš, 2009).

Temu so sledile še številne iniciative (Šinkovec in Gabrijelčič Blenkuš, 2009), saj si je kar nekaj evropskih držav želelo nadaljnjih ukrepov na tem področju. Evropski regionalni urad Svetovne zdravstvene organizacije je podprl nastanek različnih mrež za podporo implementacije drugega evropskega akcijskega načrta Svetovne zdravstvene organizacije za prehransko politiko (Second



WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy), med drugim tudi Evropske mreže za zmanjševanje tržnega pritiska na otroke (European network on reducing marketing pressure on children), katere članica je tudi Slovenija. V maju 2010 pa je Generalna skupščina Svetovne zdravstvene organizacije sprejela Priporočila za trženje živil in brezalkoholnih pijač otrokom (WHO, 2010), kar je ocenjeno kot velik dosežek na tem področju na globalni ravni.

Na področju trženja hrane otrokom (Hawkes, 2009) danes obstaja več vrst možnih regulacijskih rešitev: zakoni in samoregulativa, ki se nanašajo na vse ljudi in izdelke; zakonske in samoregulatorne smernice, ki se posebej nanašajo na otroke; zakonske omejitve, ki se posebej nanašajo na otroke; ter zakonske in samoregulatorne smernice, ki se posebej nanašajo na oglaševanje hrane. Pri oblikovanju ukrepov za omejevanje trženja nezdrave hrane otrokom je zaželeno sodelovanje številnih udeležencev, kot so industrija, oglaševalci, potrošniške organizacije, neodvisne organizacije ter vladna telesa. Ključno vlogo pri pripravi ukrepov naj bi odigral zdravstveni sektor, ki deluje primarno v interesu javnega zdravja. Industrija in oglaševalci se načeloma poskušajo izogniti zakonski regulativi, več pričakujejo od samoregulatornih kodeksov, ki so bolj fleksibilni, vendar pa njihovi ukrepi pogosto ne zajemajo celostnega problema oglaševanja, uresničevanje ukrepov pa je pogosto slabo nadzirano. Na splošno pa se predpisi glede trženja hrane otrokom med državami zelo razlikujejo, večina pa jih zaenkrat ureja oglaševanje na televiziji (Šinkovec in Gabrijelčič Blenkuš, 2009).

4. POZITIVNI VPLIV OKOLJA NA PREHRANJEVANJE OTROK IN MLADOSTNIKOV – PRIMER SCHEME ŠOLSKEGA SADJA

Sadje in/ali zelenjava naj bi bila po prehranskih priporočilih vključena v vsak obrok. V prehrani sta zaželena sadje in zelenjava, pridelana pri lokalnih pridelovalcih, ki prideluje hrano na naravi, človeku in okolju prijazne načine. Študije namreč kažejo, da lokalno pridelano sadje in zelenjava vsebuje večje količine hranljivih snovi v primerjavi z živili, ki so bila skladiščena in transportirana daljši čas. Pri teh živilih se namreč bistveno zmanjša njihova hranilna, biološka vrednost ter kakovost.

Otroci in mladostniki še vedno ne uživajo sadja in zelenjave redno vsak dan, to navado ima skoraj polovica deklet in le tretjina fantov. Fante bi bilo treba skozi vzgojne programe in skriti kurikul še dodatno spodbujati k uživanju sadja in zelenjave. Uživanje sadja in zelenjave s starostjo upada. Med skupinami z različnim socialno ekonomskim statusom so statistično pomembne razlike, saj večkrat dnevno uživa sadje in zelenjavo več otrok iz družin z višjim socialno ekonomskim statusom (Jeriček in drugi, 2007). Shema šolskega sadja bi lahko z zagotavljanjem enakega dostopa za vse otroke pomembno vplivala na zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Iz malega raste veliko ali kar se Janezek nauči Janez zna. Odrasli prebivalci Slovenije pojedjo 300g sadja in zelenjave na dan, kar je 75 % priporočene vrednosti. Ocena vplivov kmetijske in prehranske politike na zdravje ob vstopu v okvir Skupne kmetijske politike pri pridružitvi ES (Lock in drugi, 2005) je pokazala, da bi z dvigom uživanja sadja in zelenjave na priporočeno raven, to je vsaj 400g na dan, v Sloveniji zmanjšali obolevnost za ishemično boleznijo srca za 10%, obolevnost za cerebrovaskularnim inzultom za 6% in obolevnost za nekaterimi vrstami raka za 6%.

Študija zaviralnih in spodbujevalnih dejavnikov zdravega prehranjevanja pri mladostnikih (Tivadar, Kamin 2005) kaže, da se otroci zavedajo pomena zdravega prehranjevanja, da o priporočilih za zdravo prehranjevanje tudi veliko vedo, manjkajo pa jim konkretne informacije in navodila, na primer, kaj pomeni porcija sadja – koliko konkretno naj pojedjo. Želja, da bi bili »cool« ni bistvena



pri odločanju mladih za zdrave prehranske prakse, izražena je le v manjši meri pri fantih. Poleg tega rezultati kažejo, da je glavni spodbujevalni dejavnik bolj zdravega prehranjevanja pri mladih dovolj velika dostopnost zdravih živil, tudi sadja in zelenjave.

Pred uvedbo Sheme šolskega sadja se je v Sloveniji izvajal pilotni projekt »Jabolko v šoli«, od leta 2004 do 2006, v sodelovanju z Ministrstvom za kmetijstvo (MKGP) in IVZ RS je bil nosilec aktivnosti Ministrstvo za šolstvo in šport. Ministrstvo je podprlo šole, ki so želele povečati ponudbo sadja za učence in dijake - izbranim šolam je financiralo nakup jabolk za vse učence oziroma dijake po skupno dogovorjeni ceni za tri šolske dni tedensko, MKGP pa je zagotovilo povezavo z lokalnimi proizvajalci. Pri evalvaciji projekta je bilo ugotovljeno: med učenci in dijaki se je povečala poraba jabolk, priljubljenost jabolk med ponudbo sadja je narasla, saj so otroci izražali veselje in željo po uživanju jabolk. Ob spoznavanju raznolikosti jedi in možnosti za uporabo jabolk se je povečal pozitiven odnos do jabolk, kar se je odražalo tudi v kulturi prehranjevanja. Jabolka so popestrila jedilnike in ponekod so nadomestila nezdrave dopolnilne obroke hrane. Med učenci in dijaki se je povečalo zavedanje o pomenu zdrave prehrane. Spodbudno je, da so vključene šole poročale o široki dodani vrednosti projekta v smislu večje povezanosti šol z lokalnim okoljem, predvsem kmeti, boljšem odnosu otrok do okoljskih vprašanj in povečani razgibanosti dejavnosti na šoli. Izkušnje projekta so bile uporabljene pri načrtovanju Sheme šolskega sadja na sistemski ravni.

SŠS je promocijski ukrep Skupne kmetijske politike EU v sektorju sadja in zelenjave. Namen tega ukrepa je spodbuditi trend porabe sadja in zelenjave in hkrati omejiti naraščanje pojavnosti prekomerne telesne teže in debelosti pri otrocih, ki prav tako povečuje tveganje za nastanek številnih kroničnih nenalezljivih bolezni sodobnega časa. Evropska komisija je po obsežni študiji ugotovila, da je SŠS eden od ukrepov, ki bi lahko dolgoročno pripomogel k izboljššanju trenutnega stanja pri porabi sadja in zelenjave. V ta namen Evropska unija ob prenovi Skupne kmetijske politike vzpostavila osnove za izvajanje Sheme šolskega sadja z Uredbo o ureditvi trga s svežim sadjem in zelenjavo (Uradni list RS, št. 65/2009, sprememba 54/2010). S tem Komisija državam članicam ES namenja določeno finančno pomoč za brezplačno razdeljevanje svežega sadja in zelenjave učencem, pri čemer daje še poseben poudarek pomenu spremljevalnim izobraževalnim in promocijskim aktivnostim.

Zainteresirana osnovna šola se za vsako šolsko leto posebej prijavi v SŠS, kjer ji Agencija Republike Slovenije za kmetijske trge in razvoj podeželja (v nadaljnjem besedilu: agencija) dodeli oziroma odobri predvideno višino pomoči za tekoče šolsko leto. Šole morajo pri izvajanju SŠS smiselno uporabljati določbe zakona, ki ureja šolsko prehrano – to je upoštevati smernice za prehranjevanje v vzgojno-izobraževalnih zavodih, ki jih potrjuje Strokovni svet Republike Slovenije za splošno izobraževanje.

Razdeljevati se smejo le vrste svežega sadja in zelenjave, ki so navedene v uredbi, sadje pa naj se uživa sveže in ne predelano (kuhano, praženo, kisano, posušeno, kandirano...). Izjema so lešniki in orehi, ki se uživajo suhi (vendar ne praženi). Šola lahko izbira med naslednjimi vrstami svežega sadja in zelenjave: jabolka, melone, paradižnik, hruške, lubenice, zelje (presno), marelice, jagode, kolerabica, češnje in višnje, ameriške borovnice, korenje, breskve in nektarine, rdeči in črni ribez, kumare, slive, maline, paprika, kaki, lešniki (suhi), rdeča redkvica, fige, orehi (suhi), kislo zelje, kivi, kislata repa, mandarine.

V šolskem letu 2009/10, ko se je shema izvajala prvič, je bilo vanjo vključenih 73 % slovenskih osnovnih šol. Slovenija je razširila starostni razpon vključenih učencev, in sicer iz omejenih 6 – 10 let je uspela zagotoviti sredstva za vključitev vseh osnovnošolcev, to je v starosti od 6 do 15 leta. Večina šol, ki so vključene v Shemo, sadje ali zelenjavo razdeljujejo 1-krat tedensko med odmori.



Sadje ali zelenjavo po šolah delijo na različne načine, ponekod v razredih ali pa jedilnicah, v nekaterih šolah imajo na voljo celo posebne kotičke s košarami. Med izobraževalnimi in promocijskimi aktivnostmi, ki jih šole pripravljajo, prevladujejo razredne ure z vsebinami sadja in zelenjave, naravoslovni dnevi, aktivnosti, kjer se družijo učitelji, učenci in starši. Tako so nekatere šole pripravile izobraževanje za starše, kar je še posebej pomembno, saj podatki za Slovenijo kažejo, da tudi odrasli uživajo sadje in zelenjavo neredno in premalo. Otroke spodbujajo k uživanju sadja in zelenjave na različne načine, kot so obisk sadovnjaka, z različnimi prispevki, ki jih otroci pripravljajo za šolski radio ali pa za lokalne medije in z delavnicami, kjer oblikujejo plakate, panoje, pripravljajo razstave. Za učitelje pa so predvidena strokovna usposabljanja (Fajdiga Turk in drugi, 2010).

Ključne aktivnosti za uspešno izvajanje SŠS so izobraževalne in promocijske aktivnosti šole. Šole v aktivnosti vključujejo učence, starše in delavce šole, lokalne strokovnjake na področju kmetijstva in zdravja. Strokovnjaki javnih zavodov (ZZV in KGZ) so seznanjeni z evropskim ukrepom SŠS, ter s tem šolam s svojim bogatim znanjem in izkušnjami pomagajo izvesti marsikatero spremljajočo promocijsko aktivnost, vezano na pridelavo sadja in zelenjave in vključevanjem le tega v zdrav način življenja (Fajdiga Turk in drugi, 2010).

5. ZAKLJUČEK

Naraščanje števila otrok in mladostnikov s prekomerno telesno težo in debelostjo ter vse slabše prehranske navade otrok in mladostnikov tako po svetu kot tudi pri nas, so izredno zaskrbljujoče. V prispevku so bili prikazani pristopi promocije zdravja in zdravje v vseh politikah, strukturni dejavnik vpliva na slabe prehranske navade otrok in mladih (pritisk trženja nezdrave hrane otrokom) ter strukturni ukrep za izboljšanje prehranskih navad otrok in mladih (ukrep Sheme šolskega sadja).

Za učinkovito omejevanje trženja nezdrave hrane otrokom je potreben celovit mednarodni pristop, ki naj bi pokrival vse obstoječe medije, ki se uporabljajo za trženje hrane otrokom. Zgovoren primer sta Švedska in Norveška, ki sta že pred leti poskušali zaščititi svoje otroke pred televizijskim oglaševanjem s prepovedjo televizijskih oglasov za otroke do 12. leta. Njihova prizadevanja pa je ogrozilo oglaševanje na tujih kabelskih in satelitskih televizijskih programih ter trženje prek drugih medijev. Zato so potrebne strategije na evropski ter svetovni ravni, saj je trženje po naravi svojih strategij in svojega dosega mednarodno.

Poleg omejevanja trženja nezdrave hrane otrokom pa je potrebno spodbujati tudi ukrepe za izravnano učinka trženja nezdrave hrane oz. tako imenovane »nasprotno ukrepe«, kot so promocija uživanja sadja in zelenjave, splošni izobraževalni ukrepi, osredotočeni na hrano in zdravje, programi medijske pismenosti, ki poskušajo posredovati otrokom znanja in spretnosti za kritično interpretacijo sporočil in oglasov ter programi telesne aktivnosti. Eden boljših pristopov, ki so bili na strani spodbujanja uživanja zdravih živil sprejeti v Sloveniji, je prav Shema šolskega sadja.

6. LITERATURA

1. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T (2007). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
2. Erjavec K, Volčič Z (1999). *Odraščanje z mediji*. Ljubljana: Zveza prijateljev mladine Slovenije.
3. Fajdiga Turk V, Turk M, Gabrijelčič Blenkuš M (2010). *Izobraževanja za izvajanje Sheme šolskega sadja v šolskem letu 2009/10 v slovenskih osnovnih šolah*. Inštitut za varovanje zdravja.
4. Fitzhugh K, Lobstein T (2000). *Children's food examined. An examination of the nutritional values of 358 foods aimed at children*. London: The Food Commission.



5. *Gabrijelčič Blenkuš M, Pograjc L, Gregorič M, Adamič M (2005). Smernice zdravega prehranjevanja za otroke in mladostnike v vzgojno-izobraževalnih ustanovah. Ministrstvo za zdravje.*
6. *Gabrijelčič Blenkuš M, Scagnetti N, Lesnik T, Gregorič M (2009). Poročilo študije o trženju hrane in pijač otrokom za slovenijo. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.*
7. *Hastings G, McDermott L, Angus K, Stead M and Thomson S (2006). The Extent, Nature and Effects of Food Promotion to Children: A Review of the Evidence. Geneva: World Health Organization.*
8. *Hawkes C (2009). National Policies on Food Marketing to Children in Europe: A Reference Guide.*
9. *Institute of Medicine, Committee on Food Marketing and the Diets of Children and Youth (2006). Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity? Washington: The National Academies Press.*
10. *Jeriček H Lavtar D, Pokrajac T, ur. (2007). Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: HBSC Slovenija 2006. Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.*
11. *Lindstrom B., Eriksson M. (2005). Salutogenesis. In: J. Epidemiol Community Health 59: 440-2.*
12. *Lindstrom B., Eriksson M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. Health Promotion International 21(3): 238-43.*
13. *Lobstein T, Dobb S (2005). Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight. Obesity Reviews, 6: 203-208.*
14. *Lobstein T (2006). Marketing to children: Understanding the need for international standards. London: International Obesity TaskForce/International Association for the Study of Obesity.*
15. *Lock K, Gabrijelčič Blenkuš M, Maučec Zakotnik J, Poličnik R (2005). Ocena vplivov kmetijske in prehranske politike na zdravje. Ministrstvo za zdravje.*
16. *McNeal JU (1999). The Kid's Market: Myths and Realities. Ithaca: Paramount Market Publishing.*
17. *Skalla S, Rotar-Pavlič D (2005). Trženje nezdrave hrane otrokom v Evropi: Poročilo 1. faze projekta »Otroci, debelost in s tem povezane preprečljive kronične bolezni«. Brussels: European Heart Network.*
18. *Strel J, Kovač M, Starc G. BMI and obesity trends of Slovenian children and youth 1987-1997-2007. Ljubljana, UL - Fakulteta za šport (spletne strani), 2008. (and obesity trends of Slovenian children and youth 1987.pdf)*
19. *Šinkovec N, Gabrijelčič Blenkuš M (2009). Omejevanje trženja nezdrave hrane otrokom. IVZ.*
20. *Tivadar B, Kamin T (2005). Razvoj pristopov za spodbujanje zdrave prehrane in gibanja v srednjih šolah. Inštitut za varovanje zdravja.*
21. *WHO (1986). The Ottawa charter for health promotion. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf <27. 7. 2008>*
22. *WHO (1991). Targets for Health for all. The Health Policy for Europe. World Health Organization, Regional office for Europe, Copenhagen.*
23. *WHO (1999) Health 21: The health for all policy framework for the WHO European region. Copenhagen: WHO Office for Europe. <http://www.euro.who.int/document/ehfa5-e.pdf> <16. 10. 2007>*
24. *WHO (2002). Reducing Risks, Promoting Healthy Life: World Health Organization Geneva: The World Health Report.*
25. *WHO (2003a). Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO, Technical Report Series 916.*
26. *WHO (2008). Closing the gap in a generation. Commission on social determinants of health report. WHO, Geneva.*
27. *WHO (2010). Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. WHO, Geneva.*



SPREMLJANJE DOJENJA, PREHRANE DOJENČKOV IN MAJHNIH OTROK TER NJIHOVEGA PREHRANSKEGA STATUSA ZA NAČRTOVANJE IN EVALVACIJO UKREPOV NA TEM PODROČJU

Vida Fajdiga Turk, Inštitut za varovanje zdravja RS

Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Inštitut za varovanje zdravja RS

Polonca Truden Dobrin, Inštitut za varovanje zdravja RS

Zalka Drglin, Inštitut za varovanje zdravja RS

Barbara Mihevc Ponikvar, Inštitut za varovanje zdravja RS

Silvestra Hoyer, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

Borut Bratanič, Univerzitetni klinični center Ljubljana - Pediatrična klinika

Andreja Domjan Arnšek, Univerzitetni klinični center Ljubljana – Ginekološka klinika

Romana Štokelj, Inštitut za varovanje zdravja RS

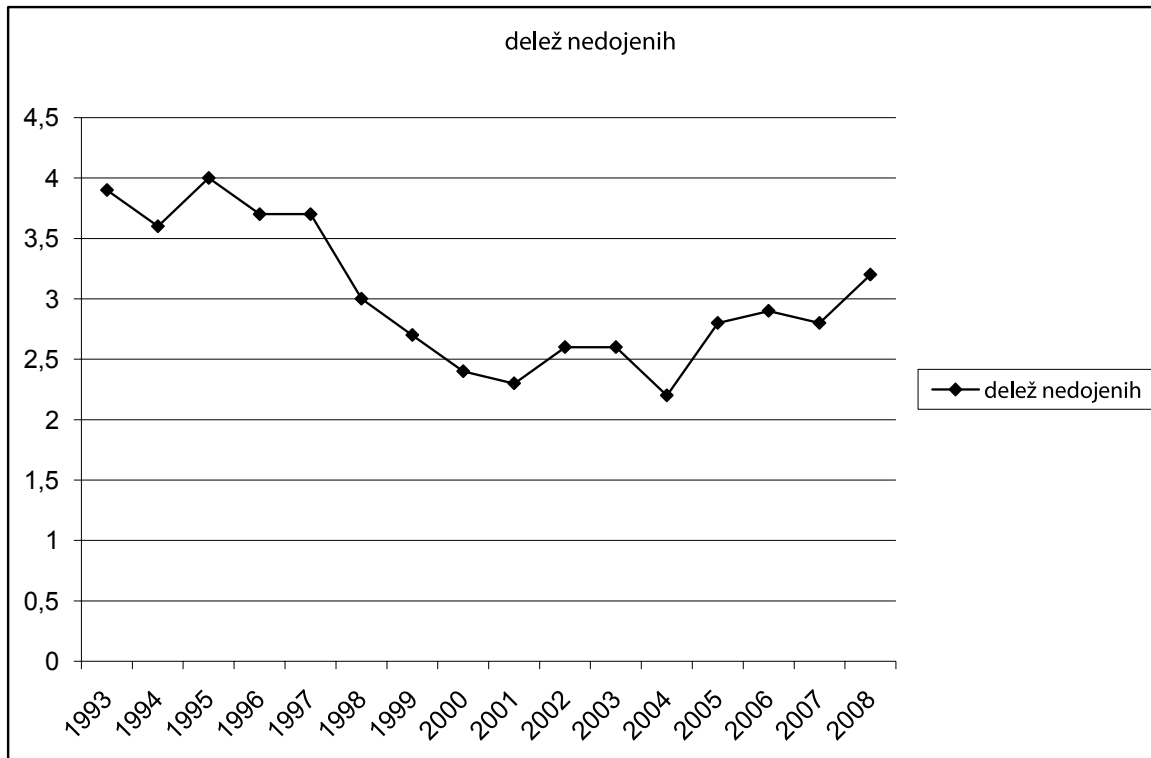
KLJUČNE BESEDE

prehrana dojenčkov, prehrana majhnih otrok, dojenje, prehranski status

1. UVOD

Dojenje je naraven in optimalen način hranjenja dojenčkov in malih otrok. Zaradi svoje sestave je materino mleko naravna in najbolj prilagojena hrana za dojenčke. Številne znanstvene raziskave navajajo, da je izključno dojenje v prvih šestih mesecih dojenčkove starosti ter pozneje delno dojenje ob ustrezni dopolnilni prehrani zagotavlja optimalno rast in razvoj dojenčka in majhnega otroka. Pri dojenčkih in malih otrocih, ki niso dojeni, je povečano tveganje za okužbe dihal, črevesnih bolezni in drugih okužb, za razvoj prekomerne telesne teže in debelosti, motenj presnove, zgodnjega pojava alergij, astme, pa tudi nižjega IQ. V materinem mleku so pomembne hranilne in snovi, ki jih ni v mlečnih pripravkih. Hkrati pa dojenje ponuja dojenčku veliko ugodja ter varnost in nežnost, kar je pomembno za njegov duševni razvoj. Za uspešno dojenje pa ženske potrebujejo ustrezne informacije, podporo in pomoč. (Holden in sod., 2000; Insel in sod, 2004; Brown, 2005; Whitney in sod, 2002; WHO, 1998; WHO, 2000; WHO, 2004)

V Sloveniji imamo na sistemski ravni trenutno le podatke o pogostnosti dojenja ob odpustu iz porodnišnice. Po teh podatkih je v letu 2008 ob odpustu iz porodnišnic dojilo 97 % mater, podatek pa zajema polno in delno dojenje. V obdobju od leta 1993 pa do leta 2008 je bilo ob odpustu iz porodnišnic nedojenih povprečno 3,0 % dojenčkov. Največ, 4,0 % jih je bilo nedojenih leta 1995, najmanj, 2,2 % pa leta 2004 (IVZ, 2010).



Slika 1: Delež nedojenih dojenčkov pri odpustu iz porodnišnice (IVZ, 2010)

Dojenje je v prejšnjem stoletju upadalo zaradi posledic izdelave prilagojenega mleka za hranjenje dojenčkov in otrok in njegovega uspešnega trženja. Vendar pa so se trendi dojenja med leti 1990 in 2000 obrnili v pozitivno smer. Zasluge za to imajo tudi mednarodne pobude za podporo dojenju (Mednarodni kodeks o trženju nadomestkov za materino mleko, Deklaracija Innocenti, Novorojenčkom prijazne porodnišnice - NPP in program Dojenju prijazne zdravstvene ustanove, ki izhaja iz mednarodne pobude za NPP).

Podatki iz tujine kažejo, da ženske iz nižjih socio-ekonomskih skupin dojenčke manj pogosto dojijo, jih bolj pogosto hranijo z mlečnimi pripravki in s tem prikrajšajo svoje otroke za zdravstvene prednosti dojenja (Amir in Donath, 2008; Flacking in sod., 2007). Tudi pri nas se je iz analize podatkov o dojenju ob odpustu iz porodnišnice pokazala pričakovana razlika v nedojenju glede na socio-ekonomske dejavnike (IVZ, 2010). Pri podpori dojenju so v veliko pomoč Šole za starše, Novorojenčkom prijazne porodnišnice in Dojenju prijazne zdravstvene ustanove, ki so strokovno podprte s strani Nacionalnega odbora za podporo dojenju pri Unicefu Slovenija (Bigec in sod., 2008; Bratanič in sod., 2005).

Na podlagi obstoječih parcialnih študij prevalence dojenja ugotavljamo, da dojenje v Sloveniji ni skladno s priporočili. Po nekaterih podatkih naj bi dojenje do šestega meseca dojenčkove starosti upadalo. Tako so na primer v dojenju prijazni zdravstveni ustanovi ZD dr. Adolfa Drolca ugotovili, da se do tretjega meseca dojenčkove starosti hrani izključno z mlečnimi nadomestki že skoraj tretjina vseh dojenčkov (Bigec in sod., 2008).

2. NAMEN RAZISKAVE

Z raziskavo bomo pregledali stanje v Sloveniji glede poteka dojenja in prehrane dojenčkov in majhnih otrok. Naloga želi prispevati k izboljššanju spremljanja dojenja in otrokove prehrane ter prehranskega statusa v prvih letih življenja, osvetliti problem vzdrževanja dojenja ter prehoda dojenčkov na



dopolnilno prehrano, podpreti program vzgoje za zdravo starševstvo in programe vzgoje za zdravje v predšolskem obdobju pri vsebinah zdrave prehrane dojenčka ter prispevati k poenotenju doktrin različnih profesionalnih skupin v zdravstvu glede navodil o dojenju in prehrani majhnih otrok.

3. METODE

Pri izvajanju naloge prevladuje timski način dela. Bistvo tega dela je vzajemno delo članov tima ter strmenje k skupnim ciljem. Celotna naloga zahteva sodelovanje vseh članov tima. Informiranje med sodelujočimi pri projektu poteka v okviru sestankov celotne delovne skupine ter posameznih delovnih skupin, sestavljenih znotraj celotnega tima ter preko elektronskih sporočil za pripravo posameznih nalog (priprava vprašalnikov itd.). Celoten potek dela na celotni nalogi je koordiniran s strani IVZ-ja.

Pri izvedbi naloge so uporabljeni naslednji metodološki pristopi :

- pregled teoretskih osnov za izdelavo raziskave in analiza obstoječega stanja (zbiranje in študij literature, pregled obstoječih podatkov) ter dogovor o uporabi enotnih definicij,
- dogovor o naboru podatkov,
- priprava instrumentarija za zbiranje podatkov in priprava vzorca,
- priprava modela in orodja za elektronsko obdelavo podatkov,
- priprava in izvedba pilotnega zbiranja podatkov, vnos podatkov in kontrola,
- obdelava in analiza podatkov po ključnih kazalnikih, s pripravljenim programskim orodjem, podlage za modificiranje metodoloških pristopov,
- interpretacija rezultatov s pripravo priporočil:
- za redno zbiranje podatkov o dojenju in prehrani majhnih otrok izboljšanje nacionalnega informacijskega sistema na nacionalni ravni za z dokazi podprto načrtovanje ukrepov in aktivnosti na področju dojenja in prehrane majhnih otrok, njihovo spremljanje, evalvacijo in prilagajanje,
- za organizacijske pristope strokovnih služb in drugih, ki lahko pripomorejo k uspešnemu dojenju,
- za vzdrževanja dojenja ter prehod dojenčkov na dopolnilno prehrano, brez nepotrebne medikalizacije tega procesa;
- za vsebine in organizacijsko izvedbo programov vzgoje za zdravo starševstvo in programe vzgoje za zdravje v predšolskem obdobju.

4. RAZPRAVA

Dojenje je naraven in optimalen način hranjenja dojenčkov in malih otrok. Izključno dojenje v prvih šestih mesecih starosti zagotovi dojenčku vse potrebno za rast in razvoj (ESPGHAN Committee on Nutrition, 2008). Dojenje se priporoča do dopolnjenega prvega leta starosti otroka (WHO, 1998), pa tudi naprej. Mnoge raziskave kažejo na koristi dojenja, ki se kažejo ne samo pri dojenčkih in otrocih, temveč tudi pri materah ter v celotni družbi (WHO, 1998; WHO, 2004).

Na podlagi obstoječih parcialnih študij prevalence dojenja ugotavljamo, da dojenje v Sloveniji ni skladno s priporočili. Po nekaterih delnih podatkih dojenje v Sloveniji do šestega meseca dojenčkove starosti upada. Prav zato bomo s pilotsko raziskavo pregledali stanje pri nas glede poteka dojenja in prehrane dojenčkov in majhnih otrok. Naloga želi prispevati k izboljšanju spremljanja dojenja in otrokove prehrane, osvetliti problem vzdrževanja dojenja ter prehoda dojenčkov na dopolnilno prehrano. Z nalogo bomo podprli tudi program vzgoje za zdravo starševstvo in programe vzgoje za zdravje v predšolskem obdobju pri vsebinah zdrave prehrane dojenčka. Predlagali bomo tudi poenotenje doktrin različnih profesionalnih skupin v zdravstvu glede navodil o dojenju in prehrani



majhnih otrok.

5. ZAKLJUČEK

Številne raziskave kažejo, da je za zdravje potrebno poskrbeti že v najzgodnejšem obdobju življenja. Na podlagi rezultatov in ugotovitev pilotne raziskave »Spremljanje dojenja, prehrane dojenčkov in majhnih otrok ter njihovega prehranskega statusa za načrtovanje in evalvacijo ukrepov na tem področju« se lahko ustvarjajo bolj optimalni pogoji za izboljšanje dojenja in uvajanja dopolnilne (mešane, čvrste) prehrane ter prehoda na prilagojeno družinsko prehrano otrok.

Zdravo in uravnoteženo prehranjevanje skozi celotno življenjsko obdobje pozitivno vpliva na dobro prehranjenost ter zdravje in počutje posameznika. V letu 2005 je bil v Državnem zboru RS sprejet Nacionalni program prehranske politike za obdobje od 2005 do 2010 (NPPP05-10). Prehransko politiko so sestavljali trije ključni stebri, v drugem stebru je bilo prvo poglavje posvečeno promociji dojenja, ki je med drugim poudarjalo pomen izključnega dojenja v prvih šestih mesecih življenja ter po tej starosti uvajanje ustrezne dopolnilne prehrane, podajalo pa je tudi ukrepe za spodbujanje dojenja in ukrepe za njegovo spremljanje.

Promocije dojenja so bile v tem obdobju sistematično deležne že nosečnice v Šolah za starše in pri rednih ginekoloških pregledih med nosečnostjo. Ob in po rojstvu sta za ozaveščanje mamic o dojenju pomembna tako institucionalno okolje (Novorojencem prijazne porodnišnice, dojenju prijazne ustanove, oboje pod okriljem Nacionalnega odbora za spodbujanje dojenja, redni sistematski pediatrični pregledi ter patronažna služba), kot tudi 'družbeno' vzpostavljena podporna dejanja in možnosti, kot so aktivnosti in dejavnosti v sklopu Mednarodnega tedna za dojenje, ki poteka vsako leto. Vsaka mamica novorojenca prejeme brezplačno knjižico o dojenju, prav tako pa so bila izdana in so dostopna številna druga promocijska gladiiva. Ob težavah in stiskah so doječi mami na voljo svetovalci. Dojenje je kot pomemben način zdravega prehranjevanja zapisan kot eden izmed 12 korakov v CINDI smernicah za zdravo prehranjevanje.



6. LITERATURA

1. Amir LH, Donath SM. Socioeconomic status and rates of breastfeeding in Australia: evidence from three recent national health surveys. *The Medical Journal of Australia*, 2008; 189 (5):254-256.
2. Bigec M, Zorman A, Frankič M, Šrok S, Bigec SB. Prevalenca dojenja v dojenju prijazni zdravstveni ustanovi – Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor V: Felc Z, Skale C, urednici. Dojenje v sodobni praksi. Simpozij z mednarodno udeležbo. Zbornik predavanj. Laško, 9. maj 2008. Celje: Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje, 2008.
3. Bratanič B, Fidler Mis N, Felc Z, Truden Dobrin P. Breastfeeding and baby friendly hospital initiative in Slovenia. *Adv Exp Med Biol* 2005; 569:205-6.
4. Brown JE. *Nutrition Through the Life Cycle*. Belmont: Thomson Wadsworth, 2005.
5. ESPGHAN Committee on Nutrition: Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, Moreno L, Puntis J, Rigo J, Shamir R, Szajewska H, Turck D, van Goudoever J. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2008; 46; 99-110.
6. Flacking R, Nyqvist HK, Ewald U. Effects of socioeconomic status on breastfeeding duration in mothers of preterm and term infants. *The European Journal of Public Health*, 2007; 17 (6):579-584.
7. Holden C, MacDonald A. *Nutrition and Child health*. Bailliere Tindall, 2000.
8. IVZ (Inštitut za varovanje zdravja RS), Perinatalni informacijski sistem RS, 1993-2008. Zbirka podatkov IVZ. IVZ, Ljubljana; 2010.
9. Insel P, Turner ER, Ross D. *Nutrition*. Sudbury: Jones and Barlett Publishers, 2004.
10. Maučec Zakotnik J et al. Nacionalni program prehranske politike od 2005 do 2010. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2005.
11. Whitney EN, Cataldo CB, Rolfes SR. *Understanding Normal and Clinical Nutrition*. Belmont. Wadsworth. Thomson Learning, 2002.
12. WHO. *Feeding and nutrition of infants and young children*. WHO Regional Publications, European Series, 2000, No. 87.
13. WHO. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: WHO, 1998.
14. WHO. *The optimal duration of exclusive breastfeeding*. Geneva: Report of an expert consultation, 2004.



DOJENJE IN RAZVOJ USTNE VOTLINE

*Zvonka Debenak, sms
ZD dr. Adolfa Drolca Maribor
Specialistična zobozdravstvena služba za otroke in mladino*

IZVLEČEK

V prvem delu prispevka je predstavljen odločilen pomen dojenja na razvoj otrokovega ustno-obraznega predela in na celoten psihofizični razvoj otroka. Poudariti želimo pomen dojenja pred hranjenjem s stekleničko z vidika zadovoljevanja otrokovih potreb po ljubezni in sprejetosti. Pri dojenčkih hranjenih po steklenički se v veliko večjem odstotku pojavi potreba po sesanju prsta, dude in sesanju dude na steklenički. Razvijejo se razvade, ki bistveno vplivajo na nepravilno rast in razvoj čeljusti, ter kasnejšo ohranitev zdravih mlečnih zob.

V drugem delu članka pa predstavljamo del načrtovanih zobozdravstveno vzgojno-preventivnih programov namenjenih staršem še nerojenih otrok, staršem otrok v vzgojno- varstvenih ustanovah in osnovnih šolah in vsem vzgojiteljem ter učiteljem. Nakazane so tudi posledice nedoslednega upoštevanja prehranske strategije Republike Slovenije, ki se kažejo v visoki obolevnosti zob pri predšolskih otrocih.

KLJUČNE BESEDE

dojenje, steklenična zobna gniloba, križni ugriz, KEP indeks (kariozni-ekstrahirani-plombirani zobje)

1. UVOD

V prispevku sem želela predstaviti pomen dojenja na celostni razvoj dojenčka. Tako kot je mleko potrebno kot telesna hrana, tako je dotik potreben kot duševna hrana in narava je to združila v popolno hrano za dušo in telo. Ko otrok pije materino mleko, se jo dotika, jo posluša, gleda in vonja. Tako ima možnost, da jo spoznava preko vseh čutil. Prav ta tesni stik med otrokom in materjo, ki daje po porodu obema občutek, da sta še vedno eno, je nujen, ker otrok preko njega razvije temeljni občutek do sveta, zadovoljuje potrebe po ljubezni, varnosti in sprejetosti (6). Psihomotorni razvoj dojenčka, ter njegovo doživljanje okolice sta od rojstva tesno povezana s prehranjevalnim vedenjem.

Otrok, ki ni deležen ljubezni v smislu dotikov, ljubkovanja, pestovanja, postaja plašen, ne upa raziskovati okolice. Šele ko otrok razvije zaupanje v mater, lahko razvije zaupanje tudi do drugih ljudi. Iznášli smo umetne načine kot sta dudu in cucelj, ki naj bi zadovoljili otrokovo potrebo po telesni bližini. Zdi se nam, da so celo na višji ravni, so pa žal samo nadomestki resnične ljubezni. Na tak način že zgodaj sporočamo otroku, da ne sme poslušati svojega notranjega glasu, ampak se mora potolažiti drugače (6).

Dolgoletni cilji preventivne zobozdravstvene službe so naravnani h kontinuiranemu ozaveščanju in vzpodbujanju mater k dojenju novorojenčkov.

2. METODE

Teoretično raziskovalni članek je nastal na podlagi mojih dolgoletnih delovnih izkušenj v zobozdravstveno vzgojni in preventivni dejavnosti, mnogih strokovnih usposabljanjih in predvsem v sodelovanju s starši, kjer sem si pridobila bogate izkušnje in znanje. Pri delu mi je bila ves čas v pomoč strokovna literatura s področja zdravja in razvoja ustne votline domačih in tujih avtorjev. Pri pripravi pričujočega prispevka še posebno Dojenje in zdravje ustne votline Roka Kosma, ki celostno obravnava pomen dojenja za razvoj ustne votline.



V pomoč pri razumevanju otrokovega duševnega razvoja pa mi je bila knjiga *Otrok od rojstva do šole* (Leach, 1979) in *Razvojna psihologija* (Horvat in Magajna, 1987).

3. VPLIV DOJENJA NA RAZVOJ USTNE VOTLINE

dojenje je eden najpomembnejših dejavnikov za zdrav in skladen razvoj ustne votline. Materino mleko vsebuje vse potrebne vitamine in minerale, ki so potrebni za zdrave in dobro mineralizirane zobe. Otrokova mišična aktivnost med dojenjem se pomembno razlikuje od mišične aktivnosti med hranjenjem po steklenički s cuceljem. Med dojenjem otrok s pomočjo gibanja spodnje čeljusti, ustnic in jezika mleko iztiska. S široko odprtimi usti objame bradavico in njen obroč, ki ga stiska z ustnicami, jezik pa s peristaltičnim gibanjem mehko potiska bradavico proti nebu. Pri dojenju porabi kar šestkrat več energije in potreben je bistveno večji napor kot pri hranjenju s stekleničko, kar vse skupaj pripomore k pravilni rasti ustno-obraznega predela (5).

Pri hranjenju po steklenički pa je aktivnost ustnic in lic namenjena sesanju, jezik potiska cucelj proti nebu kot bat, kar kasneje vodi do govornih motenj in spremenjenega razvoja čeljusti (7). Utemeljitelj psihoanalize Sigmund Freud utemeljuje to kot pomanjkanje zadovoljevanja potreb v prvi, oralni fazi otrokovega psihosocialnega razvoja, ki je usmerjeno na usta in izraženo skozi sesanje in grizenje (4). Pri otrocih, ki niso bili dojeni ali so bili dojeni le kratek čas, je veliko večja verjetnost, da se bodo razvile številne razvade, ki bodo negativno vplivale na celoten razvoj ustne votline in celoten psihosocialni razvoj otroka: sesanje prsta, sesanje dude in dude na steklenički, drža odprtih ust, dihanje na usta, nepravilno požiranje in vrivanje jezika med zobe (5).

Številne raziskave so pokazale, da so nekatere ortodontske nepravilnosti položaja zob, zobnih lokov in čeljusti pogostejše pri otrocih, ki niso bili dojeni. Nepravilnosti so prisotne v mlečnem zobovju, pogosto pa tudi v menjalnem in stalnem zobovju (5).

Tveganje za križni griz stranskih zob je večje pri nedojenih ali le kratek čas dojenih otrocih. Pri tej nepravilnosti zgornji mlečni kočniki ali podočniki pri ugrizu ne segajo preko spodnjih zob v smeri proti licu, kot je pravilno, ampak je medsebojni odnos zgornjih in spodnjih zob na obeh straneh ali pogosteje samo na eni strani obraten, kar vpliva na nadaljnji nepravilen odnos čeljusti in obraza (7).

4. VPLIV PREHRANE NA OHRANITEV ZDRAVIH ZOB

zdravje ustne votline pa je poleg dobrih žvekalnih navad odvisno tudi od vsebine in gostote hrane. Postopoma se tesno sožitje med otrokom in materjo začne širiti, začne se vključevati v širše okolje in v drugi polovici prvega leta postane dojenček razvojno (psihomotorno in čustveno) pripravljen na to, da začne osvajati tudi druge veščine hranjenja. S tem je mišljena pripravljenost otroka na uvajanje nove hrane, ki mora biti primerna razvojni stopnji otroka. Primerna pa mora biti tudi za morebiti že izrasle zobe, da jih bo lahko začel uporabljati za grizenje in žvečenje. Vsebinsi hrane in pijače naj ne bodo dodani sladkorji, saj bodo slednji poleg ogljikovih hidratov in bakterij, ki jih razgrajujejo v kisline, vzrok za razgradnjo zobne sklenine komaj izraslih zob (5). Hitro napredujočo razgradnjo mlečnih zob pri majhnih otrocih imenujemo karies zgodnjega otroštva ali steklenični karies, saj ga najpogosteje povzroči pitje sladkih tekočin po steklenički. Pri steklenični zobni gnilobi so običajno najbolj prizadeti zgornji mlečni sekalci in vsi prvi mlečni kočniki (5). Posledice se kažejo v zmanjšanju aktivnosti funkcije grizenja in žvečenja, v povečanju števila patogenih bakterij v ustni votlini, zmanjšanju odpornosti organizma, stalne prisotnosti bolečine in vnetja dlesni (3). Vsem tem številnim težavam se na koncu pridruži še strah, ki ga malček v tem starostnem obdobju ni sposoben racionalizirati.

Bolezenska stanja v ustni votlini: karies, vnetje dlesni, nepravilnosti v položaju zob in čeljusti, so še vedno pomemben javno zdravstveni problem. Kako pomembno je dojenje za zmanjšanje obolevnosti se še kako zaveda tudi zobozdravstvena preventivna dejavnost (5). V šolah za starše poskušamo bodoče starše opozoriti na pomen spodbujanja dojenja z vidika zobozdravstva in zdravstva nasploh.



Pri otroku začnemo s preventivo še preden je rojen in nadaljujemo skozi vsa kritična starostna obdobja. Skoraj vsakodnevno se vključujemo v programe vzgoje in izobraževanja v vseh vrtcih in osnovnih šolah Mestne občine Maribor z okolico z željo privzgojiti otrokom pozitiven odnos do zdravih prehranskih navad in zdrave ustne votline.

V okviru vseh teh aktivnosti so nastali številni projekti, samostojni učno-vzgojni pripomočki v obliki zloženk in knjižic. S projektom Voda gasila bo žejo in umivala zobe smo bistveno pripomogli k izboljšanju pitnih navad najmlajših. Uspelo nam je, da je bil sprejet odlok Ministrstva za šolstvo o prepovedi postavitve avtomatov s sladko gaziranimi pijačami na šolskih hodnikih. Danes se lahko v številnih osnovnih šolah in vrtcih v Mestni občini Maribor z okolico na šolskih hodnikih otroci odžejajo z vodo, ki jim je ponujena v obliki pitnikov ali avtomatov za vodo.

Žal pa kljub vsem dolgoletnim prizadevanjem opažamo, da sta obolevnost in KEP indeks še vedno višja v primerjavi z evropskim povprečjem. Podatki so pridobljeni ob rednem vsakoletnem spremljanju obolevnosti zob (3). Vzroke je mogoče iskati tudi v neupoštevanju prehranske strategije Republike Slovenija ter v visoki stopnji socialne razslojenosti, nezaposlenosti enega ali celo obeh staršev. Tako še vedno steklenička s sladko vsebino odžeja in nahrani marsikaterega otroka.

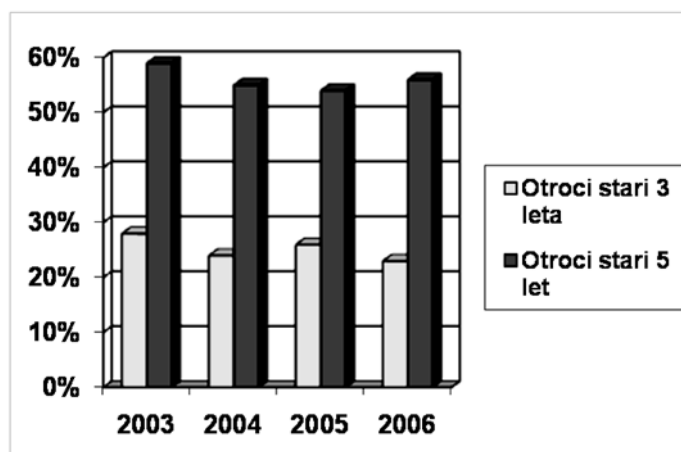


Tabela 1: Obolevnost zob in KEP indeks pri sistematsko pregledanih otrocih starih tri in pet let v območju Mestne občine Maribor in okolice (3)

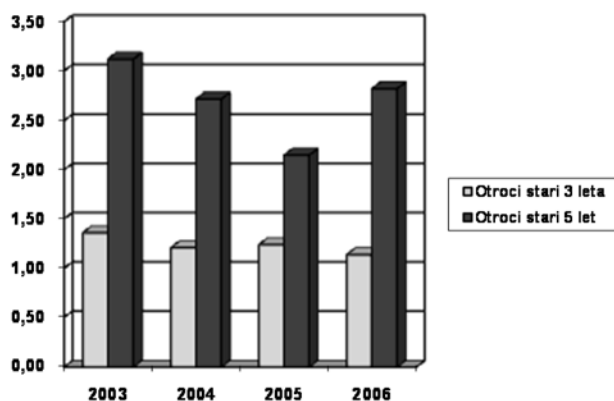


Tabela 2: KEP indeks-(K- kariozni, E- ekstrahirani, P- plombirani zobje) pri sistematsko pregledanih otrocih starih tri in pet let v območju Mestne občine Maribor in okolice (3)

Tabela prikazuje, da je bilo pri sistematskem pregledu 3. letnikov leta 2003 28% otrok z obolelimi zobmi ali v povprečju 1,36 okvarjenega zoba v ustih enega otroka. Po štirih letih smo zabeležili 5



% upad obolevnosti ali 0,22 manj obolelega zoba v ustih enega otroka. Prav tako smo ugotovili, da upada obolevnost pri petletnikih, a žal samo za 3 %. Viden pa je tudi velik porast obolevnosti zob med tretjim in petim letom otrokove starosti. V tem starostnem obdobju se obolevnost celo za več kot 100 % poveča. Podatek je zaskrbljujoč in zagotovo potreben poglobljenih analiz vseh, ki združujemo svoja prizadevanja v preventivnih programih. Vsi skupaj smo dolžni otrokom skozi vso obdobje rasti ustvariti zdrave pogoje za zdravo rast in razvoj (2, 3).

5. ZAKLJUČEK

v zobozdravstveno preventivni službi posvečamo promociji dojenja ves čas delovanja posebno pozornost. V okviru projekta ZDPU ozaveščamo bodoče starše še nerojenih otrok tako o pomenu dojenja, kot tudi o pomenu navajanja na zdrave prehranjevalne navade. Posebna pozornost pa je namenjena zlasti staršem predšolskih otrok, kjer je zdravje mlečnih zob in usklajen razvoj čeljustnic v veliki meri v njihovih rokah. Truditi se moramo, da bodo naše informacije sprejeli in se tudi ravnali v prid zdravja svojih otrok. Kajti samo s kontinuiranim načinom dela in s skupnimi prizadevanji vseh vpletenih, ki skrbimo za zdrav razvoj naših otrok, bomo dosegli želene rezultate in zastavljene cilje zobnega zdravja svetovne zdravstvene organizacije. Edino na ta način bodo vse napisane in sprejete strategije ter programi resnično zagotovili boljše zdravje otrok in jim ohranili zdrave zobe in bleščeč nasmeh. Zavedati se misli »Otroci so naše največje bogastvo« – pomeni predvsem zavedati se odgovornosti, da smo mi odrasli odgovorni za njihovo zdravje in prihodnost.

6. LITERATURA

1. *bartenjev M.: Preventivno in otroško zobozdravstvo. Ljubljana: Medicinska fakulteta univerze v Ljubljani, 1986.*
2. *Borovšak – Bela D.: Zgodnje preventivno zobozdravstveno varstvo. Zbornik predavanj XIII. Srečanje pediatrov, Maribor, 4.– 5. april 2003.*
3. *Borovšak – Bela D.: Preventivno in mladinsko zobozdravstvo – Ali nam doseženi rezultati dovoljujejo spanje na lovorikah? Slovenska Pediatrija 2000; 1: 36-8.*
4. *Horvat L. in Magajna L.: Razvojni psihologija: DZS, 1987.*
5. *Kosem R.: Dojenje in zdravje ustne votline. Vita št. 49.*
6. *Leach P.: Otrok od rojstva do šole. Ljubljana: CZNG, 1979.*
7. *Ovsenik M. in Farčnik F. M.: Ugotavljanje obsega in stopnje težavnosti zobnih in čeljustnih nepravilnosti s pomočjo indeksa EFO pri otrocih napotenih na ortodontsko zdravljenje. Zobozdravstveni Vestnik 2006; 61 : 159-163.*





III. SKLOP

PROSTE TEME



ŠOLA ZA BODOČE STARŠE – PRIPRAVA NA POROD IN STARŠEVSTVO: PREMISLEK O OPOLNOMOČENJU

*dr. Zalka Drglin, Inštitut za varovanje zdravja
Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana
zalka.drglin@ivz-rs.si*

IZVLEČEK

Prehod v starševstvo predstavlja ključen življenjski prehod, v katerem bodoči starši potrebujejo možnosti za pridobivanje in/ali razvoj starševskih kompetenc, ki kratkoročno in dolgoročno vplivajo na zdravje vseh v družini, hkrati pa so pomembne tudi za zdravje prebivalstva z vidika javnega zdravja. Naloga sodobne Šole za bodoče starše je, da konceptualno, vsebinsko in metodološko premišljeno prispeva k informiranju, osveščanju o pravicah, možnostih in izbirah, razvijanju in krepitvi različnih spretnosti, da podpira celovito in aktivno skrb za zdravje otroka, ženske in moškega v nosečnosti, med porodom in v obdobju novorojenčka in dojenčka.

KLJUČNE BESEDE

šola za bodoče starše, opolnomočenje, avtonomija, celostno zdravje družine

1. UVOD

V sodobnem svetu so ženske in moški, ki pričakujejo otroka, v enem najbolj ključnih življenjskih prehodov, ki ga zaznamujejo vsakokratne družbene, ekonomske, kulturne in osebne okoliščine. Pogosto pred tem nimamo veliko stika z nosečnostjo, rojstvom in dojenčki, nekateri avtorji govori o odtujenosti od izkušenj in vednosti, povezanih z njimi (Nolan, 1998, str. ix); zaznamuje nas specifičen odnos do telesa in telesnih funkcij, zdravja in skrbi zase. Pogosto je naša vednost o nosečnosti, rojevanju in z njima povezanih občutkih, virih moči in ranljivosti, potrebah otroka, matere in očeta precej omejena. Gre za obdobje posebne odprtosti za nova znanja in spretnosti ter iskanja odgovorov na potrebe po razvoju kompetenc, ki bi omogočile uresničitev naše vizije materinstva in očetovstva, naše predstave glede tega, kakšna družina bi hoteli postati in kako bi hoteli živeti. Za vsako nosečnico, za vsak par, ki pričakuje otroka in se udeleži šole za bodoče starše, bi želeli, da po zaključku lahko reče: pridobila sem nova znanja in spretnosti, vem, na koga se lahko obrnem po podporo in pomoč, če ju bom potrebovala, čutim dovolj notranje moči, da bova kos izzivom, ki nas čakajo pri porodu in življenju z otročkom. Prav tako bi želeli, da vodje šole za bodoče starše vedo, da so bodočim staršem omogočili učenje za novo življenjsko obdobje tako, da so opolnomočeni, okrepljeni na različnih ravneh in opremljeni z osnovnimi informacijami in spretnostmi in da so ženskam omogočili vzpostavljjanje in krepitev stika z lastnimi zmožnostmi rojevanja in dojenja. Z vidika javnega zdravja pa bi želeli, da so vsebine in metode šole za bodoče starše sodobne, aktualne in da kratkoročno in dolgoročno prispevajo h krepitvi zdravja prebivalstva. Kako torej konceptualno zasnovati vzgojo in izobraževanje za nosečnost, porod in starševstvo in katere oblike, metode in pristope vzgoje za zdravje odbrati v program priprave na porod in starševstvo? Premislek o teh vprašanjih je neposredno povezan s pomenom in vlogo različnih zdravstvenih strokovnjakov, s katerimi se srečujejo (bodoči) starši v nosečnosti, med porodom in v obdobju novorojenčka in dojenčka, in je današnjem času izjemno aktualen.

2. PREDSTAVITEV TEMATIKE IN RAZPRAVA

Strokovnjaki, ki se posvečajo proučevanju nosečnosti in poroda, načinov prenašanja vednosti o nji-



ma, babiških praks v tradicionalnih družbah, so se morali lotiti še posebej zahtevnega raziskovanja tistega dela vsakdanjega življenja, ki je sodilo v zasebno sfero in o katerem so podatki zaradi objektivnih razlogov težje dostopni, med drugim tudi zato, ker gre v veliki meri za oralno tradicijo, in to specifično oralno tradicijo žensk. Tradicionalno je bila moška navzočnost pri porodu nezaželeno, ženske skupine so ustvarjale meje posebnega, zasebnega in v nekaterih primerih tudi »posvečenega« prostora, v katerem se je porod odvijal. Navadno se je vednost o nosečnosti in porodu oblikovala skozi socializacijo deklice, z vsakodneвно bližino z živalmi in njihovimi brejostmi in kotitvami ter hranjenjem mladičev in seveda z ženskami v skupnosti, z navzočnostjo pri rojstvih kot priča ali pomoč »modrim ženskam« ali bližnjim pri porodu. Ženske so se o nosečnosti in porodu učile s svojo neposredno navzočnostjo, bile so priča tako preprostim porodom kot zapletenim rojstvom, ob tem tudi tragičnim dogodkom in različnim načinom porodne pomoči, spoznavale so doživljanje in vedenje porodnic ter se učile o kulturno zaželenih oblikah obnašanja. Po danes dostopnih podatkih so se v večini tradicionalnih skupnosti po svetu omenjena znanja in spretnosti ohranjala in širila prek ženske mreže, med generacijami žensk, na primer od mame do hčerke ali med babicami in drugimi ženskami, še posebej pa nosečnicami v določeni skupnosti. Nekoliko posplošeno povzemamo, da so ženske pojmovalle nosečnost in porod kot del življenjskih ciklov, največkrat se je otrok rodil v domačem okolju, nosečnice se nanj v večini niso posebej pripravljale (Géllis, 1996). Podobno velja za materinstvo in ravnanje z dojenčkom nasploh, učenje tovrstnih spretnosti je potekalo spontano skozi otroštvo in odrasčanje v skupnostih. Za slovenski prostor v začetku dvajsetega stoletja bi lahko trdili, da je bila večna žensk deležna tradicionalnih poti prenašanja omenjenih vednosti. V takratnem javnem diskurzu so bile teme, povezane z nosečnostjo in porodom bolj ko ne zamolčane, pogosto tabuizirane, kar je povezano s pojmovanjem spolnosti, telesnosti, še posebej ženskega telesa in njegovih funkcij.

S prehodom iz tradicionalne v moderno družbo, z velikimi družbenimi spremembami, z urbanizacijo, industrializacijo in sekularizacijo so povezane velike spremembe tako na področju dela kot tudi v družinskem življenju, v pojmovanju zasebnega in javnega, zdravja in boleznih, vloge znanosti, pomena individualnega in pomena skupnosti, pojmovanja glede materinske in očetovske vloge, spremenil se je koncept otroštva, spremenili so se tudi vloga in delovanje ženskih mrež kot oblik medsebojne podpore in prenašanja vednosti.

V devetnajstem in dvajsetem stoletju je prišlo do ključnih sprememb tako glede mesta poroda, porodne pomoči in premeščanja pomena različnih strokovnosti v vlogi porodnih pomočnic in pomočnikov, torej do institucionalizacije in centralizacije porodov v bolnišnicah, razvoja porodništva in marginalizacije babištva, tehnologizacije in medikalizacije poroda. Z vstopom medicine na področje nosečnosti in poroda so se zdravstveni strokovnjaki postopoma bolj posvečali tudi izobraževanju žensk in njihovi pripravi na porod tako prek pisanja priročnikov kot prek praktičnega dela. Matere je kot ključne za razvoj zdravih prihodnjih rodov prepoznala tudi država; tako da lahko ukrepe, povezane z izobraževanjem za »dobro« materinstvo beremo znotraj konteksta sistematične investicij v nadzorovanje materinega vedenja, ki se je začelo intenzivneje poudarjati od začetkov dvajsetega stoletja, pri tem so ključno vlogo odigrali tudi zdravstveni strokovnjaki. Obenem pa so tudi ženske (oziroma določene skupine žensk) izražale potrebo po informacijah in zdravstvenem varstvu v času nosečnosti, poroda in po rojstvu otroka (Nolan, 1998). Izobraževanje za materinstvo se je tako polagoma premestilo iz ženske skupnosti, kjer se je v obliki prenosa različnih vednosti bolj ali manj spontano dogajalo, in se preoblikovalo v podajanje strokovnih nasvetov. Največkrat je ta premik pomenil tudi nadvlado enega tipa vednosti nad drugimi (Oakley, 1986). Tovrstna izobraževanja mater nekateri avtorji analizirajo kot element urejevalne politike (skupaj s politiko zdravja in programom družbene higiene), ki z natančnimi ukrepi ter tehnikami discipliniranja in uravnavanja proizvaja medikalizirano družbo in zaželenega posameznika; v tem pogledu matere, ki ustrezajo



predpostavljenemu in predpisanem modelu (Donzelot, 1979).

Z institucionalizacijo obporodnega varstva, ki je na Slovenskem še posebej intenzivno potekala v drugi polovici dvajsetega stoletja, so nekatere vsebine vzgoje za zdravje, priprav na porod in starševstvo postale del aktivnosti posvetovalnic za nosečnice, ki so se v Sloveniji širile kot oblika zunajbolnišničnega zdravstvenega varstva žensk. V petdesetih in šestdesetih letih dvajsetega stoletja so nosečnice v zdravstvenem sistemu dobivale osnovne napotke za nosečnost in porod. V nekaterih porodnišnicah so že delovale materinske šole, število udeleženk je bilo nizko, pri precej skromni splošni osveščenosti pa se je poznalo tudi, da je bila literatura o nosečnosti in porodu redka in precej skopa (Drglin, 2003).

V pripravi in izvedbi sodobnih priprav na porod in starševstvo torej ne gre brez upoštevanja spoznanj o materinstvu in očetovstvu kot kulturno oblikovanih pojavih, prepoznavanja obstoja različnih oblik družin in razumevanja različnih življenjskih položajev in stilov. Izobraževanje in usposabljanje za družinsko življenje je interdisciplinarno in soodvisno od kulture, ekonomskih dejavnikov, socialnih in osebnih okoliščin. Ko zdravstveno varstvo nosečnosti in organizacijo porodne pomoči osvetlimo tudi z vidika kulturne oblikovanosti, ko se zavemo zgodovinskih pogojev, ki so prispevali k sedanjosti prevladujoči obliki obporodne pomoči, in ko se zavežemo doslednemu spoštovanju človekovih pravic in pravic pacientov ter pravic žensk, lahko prepoznamo nekatera problemske točke, ki zahtevajo nekaj več pozornosti.

Vprašati se moramo: Kakšno vlogo imajo lahko priprave na porod in starševstvo pri krepitevi žensk in parov? Ali lahko priprave na porod krepijo njihovo avtonomijo? So lahko šole za starše vir sprememb, lahko spodbujajo večjo samozavest? Ali ne vodijo k povečani dojemljivosti in sprejemljivosti predpisanih medicinskih postopkov in napisane in nenapisane rutine ustanov? Kako iskati ravnotežje med visokimi pričakovanji in nekritičnim sprejemanjem tega, kar je na voljo? Koristne posledice šol za starše je težko sistematično dokumentirati, negativne posledice in potencialna tveganja je težko določiti. Premisliti je treba, kako se ženske umestijo in nato odločajo pod vplivom vodje ali vrstnic, na primer pri vprašanjih, ali sprejeti ali zavrniti določen medicinski postopek ali zdravlilo, ali pa o tem, v kakšnih primerih bi lahko priprava na porod morda povečala strah pred porodom. Kot pravi udeleženka materinske šole, ki sta jo obiskala skupaj možem: »Pravi pretres pa sva doživela, ko sva v materinski šoli gledala diapozitive o porodu. Mislim, da so se mi zdeli hujši kot pravi porod.« (Hrovat-Kuhar, 1995). Malo je bilo sistematičnega ovrednotenja občutkov jeze, krivde ali neustreznosti, ki se pojavijo, ko se pričakovanja ženske in/ali partnerja ne uresničijo, jih je pa priprava na porod spodbudila. V sodobnih pripravah pogosto učijo, da je porod fiziološki proces, poudarjajo pokončni položaj ženske med porodom, prepoznavajo prednosti sprememb v položaju ženske, pogostega odvajanja vode, hoje, sproščanja, tehnik odvrčanja pozornosti, dotika, masaže, dihalnih tehnik in tehnik osredotočenja. Marsikatera od ustaljenih tehnik in postopkov porodne pomoči v porodnišnici pa omejuje ali preprečujejo uporabo teh praks. V raziskavah je bilo malo poudarka namenjenega proučevanju posledic razkoraka med vsebinami priprav na porod in rutinsko porodno pomočjo v porodnišnicah, posebno še takrat, ko ženske ali pari pri samem porodu nimajo dovolj informacij in ustrezne podpore.

Pomembno je poudariti, da so dejanski učinki oziroma posledice šole za starše na kratkoročno in dolgoročno zdravje ženske, otroka in družine v celoti odvisne tako od vsebine in oblike programa kot tudi od posamezne udeleženke in udeleženca, voditeljic in širšega konteksta, kjer se program odvija. Pregled programov v razvitih državah kaže na veliko raznolikost, lahko gre za neodvisen tečaj ali pa je vpet v gibanje potrošnikov, ponekod vodijo tečaje zdravniki za »svoje pacientke«, pri nas so najpogostejši zdravstveni programi v okviru zdravstvene vzgoje za odrasle. Kurikulumi so



si sicer lahko podobni, lahko gre za podobne spretnosti in informacije, pomembne pa so razlike v pristopu. Šole, ki so nastale na podlagi potreb in pobud civilne družbe in uporabnic ter uporabnikov, tiste, ki temeljijo na spoštovanju in upoštevanju interesov staršev in posameznih ranljivih skupin, se lahko bistveno razlikujejo od šol, vezanih na porodnišnice. Slednje navadno bolj poudarjajo razlago in upravičevanje obstoječega kot pa preizpraševanje obstoječih praks, veliko manj ponujajo druge možnosti ali pomoči staršem pri odločitvah za lasten načrt porodne skrbi. Celoten prispevek priprav na porod se ne more meriti zgolj v svojem učinku na posameznico, ki rojeva, upoštevati je treba tudi posredne vplive. Ko informacije o tveganju, koristih in drugih izbirah uveljavljeni skrbi postanejo del izobraževanja za večino populacije, ki obiskuje priprave na porod, lahko pričakujemo večji vpliv in aktivno sodelovanje staršev pri oblikovanju vzorcev praks v porodnih okoljih in s tem zagotavljanje njihove središčne vloge, ki je pomembna za kratkoročno in dolgoročno zdravje posameznih članov družine in tudi skupnosti.

V razvitih državah so različne oblike priprav na porod zelo razširjene, kar dokazuje željo pričakujočih žensk in parov po informacijah v zvezi s porodom in po podpori drugih odraslih, ki že imajo izkušnje s tega področja. Ker nekateri rezultati raziskav kažejo na koristi priprav na porod, kot so na primer manjša uporaba analgetikov pri porodu, več zadovoljstva s porodom, in ker niso dokazani negativni učinki, je primerno priporočati, da tovrstni načini izobraževanja obstajajo še naprej. Različni tipi šol, ki imajo jasno opredeljene cilje, lahko pomagajo ženski ali paru, da izbere program, ki ji/mu najbolj ustreza. Pomembna je tudi ugotovitev, da ima lahko tovrstno izobraževanje lastnosti, ki so značilne za socialni model skrbi za nosečnice (Enkin et al., 2000).

Če se strinjamo, da je temeljno poslanstvo oziroma namen vsakega izobraževanja podpirati in spodbujati razvoj neodvisnega in kritičnega uma, ali ni to še posebej ključno za obdobje, ko odrasli prevzemajo izjemno pomembno vlogo tako z individualnega kot tudi z družbenega gledišča? Kritični pogledi na priprave na porod in starševstvo osvetljujejo tisto plat, ki jih v prepričanju o tem, da dober namen že kar sam po sebi zagotavlja dobre učinke, prav lahko spregledamo. Zato je še kako pomemben razmislek tem, kam se posamezen programa priprav na porod in starševstvo umešča na lestvici od indoktrinarnega oziroma dogmatskega poučevanja do poučevanja, ki spodbuja in krepi avtonomijo, kar je povezano z odgovori na vprašanja, med drugimi: Ali so izvajalke in izvajalci opremljeni s sodobnim znanjem in spretnostmi, ki omogočajo in spodbujajo samostojno mišljenje in delovanje tistih, ki se šol za (bodoče) starše udeležujejo? Ali se v pripravah na porod in starševstvo ohranja ali celo pričakuje nekritično sprejemanju obstoječih praks? Izobraževanje, ki deluje indoktrinarno, med drugim ženske in pare spodbuja, da iščejo in sprejmejo »najlažje« rešitve, in jih podpira v pričakovanju in sprejemanju določenega, navadno prevladujočega tipa poroda, ki v določenem času in prostoru prevladuje, odvrta jih od preizpraševanja praks in konceptov in ne seznanja s tehnikami in spretnostmi, s katerimi bi se kot razmišljajoči odrasli učinkoviteje soočali s stvarnostjo in jo spreminjali na bolje. Kako ustvariti priložnosti za resnične kakovostne spremembe, da ne bodo priprave na porod »komaj kaj več kot trening pasivnosti in servilnosti, pristajanje na »status quo«, ne glede na to, da se pri tem sicer navzven poudarja porod kot zdrav in normalen proces«, kot kritično zapisuje Suzanne Arms?¹ Kot trdi avtorica, so značilnosti kakovostne priprave prav v usmerjenosti v odpiranje različnih poti razmišljanja, ob tem pa je poudarek na razvijanju temeljnega zaupanja ženske kot nosečnice, porodnice in matere, ne glede na to, kako težak ali zapleten je njen položaj. Ustvarja ustrezno spoštovanje do porodnega procesa in procesov materinstva in očetovstva, življenja, ki ga ženska nosi, in nje same. Dobra priprava na porod in starševstvo širi vizijo ženske in vizijo para v zvezi s pomenom, ki ga ima rojstvo otroka in obdobje novorojenčka in dojenčka,

¹ Armsova je ena izmed pomembnih avtoric, ki so kot odgovor na tehnološki porod začele razvijati koncepte t. i. »normalnem in naravnem porodu«, kjer je pomoč osredotočena na žensko in otroka, prednost ima babiška pomoč, ob ozko pojmovanih telesnih pa so poudarjeni tudi širši, socialni vidiki nosečnosti in poroda.



ponuja informacije o tem, kaj verjetno doživlja fetus med porodom in kaj bosta potrebovala otrok in mati, da bi se dobro počutila me porodom in v obdobju enega leta (Arms, 1994). Priprave na porod in starševstva naj bi po njenem vključevale informacije o dolgoročnih telesnih in psihičnih učinkih tega, kar se dogaja med porodom in prvimi dnevi in meseci po njem. Veliko tega, kar naj bi posameznice in posamezniki vedeli, da bi imeli dobro izhodišče za porod in da bi zagotovili to, kar potrebujeta mati in dojenček, je pogosto spregledan predmet razprav ali pa se podcenjuje.

3. ZAKLJUČEK

Izhodišča šole za bodoče starše predstavljajo povzetek premisleka o sodobnih pristopih v obporodni skrbi in služijo kot začetna točka razvoja njenih posameznih vidikov. Pomembno je informiranje na podlagi znanstvenih izsledkov o izbranih ključnih temah vzgoje za zdravje za bodoče starše in pripravo na porod in starševstvo oziroma družinsko življenje in podpora, pomoč, ter razvoj in krepitev kompetenc in komunikacijskih spretnosti, skrb za zdravje je uporabniško osrediščena, v obdobju nosečnosti govorimo o žensko osrediščeni skrbi za zdravje, kar dokazano prispeva k boljšemu zdravju žensk, otrok in družine v celoti; »salutogenesis« je osnova podpore zdravju in njegove krepitve, primarne preventive in skrbi za javno zdravje. Ko govorimo o izobraževanju in vzgoji za nosečnost, porod in starševstvo, o njej razmišljamo v širokem smislu kot o procesa učenja, ki vključuje informiranje, pridobivanje znanj, spretnosti, sposobnosti, izkušenj, navad, možnosti za spreminjanje vedenja, usposabljanje kot sistematična priprava na neko delo ali socialno vlogo. Sodoben pristop k vzgoji za zdravje v šoli za bodoče starše temelji na prepoznavanju osrednje vloge posameznice in posamezne družinske skupnosti, priznavanju njune enkratnosti in posebnosti; obravnava ju kot sooblikovalca in sodelavca v izobraževalnem procesu. V času nastajanja družine so pomembne informacije, osveščanje o pravicah, možnostih in izbira, razvijanje in krepitev različnih spretnosti in podpora celoviti in aktivni skrbi za zdravje otroka, ženske in moškega v nosečnosti, med porodom in po njem. Z vidika javnega zdravja vsebine vzgoje za zdravje prepoznavamo kot pomemben sestavni del šole, med drugim so to področja zdravega načina življenja s poudarkom na prehrani, gibanju in telesni vadbi, življenjskem stilu nasploh, higieni, skrbi za zdrave zobe, problematiki psihoaktivnih snovi, preprečevanju poškodb, zastrupitev in okužb, skrbi za duševno zdravje, zdravem spolnem vedenju, kakovostnih odnosih med partnerjema oziroma v družini. Obenem dopolnjuje zgodnje prepoznavanje povečanih zdravstvenih tveganj in zgodnjih znakov zapletov v nosečnosti in po rojstvu otroka, ki se izvaja pri preventivnih pregledih nosečnice v prenatalnem varstvu in v poporodnem obdobju.

4. LITERATURA

1. Arms S. *Immaculate Deception II: Myth, Magic and Birth*. Berkeley: Celestial Arts, 1994, str. 142.
2. Enkin, M. et. al. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 2000, str. 24–28.
3. Donzelot J. *The Policing of Families*. London: Hutchinson, 1979, str. 6–7.
4. Drglin Z. *Rojstna hiša. Kulturna anatomija poroda*. Ljubljana: Delta, 2003.
5. Gélis J. *History of Childbirth. Fertility, Pregnancy and Birth in Early Modern Europe*. Cambridge: Polity Press, 1996.
6. Hrovat-Kuhar E. *Izziv poroda*. Ljubljana: Založba Rokus, 1995, str. 38.
7. Nolan M. *Antenatal Education*. Edinburgh, London, New York: Baillière Tindall, 1998.
8. Oakley A. *The Captured Womb. A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Basil Blackwell, 1986.



SPODBUJANJE GIBANJA PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI

*Andreja Drev, univ. dipl. nov.
Inštitut za varovanje zdravja RS*

IZVLEČEK

Pri načrtovanju promocijskih aktivnosti za spodbujanje gibanja pri otrocih in mladostnikih, je ključno razumevanje njihovih potreb. S kvalitativno metodo razgovora v skupini smo zato raziskovali odnos otrok do gibanja, pri čemer so nas še posebej zanimali ključni spodbudni in zaviralni dejavniki ter odnos otrok do spodbud staršev. Ugotovili smo, da so skrb za zdravje, druženje s prijatelji, zabava in vključenost v organizirane oblike telesne dejavnosti ključni spodbudni dejavniki gibanja. Med zaviralne dejavnike pa se uvrščajo: delo za šolo, učenje, utrujenost, lenoba, sedenje pred ekrani, slabi občutki o lastnih gibalnih sposobnostih in negativne pretekle gibalne izkušnje. Otroci si želijo in tudi cenijo spodbudo staršev h gibanju, poleg tega se radi gibajo v njihovi družbi.

KLJUČNE BESEDE

gibanje, otroci in mladostniki, spodbudni in zaviralni dejavniki

1. UVOD

Za razvoj, zdravje in vsesplošno dobro počutje otrok in mladostnikov je redna in zadostna telesna dejavnost ključnega pomena. Tako redno gibanje pri otroku pozitivno vpliva na telesni razvoj - razvoj in zdravje kosti, sklepov, mišic - na razvoj motoričnih in finomotoričnih sposobnosti, na zadovoljstvo s telesno samopodobo, na samostojnost in na razvoj kognitivnih sposobnosti (Zurc, 2008). Z vidika zdravja redna telesna dejavnost pripomore h krepitvi imunskega sistema, preprečuje zgodnji začetek večine kroničnih nenalezljivih bolezni v dobi adolescence, izboljšuje spanec, varuje pred razvojem različnih odvisnosti (Škof, 2010; NICE, 2007; Bouchard in sod., 2007; Karpljuk 2003), v kombinaciji z ustrežno prehrano pa varuje tudi pred prekomerno telesno težo in debelostjo (NICE, 2007). Otroci in mladostniki, ki se redno in zadostno gibajo, bodo tudi bolj verjetno ta aktivni življenjski slog prenesli v odraslo dobo (Haug, 2008).

Da bi dosegli pozitivne koristi za svoje zdravje in razvoj, se morajo otroci in mladostniki po smernicah Svetovne zdravstvene organizacije zmerno do intenzivno gibati vsaj 60 minut na dan vse dni v tednu (WHO, 2010). Vendar raziskave za Slovenijo kažejo, da te smernice dosegle le dobrih 17 % otrok in mladostnikov (Jeriček in sod., 2007).

Na to, ali se bo otrok gibal ali ne, ter v kolikšni meri se bo gibal, vpliva vrsta različnih dejavnikov. Poleg otrokovih predispozicij, je pomembno tudi njegovo zanimanje in veselje do gibanja ter občutek, da je sposoben izvajati določene gibe. Poleg tega je pomembno tudi okolje, ki lahko otroka spodbuja ali pa zavira pri gibanju (Haug, 2008). Družina oziroma starši na gibanje otroka in mladostnika vplivajo s svojimi gibalnimi navadami in vzorci ter tako otroku predstavljajo vzor, po drugi strani pa lahko otroka h gibanju tudi spodbujajo na različne načine: verbalno, s skupnim gibanjem, z vključevanjem otroka v organizirane oblike telesne dejavnosti (Brockman in sod., 2010).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, katere ovire in spodbude imajo največji vpliv na gibanje otrok in mladostnikov, zanimal pa nas tudi pogled otrok na spodbude staršev.



2. METODOLOGIJA

V raziskavi smo uporabili kvalitativno metodo razgovora v skupini (fokusnih skupin), ki je po Klemenčič in Hlebec (2007) namenjena zbiranju, analizi in interpretaciji podatkov. Gre za izvedbo vodenih skupinskih pogovorov na vnaprej znano temo in po določenem načrtu. Metoda fokusnih skupin omogoča poglobljeno obravnavo določenega problema, interpretacijo stališč (identificiranje motivov) in odkrivanje novih tem. Fokusno skupino sestavlja poseben tip skupine ljudi določenega števila in sestave, zbrane po določenem postopku in glede na določene kriterije. Optimalno število skupine je 6-8 udeležencev. Izvedbe fokusnih skupin se ponavljajo, dokler se ne prenehajo pojavljati novi podatki oz. dokler se ne doseže teoretična zasičenost. Izvedba fokusne skupine poteka v 4-ih korakih: načrtovanje, pridobivanje udeležencev, izpeljava srečanj fokusnih skupin, analiza in poročanje.

Kvalitativna raziskava je bila izvedena v šestih fokusnih skupinah, v katerih je sodelovalo 48 učencev in učenk iz treh osnovnih šol, starih 8 do 9 let in 13 do 14 let. Izbrani so bili s pomočjo metode snežne kepe, ki je prispevala k zadostni pestrosti in naključnemu izboru udeležencev.

3. REZULTATI IN DISKUSIJA

Naša raziskava je pokazala, da imajo otroci in mladostniki večinoma zelo pozitiven odnos do gibanja, pomeni jim dejavnost, ki prinaša zabavo, druženje, veselje, sprostitvev in dobro počutje. To naj bi bili tudi ključni vzroki, zaradi katerih se otroci in mladostniki odločajo za gibanje (Završnik in Pišot, 2005), vendar se na prvem mestu vse pogosteje kot vzrok za gibanje pojavlja zdravje. Zelo pogosto je gibanje tudi dejavnost, s katero preženejo dolgčas oziroma koristno zapolnijo prosti čas. Mladostniki in mladostnice pa se za gibanje odločajo tudi zaradi kondicije in lepe postave.

B: »Pa, če se gibaš, si tko bolj zdrav pa to, lahko kaj doživiš pa tko in se maš lepo.«

M: « Ja, meni je to zabava in druženje s prijatelji.«

N: »Ja, ja men je ful dober, da to kar počneš s športom, da se tud ful zabavaš, npr: jest plešem ples hip hop in se ob tem sprostim in se imam tud dober.«

Ž: »Js se zlo rad gibljem, da si oblikujem telo, da skrbim za zdravje.«

Na pozitiven odnos do gibanja v veliki meri vplivajo tudi pozitivne pretekle gibalne izkušnje in dober občutek o lastnih gibalnih sposobnostih (Glover in Andresen, 2003; Haug, 2008). Naša raziskava je pokazala, da so pozitivni občutki o lastnih gibalnih sposobnosti v precejšnji meri povezani z uspešnostjo pri določenem športu. Mladi, ki imajo odklonilen odnos do gibanja, so imeli v preteklosti slabo izkušnjo z izvajanjem športnih dejavnosti ali pa jih okolje ni spodbujalo h gibanju.

Ž: »...glede na to, da treniram en šport in ga treniram že šest let, sklepam, da sem še kr dober.«

V: »Jest sem treniral dva športa, sam sem na konc ugotovu, da jest nimam teh sposobnosti koker drugi, sem ugotovu, da bolš da se vrnem k lutkam al pa kakšnim drugim stvarjem. »

Tako domače kot tuje raziskave kažejo, da s starostjo gibanje upada (Jeriček in sod., 2007; Currie in sod., 2008), največji upad pa se povezuje z obdobjem adolescence. Mladostniki namreč v tem obdobju več časa namenijo sebi, svoji identiteti, svoji podobi, novim socialnim omrežjem in vse to lahko vpliva tudi na gibanje (Haug, 2008). Upad gibanja pri otrocih in mladostnikih pa je povezan tudi s trendom zmanjševanja gibalnih zmogljivosti ter z negativnim trendom sprememb telesnih značilnosti, kar še posebej velja za povečevanje telesne teže in podkožnega maščevja (Starc in sod., 2010). Zdravstveni podatki (Gabrijelčič in sod., 2009) kažejo, da pri mladih naraščajo ključni



zdravstveni problemi, ki so povezani tudi s telesno (ne)dejavnostjo, in sicer prekomerna telesna teža in debelost, obolenja kostno mišičnega sistema, težave na področju duševnega zdravja, akutna obolenja dihal in astma.

Po drugi strani pa se povečujejo vedenja sedečega življenjskega sloga. Završnik in Pišot (2005) opozarjata, da otroci, stari okoli 11 let, med šolskim tednom presedijo v šoli in za šolsko delo doma skupaj v povprečju že okoli 9 ur. Poleg tega pa mladi tudi svoj prosti čas pogosto preživijo pasivno pred računalnikom oziroma televizijskimi sprejemniki (Jeriček in sod., 2007).

Naša raziskava je pokazala, da sta šola in delo za šolo med ključnimi vzroki za opuščanje gibanja. Tako otroci kot mladostnice poročajo, da so se v preteklosti (pred vstopom v šolo oziroma v nižjih razredih) precej več gibali kot zdaj. Le mladostniki, ki se organizirano ukvarjajo z določenim športom, imajo občutek, da so zdaj bolj aktivni kot v preteklosti. Drugi razlogi za opuščanje gibanja so lenoba, utrujenost, sedenje pred računalnikom ali televizijo, predvsem v vaških okoljih pa je pogost vzrok za opuščanje gibanja delo doma oz. pomoč staršem pri delu. Vzrok za manj gibanja pa je lahko tudi v opustitvi organizirane športne dejavnosti.

O: »Prej, preden sem biv v šoli, sem se več gibov.«

C: »Zdej je manj časa za gibanje, šolske obveznosti so zdej problem.«

S: »Preveč smo utrujeni po celem dnevu, ker se učimo v šoli.«

E: »Ni časa, moram pomagat doma, je velik dela.«

C: »Včasih grem raj za računalnik.«

S: »Js sem hodla prej na gimnastiko, ampak zdej več ne in prej sem se bolj gibala kot zdej.«

Družina oziroma straši imajo ključni vpliv na gibanje otrok in mladostnikov (Van der Horst in sod., 2007; NICE, 2007a), saj so otrokom vzor, na njih prenašajo svoje vzorce, navade, stališča in mnenja glede gibanja. Naša raziskava je pokazala, da otroci in mladostniki zelo cenijo spodbudo staršev pri gibanju in si te spodbude tudi želijo, prav tako se radi gibajo v njihovi družbi. Večina otrok in mladostnikov se s starši giba predvsem ob koncih tedna. Spodbuda in pozitiven vzor staršev pripomore k bolj rednemu gibanju in tudi bolj zahtevnemu gibanju otrok in mladostnikov. Otroci in mladostniki, ki poročajo, da jih starši ne spodbujajo oziroma da se starši ne gibajo, poročajo o manjši količini gibanja kot vrstniki ali pa o manj zahtevnih oblikah, kot so npr. sprehodi. Prezaposlenost in obilica dela doma sta dve glavni oviri pri spodbujanju otrok in mladostnikov h gibanju s strani staršev.

U: »Mojim je glavno, da najprej nalogo nardim, pa vse kar je treba za šolo. Pol mi pa rečejo, naj grem ven, se gibat.«

N: »Moji mami je v bistvu ful pomembno, da si telesno aktiven. Medtem ko oči ve, da je pomembno, ampak se ne trud tok, zato ga tud ona mal priganja pa tko vse v družini. Tko da je ona tista, k daje pobude, da gremo kam ven med vikendom, pa da ma pač vsak eno aktivnost...«

T: »Ja mene tud starši pač spodbujajo, da grem telovadit. Oni večinoma med vikendi me oni pripravijo, da grem ven, drugač se ne bi sploh spomnu.«

A: »Me ne spodbujajo glih tolko, ampak tata pač kolesari, mama ne glih tolko, edino če gre na sprehod in to in rajši vidi, da sem odzunaj kot za računalnikom..«

J: »Moji tati pa mami prideta pozno iz službe, no, pa nismo tko aktivni...«

4. ZAKLJUČEK

Otroci in mladostniki imajo večinoma pozitiven odnos do gibanja, pomeni jim dejavnost, ki prinaša



zabavo, druženje s prijatelji, sprostitvev in dobro počutje in zdravje. Za mlade so zelo pomembni tudi pozitivni občutki glede lastnih gibalnih sposobnosti ter pozitivne gibalne izkušnje, v nasprotnem primeru lahko razvijejo odklonilen odnos do gibanja.

Ključni razlogi za opuščanje gibanja so: šola in delo za šolo utrujenost, lenoba in sedenje pred televizijo oziroma računalnikom. Po drugi strani pa sodelovanje v organizirani telesni dejavnosti lahko prispeva k ohranjanju ali celo k večjim ravšem telesne dejavnosti.

Starši so prepoznani kot tisto okolje, ki lahko ključno vpliva na telesno dejavnost otrok in mladostnikov. Mladi namreč cenijo in si tudi želijo njihovih spodbud h gibanju, poleg tega se radi gibajo v njihovi družbi.

Na osnovi izsledkov naše raziskave lahko ugotovimo, da je treba promocijske aktivnosti za spodbujanje gibanja otrok in mladostnikov usmeriti v družine ter že bodoče starše in mlade družine usmerjati k spodbujanju gibanja pri otrocih ter k spodbujanju skupnih družinskih gibalnih aktivnosti. Po drugi strani pa je treba promocijske aktivnosti usmeriti tudi v šolsko obdobje, ko telesna dejavnost začne upadati, hkrati pa naraščajo sedeča vedenja.

5. LITERATURA

1. Brockman R, Jago R, Fox KR, Thompson JL, Cartwright K, Page AS (2010) *Get off Sofa and Go and Play: Family and Socioeconomic Influencee on teh Physical Activity of 10-11 Year Old Children*. *BMC Public Health*. Pridobljeno 3.4. 2011 s spletne strani : <http://www.medscape.com/viewarticle/713664>
2. Bouchard C, Blair SN, Haskell WL (2006) *Physical Activity and Health. United States of America: Human Kinetics*.



3. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, Pickett W, Richter M, Morgan A, Barnekow V (2008) *Inequalities in Young People's Health. Health Behaviour in School-aged Children International Report from the 2005/2006 Survey. World Health Organization Regional Office for Europe.*
4. Drev A (2010) *Odnos otrok in mladostnikov do gibanja. Izsledki fokusnih skupin. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.*
5. Gabrijelčič M, Drev, A, Rok Simon M, Kofol Bric T, Jeriček H (2009) *Zdravje in z zdravjem povezan življenjski slog otrok in mladostnikov. V: Konda B, Mišmaš T, Pečar M, (ur) 4. Fit mednarodni kongres. Vloga gibalne/športne aktivnosti pri preprečevanju bolezni in zdravljenju. Zbornik prispevkov. Rogaška Slatina: Zavod Fit.*
6. Glover D in Anderson L (2003) *Character Education. United States: Human Kinetics.*
7. Haug, E. (2008) *Multilevel correlates of physical activity in the school setting. Norway: University of Bergen, Faculty of Psychology, Research Centre for Health Promotion.*
8. Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T. (ur) (2007) *HBSC Slovenija 2006. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Poročilo o raziskavi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.*
9. Klemenčič S in Hlebec V (2007) *Fokusne skupine kot metoda presojanja in razvijanja kakovosti izobraževanja. Ljubljana: Andragoški center Slovenije.*
10. Karpljuk D in sod. (2003) *Možnosti povezovanja športnih in zdravstvenih vsebin v osnovni šoli. Ljubljana: Fakulteta za šport.*
11. NICE (2007a) *Physical Activity and Children. Review 2. Correlates of Physical Activity in Children: A Review of Quantitative Systematic Reviews. NICE Public Health Collaborating Centre – Physical Activity.*
12. NICE (2007). *Physical Activity and Children. Review 1: Descriptive Epidemiology. NICE Public Health Collaborating Centre – Physical activity (<http://www.nice.org.uk/media/C7C/80/PromotingPhysicalActivityChildrenReview1Epidemiology.pdf>)*
13. Starc G, Strel J, Kovač M (2010) *Telesni in gibalni razvoj slovenskih otrok in mladine v številkah: Šolsko leto 2007/2008. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.*
14. *Step to health A European Framework to promote physical activity for health. (2007) Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.*
15. Škof B (2010) *Spravimo se v gibanje za zdravje in srečo gre. Kako do boljše telesne zmogljivosti slovenske mladine. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.*
16. *Telesna dejavnost in zdravje v Evropi: dokazno gradivo za ukrepanje. (2006) WHO. Zavod za zdravstveno varstvo Maribor, Center za spremljanje zdravstvenega varstva prebivalstva in promocijo zdravja.*
17. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. (2007a) Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.*
18. Van der Horst K, Paw MJ, Twisk JW, Van Mechelen W (2007) *A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. Medicine and Science in Sports and Exercise 39 (8) 1241-1250.*
19. Ward, D. in sod. (2007) *Physical Activity Interventions in Children and Adolescents. United States: Human Kinetics.*
20. WHO (2010) *Global Recommendations on Physical Activity for Health. Switzerland: World Health Organization.*
21. Završnik J in Pišot R (ur.) (2005) *Gibalna/športna aktivnost za zdravje mladostnikov. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Inštitut za kineziološke raziskave, Založba Annales..*
22. Zorc J (2008) *Biti najboljši: pomen gibalne aktivnosti za otrokov razvoj in šolsko uspešnost. Radovljica: Didakta.*



VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI CEPLJENJU PROTI HPV

*Jožica Cvetko, dipl.m.s.
ZD dr. Adolfa Drolca Maribor*

IZVLEČEK

Okužba s HPV je ena najpogostejših spolno prenosljivih okužb v svetu in pri nas. Zato se zadnje desetletje poskuša svetovno populacijo zaščititi s cepljenjem deklic proti predvsem visoko rizičnim genotipom HPV, ki povzročajo raka materničnega vratu, zunanjšega spolovila, nožnice, zadnjika, penisa in grla.

V Sloveniji je bilo leta 2009 v cepilni program dodano brezplačno, neobvezno cepljenje proti HPV za deklice v 6. razredu osnovne šole. Ob dosedanjem angažmanu v smeri prepričevanja deklic in njihovih staršev, se za cepljenje odloči samo nekaj več kot polovica šestošolk.

Vloga medicinske sestre v šolskem dispanzerju, ki je zadolžen za izvedbo cepilnega programa, je specifična in omejena. Ob samem cepljenju je že predhodno (tako ali drugače) odločene starše in predvsem na morebitno bolečino ob cepljenju osredotočene deklice težko v karkoli drugega prepričati. Zato se sama po sebi odpirajo vprašanja glede bolj izdelanega in sistematičnega ozaveščanja staršev, morebitne premaknitve cepljenja proti HPV v kasnejše obdobje oz. še boljše glede morebitne uvedbe cepljenje deklic proti HPV v redni obvezni program cepljenj otrok in mladine?!

KLJUČNE BESEDE

medicinska sestra, cepljenje, HPV

1. UVOD

1.1 HPV

HPV (humani virusi papiloma) so raznovrstni virusi z veliko genotipi. Živijo v koži ali sluznici, običajno ne povzročajo težav in okužene osebe dostikrat za okužbo ne vedo in nimajo bolezenskih znakov. Tudi zato je okužba s HPV ena najpogostejših spolno prenosljivih okužb v svetu in pri nas, saj se skoraj polovica spolno aktivne populacije v življenju okuži s HPV. Okužba pa se ne prenaša samo s spolnimi odnosi, temveč tudi z drugimi intimnimi telesnimi kontakti in z matere na novorojenca (Združenje ambulantnih ginekologov, 2009).

Poznamo več kot sto različic HPV, slaba polovica od teh pa lahko povzroči okužbe rodil in spolovil. Kakšne okužbe se lahko zgodijo, pa je odvisno od tega, ali gre za visoko rizične ali nizko rizične genotipe. Nizko rizični HPV 6 in 11 povzročata večino genitalnih bradavic.

Najpogostejši visoko rizični tipi HPV ki lahko povzročijo raka materničnega vratu so HPV 16, 18, 31, 33 in 45. Le-ti povzročijo 70 % raka materničnega vratu, lahko pa tudi raka zunanjšega spolovila, nožnice, zadnjika, penisa in grla (Grošelj, 2011).

Iz Registra raka na Onkološkem inštitutu v Ljubljani je razvidno, da na letni ravni na novo zboleva za rakom materničnega vratu do 150 žensk, od tega jih 30-40 zaradi tega tudi umre (Uršič Vrščaj, 2009).

1.2 OKUŽBA S HPV

Okužba s HPV pri večini okuženih ljudi spontano mine, pri približno 10 % pa se razvije trajna okužba. Trajna okužba z visoko rizičnimi genotipi HPV je nujen vzrok za nastanek raka materničnega vratu.



Za okužbo s HPV ni zdravila. Zdravimo lahko le bolezni, ki nastanejo kot posledica okužbe s HPV (pred rakave spremembe, rak materničnega vratu, genitalne bradavice,...). Zdravljenje je uspešnejše pri pravočasno odkritih pred rakavih spremembah na rednih ginekoloških pregledih (IVZ Ljubljana, 2009).

Okužbi s HPV se je možno izogniti oz. jo preprečiti:

- a.) z upoštevanjem A-B-C pravil varne spolnosti;
 - A-abstinenca (odlaganje prvega spolnega odnosa- četrtnina mladostnikov v Sloveniji ima spolne odnose že pri 15. letih)
 - B-zvestoba (zmanjšanje števila spolnih partnerjev)
 - C-kondom (zmanjša tveganje, ni pa polna zaščita pred okužbo)
- b.) s cepljenjem (IVZ Ljubljana, 2009).

2. CEPLJENJE PROTI HPV

2.1 CEPIVO IN CEPLJENJE PROTI HPV V EVROPSKI UNIJI

Za cepljenje proti HPV uporabljamo mrtvo cepivo, ki ne vsebuje dednega materiala virusa, zato ne more povzročiti okužbe ali bolezni. Protitelesa, ki nastanejo ob popolnem cepljenju, ščitijo pred okužbo z najpogostejšimi HPV. Zato je cepljenje proti HPV pomembno, saj učinkovito preprečuje okužbo z najpogostejšimi in visoko rizičnimi genotipi HPV (IVZ, 2009).

Septembra 2006 je uporabo cepiva v EU odobrila Evropska agencija za zdravila(EMEA).

Redni program cepljenja proti HPV s štirivalentnim cepivom v EU poleg Slovenije izvajajo še Danska, Francija, Nemčija, Portugalska, Španija, Grčija, Luksemburg, Belgija, Švedska, Italija in Norveška.

Z dvovalentnim cepivom pa znotraj EU cepijo proti HPV še na Nizozemskem in v Veliki Britaniji. V Evropi cepijo zunaj EU s štirivalentnim cepivom še v Švici in Makedoniji.

S štirivalentnim cepivom proti HPV cepijo deklice tudi v ZDA, Kanadi in Avstraliji (IVZ, 2009).

Cepivo je varno. V Sloveniji, odkar je bilo cepljenje uvedeno, ni bilo zabeleženo nobenih resnih neželenih učinkov po cepljenju. Najpogostejši neželeni učinek po cepljenju je lokalna reakcija na mestu vboda (bolečina, rdečina, otekline), ki se pojavi pri skoraj pri 80% cepljenih. Ta neželeni učinek je večinoma blag do zmeren in kratkotrajen. Pri manjšem deležu cepljenih pa se pojavijo še glavobol, utrujenost, bolečina v mišicah, lahko tudi blago povišana telesna temperatura. V ZDA ugotavljajo, da je delež resnih neželenih učinkov ob razdeljenih 25 milijonih odmerkov cepiva manjši kot je v povprečju za ostala cepljenja (IVZ, 2009).

2.2 CEPLJENJE PROTI HPV V SLOVENIJI

V Sloveniji smo dodali v cepilni program brezplačno, neobvezno cepljenje proti HPV za deklice v 6. razredu osnovne šole v šolskem letu 2009/10. Pri tako mladih deklicah je cepljenje uvedeno zato, ker je cepljenje najbolj učinkovito takrat, ko okužbe še ni. Ker se okužbe z HPV najpogosteje prenašajo pri spolnih odnosih, je smiselno cepiti pred začetkom spolne aktivnosti. Je pa cepljenje proti HPV smiselno tudi za spolno aktivne ženske, saj raziskave kažejo, da okoli 70 odstotkov žensk še ni okuženih z virusi HPV(Uršič Vrščaj, 2009).

Cepljenje proti HPV je razen za deklice v 6. razredu OŠ samoplačniško. Na voljo sta dvo- in štirivalentno cepivo. Ministrstvo za zdravje RS je za cepljenje v šolskem dispanzerju izbralo štiri valentno cepivo, ki ščiti pred štirimi pomembnimi genotipi HPV, visoko rizičnima HPV 16 in 18,



ki povzročata večino raka materničnega vratu in nizko rizičnima HPV 6 in 11, ki povzročata večino genitalnih bradavic (Uršič Vrščaj, 2009).

V OE VOM –šolskem dispanzerju Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca v Mariboru smo v šolskem letu 2009/10 od skupno 650 šestošolk cepili 392 deklic (60,3 %), v letošnjem šolskem letu pa s prvo in drugo dozo od 587 šestošolk že 338 deklic (57,6 %).

Popolno cepljenje opravimo s tremi posameznimi odmerki cepiva. Drugi odmerek se vbrizga dva meseca po prvem odmerku, tretji odmerek pa štiri mesece po drugem odmerku. Pomembno pri cepljenju je, da oseba prejme vse tri odmerke in sicer najkasneje v obdobju enega leta. Popolno cepljenje zagotavlja dolgotrajno zaščito (spremljanje učinkovitosti traja zaenkrat pet let).

3. RAZPRAVA

Ozaveščanje staršev o okužbi s HPV in o možnosti zaščite s cepljenjem je v naši ustanovi naloga šolskih zdravnikov. Opravijo jo na začetku šolskega leta na roditeljskih sestankih in seveda tudi na individualnih srečanjih v ambulantih.

Medicinske sestre pa se trudimo deklicam na razumljiv način razložiti zakaj je cepljenje proti okužbam s HPV zanje koristno in kako poteka, že pred cepljenjem. Ob tej priliki jim razdelimo tudi letake, namenjene tako deklicam kot staršem, s poučnimi informacijami o okužbah s HPV in o možnosti zaščite s cepljenjem. Priprava na cepljenje nam nudi tudi priložnost za pogovor o pomembnosti pravilne spolne vzgoje, ki lahko veliko pripomore k varnejši spolnosti. Staršem pa želimo olajšati odločitev za cepljenje in jim posredovati preverjene informacije. Končna odločitev pa je seveda njihova. Kasneje, ob samem cepljenju, ko je odločitev že sprejeta in privolitev s strani staršev tudi podpisana, deklice spremljamo in jim nudimo vso podporo, tako fizično kot psihično. Po skoraj 2000 opravljenih cepljenjih ugotavljamo, da so šestošolke vendarle premlade, da bi razumele namen in smiselnost cepljenja. Skrbi jih predvsem kako in koliko bo cepljenje bolelo, saj je bolečina po cepljenju daleč najpogostejši neželeni učinek, za katerega so izvedele že od svojih predhodnic. Pogosto so v negotovosti tudi starši, ki povedo, da bi se pri nekoliko starejših deklicah lažje odločali. Morda pa bi bilo smiselno cepljenje proti okužbam s HPV premakniti v višji razred devetletke?

Samo cepljenje opravljamo v šol. dispanzerjih (šest dispanzerjev), kjer imamo zagotovljen primeren urejen prostor, oskrbo s cepivi, za katere poskrbimo med. sestre (hladna veriga), opremo in pripomočke ter potrebna znanja in usposobljenost za odgovorno delo. S prvim odmerkom cepimo ob sistematičnem pregledu šestošolcev na katerega povabimo deklice s starši. Takrat dobijo tudi termin za drugi odmerek cepiva po dveh mesecih. Ko opravimo tudi cepljenje z drugim odmerkom, se dogovorimo še za tretji odmerek čez štiri mesece. Medicinske sestre poskrbimo za točne evidence, vabila in seveda za zamudnike. Cepljenje je timsko delo zdravnika spec. šol. medicine, višje oz. diplomirane med. sestre in zdravstvenega tehnika. Opravimo ga s predpisanim štirivalentnim cepivom, ki ga injiciramo intramuskularno v deltoidni predel nedominantne roke. Deklicam za tisti dan odsvetujemo večje telesne aktivnosti, se enkrat spomnimo na ukrepe ob morebitnih neželenih učinkih, pridruženih cepljenju in jih pred odhodom opazujemo še dvajset minut do pol ure. Cepljenje evidentiramo v cepilni seznam, računalnik, zdravstveni karton in cepilno knjižico. O opravljenih cepljenjih v dogovorjenih terminih tudi poročamo ZZV Maribor.

Cepljenja proti okužbam s HPV ne izvedemo pri deklicah, ki nimajo podpisane privolitve staršev, deklicah, ki imajo potrjeno resno alergijsko reakcijo na sestavine cepiva, resen neželen učinek po predhodnem odmerku cepiva ali pa ga odložimo v primeru hujšega akutnega obolenja s povišano tel. temperaturo. Starše seznanimo, da je potrebno odloženo brezplačno cepljenje ali cepljenje za katerega so se odločili naknadno, pričeti v šol. letu, ko deklica obiskuje 6. razred OŠ.

V primeru, da se starši za cepljenje svoje deklice ne odločijo, svoje nestrinjanje prav tako podajo



v pisni obliki. V primeru, ko je cepljenje že v teku, pa je potrebno soglasje k cepljenju pisno preklaticati. Podpisana soglasja ali nestrinjanje staršev s cepljenjem proti okužbam HPV so sestavni del dekličinega zdravstvenega kartona.

4. ZAKLJUČEK

Ob današnjem načinu življenja, mobilnosti posameznikov in množic ter spremenjenih odnosih med ljudmi, je okužba s HPV ena najpogostejših spolno prenosljivih okužb v svetu in pri nas. Cepljenje deklic proti HPV poskuša zaščititi populacijo tako proti nizko rizičnim, predvsem pa proti visoko rizičnim tipom HPV, ki kar v 70 % povzročijo raka materničnega vratu, lahko pa tudi raka zunanlega spolovila, nožnice, zadnjika, penisa in grla.

Slovenija je ena od držav EU, kjer je uveden redni program cepljenja proti HPV s štirivalentnim cepivom. V šolskem letu 2009/10 je bilo v cepilni program dodano brezplačno, neobvezno cepljenje proti HPV za deklice v 6. razredu osnovne šole. V šolskem dispanzerju Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca v Mariboru smo v šolskem letu 2009/10 cepili dobrih 60 % šestošolk, v letošnjem šolskem letu pa se temu procentu približujemo.

Ozaveščanje staršev o okužbi s HPV in o možnosti zaščite s cepljenjem je naloga predvsem šolskih zdravnikov.

Medicinske sestre pa se ob samem cepljenju in že prej- ob vseh drugih priložnostih trudimo deklicam na razumljiv način razložiti zakaj je cepljenje proti okužbam s HPV zanje koristno in kako poteka. Dodatno jih skušamo prepričati z letaki in drugim propagandnim materialom. Priprava na cepljenje nudi tudi priložnost za pogovor o varni spolni praksi.

Žal ugotavljamo, da so šestošolke večinoma premlade, da bi se same zrelo in odgovorno odločile za cepljenje proti HPV. Četudi morda že razumejo namen in smiselnost cepljenja, jih skrbi predvsem kako in koliko bo cepljenje bolelo. Podobno negotovi so tudi mnogi starši, ki povedo, da bi se pri nekoliko starejših deklicah lažje odločali. Zato se lahko upravičeno vprašamo, ali bi bilo smiselno cepljenje proti okužbam s HPV premakniti v višji razred devetletke? Ali se morda še bolj sistematično lotiti ozaveščanja staršev? Ali pa smo kljub kriznim okoliščinam že odločeni in sposobni cepljenje deklic proti HPV uvesti v redni obvezni program cepljenj otrok in mladine?

5. LITERATURA

1. Anon., *IVZ Ljubljana*, Oddelek za program cepljenja- Center za nalezljive bolezni, *Cepljenje proti okužbam s humanimi virusi papiloma; (HPV- predavanje za starše)*, Ljubljana 2009;
2. Anon., *Združenje ambulantnih ginekologov*, *Cepljenje proti raku materničnega vratu in genitalnim bradavicam, letak za starše in deklice*, Ljubljana 2009
3. Grošelj M., *Rak, ki ni samo ženska »zadeva«*, *BONBON*, št. 251, str. 34/35, 2011
4. Uršič Vrščaj M., *Jaz sem! za cepljenje proti raku materničnega vratu, letak za starše*, *Onkološki inštitut Ljubljana*, 2009



VLOGA MEDICINSKE SESTRE V ZOBOZDRAVSTVENI PREVENTIVI NA TERENU

Rosita Makovec, dipl. m. s.

*Zdravstveno vzgojna in preventivna dejavnost v zobozdravstvu
Zdravstveni dom Dr. Adolfa Drolca Maribor, Partizanska cesta 14a, Maribor*

IZVLEČEK

Zobozdravstvena vzgoja je del zdravstvene vzgoje. Je izrazito interdisciplinarna dejavnost. Od medicinskih sester, izvajalk zdravstveno vzgojnega dela, zahteva poleg strokovne usposobljenosti vrsto znanj, ne le s področja zdravstvenovzgojnih in preventivnih vsebin, temveč tudi z drugih področij (predvsem pedagoška in psihološka znanja), vrsto osebnostnih lastnosti, ki omogočajo nenehno širjenje, sodelovanje s pedagoškimi institucijami in starši otrok, predanost poklicu in ljubezni do otrok.

V zobozdravstveni vzgoji je obravnavan pomen ohranjanja zdravja ustne votline, pravilna prehrana, natančna in pravilna ustna higiena, preprečevanje nastanka razvad in dodajanje fluoridov. Vsebine sledijo primerno razvoju otrokove starostne skupine.

KLJUČNE BESEDE

medicinska sestra, zobje, nega, zdravstveno vzgojno delo

1. UVOD

Program zobozdravstvene vzgoje določa Zakon o zdravstvenem zavarovanju v Republiki Sloveniji iz leta 1998 26. Člen tega zakona poudarja vsebino in naloge za ohranjanje kakovostnega zobozdravstvenega varstva otrok na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

Spregovoriti o vlogi medicinske sestre v zobozdravstveni preventivi na terenu na tem srečanju predstavlja zavedanje in pomembnost interdisciplinarnega sodelovanja z ostalimi medicinskimi strokami. Medicinske sestre že dobra tri desetletja kontinuirano opravljamo svoje poslanstvo na terenu in v kabinetu za zdravstveno vzgojno in preventivno dejavnost v zobozdravstvu (1).

Poleg individualnih preprečevalnih ukrepov izvajamo tudi izoblikovane preventivne programe zdravstvene vzgoje, zlasti preventivne dejavnosti v vzgojno varstvenih ustanovah v vseh 13-ih mariborskih občinah.

V Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca v Mariboru izvajamo dispanzerski način zdravstvenega varstva, kar pomeni:

- Izvajanje preventive in zdravljenje na vseh področjih delovanja od nosečnice do starostnika.
- Skoraj stoo odstotno pokritost prebivalstva na območju delovanja.
- Interdisciplinarno povezovanje.

Zobozdravstvena preventiva pomeni:

- Preprečevanje nastanka bolezni zob in obzobnih tkiv.
- Ohranjanje skladnih medčeljustnih odnosov.
- Preprečevanje splošnih bolezni žariščnega izvora.
- Ohranjanje harmoničnega psihofizičnega razvoja.
- ZDRAVJE.



Cilji zobozdravstvene preventive:

- INFORMIRANJE–pravočasno, pravilno in popolno.
- OZAVEŠČANJE–spreminjanje utečenih razvad in načina življenja.
- MOTIVACIJA–sprejemanje odgovornosti.

Preventivna naravnost otroškega in mladinskega zobozdravstva pri vsakdanjem delu z otroki upošteva specifičnost določenega trenutka rasti in razvoja, da omogoči harmoničen razvoj orofacialnega sistema, preprečuje nastanek bolezni in varuje pred nepotrebnimi stresi (5).

Pomembna naloga medicinskih sester pri krepitvi zdravja je poučevanje pacientov in zdravstvenih sodelavcev. Zato moramo izkoristiti vsako priložnost, da zagotovimo optimalno zdravje za čim širši krog varovancev (2).

Predmet organizirane zobozdravstvene vzgoje so posamezniki in skupine, ki jih delimo na laične in strokovne.

Laične skupine in posamezniki:

- nosečnice v Šoli za bodoče starše,
- starši in otroci do 3. leta starosti,
- starši in 3-letni otroci,
- starši in 5-letni otroci,
- starši in otroci s tveganjem,
- otroci v osnovnih šolah,
- otroci v osnovnih šolah s prilagojenim programom,
- mladina v srednjih šolah,
- otroci in mladina ob ortodontskem zdravljenju,
- starši predšolskih in šolskih otrok na roditeljskih sestankih.

Strokovne skupine in posamezniki:

- vzgojitelji in učitelji,
- ravnatelj,
- socialni delavci,
- specialni pedagogi,
- koordinatorji za prehrano v šolah in vrtcih,
- medicinske sestre, babice, patronažne medicinske sestre.

V zdravstvenovzgojne programe torej vključujemo varovance v različnih življenjskih obdobjih in z različno izobrazbeno strukturo. Prav zaradi te raznolikosti moramo medicinske sestre poznati posebnosti glede učne motivacije za vse skupine, če želimo doseči dobre rezultate v končni prid varovanja. To pa lahko dosežemo le z dodatnim izobraževanjem na področju zdravstvene nege.

2. NALOGE MEDICINSKE SESTRE V ZOBOZDRAVSTVENI PREVENTIVI

Medicinska sestra, ki se uspešno ukvarja z zobozdravstveno vzgojnim in preventivnim delom, mora biti visoko strokovna, vsestransko razgledana in pričati z lastnim vzorom, kar je pogoj za uspešno izobraževanje drugih.

Medicinska sestra v svojih poklicnih dejavnostih deluje zdravstvenovzgojno:

- ocenjuje potrebo po zdravstveni vzgoji posameznika, družine, lokalne skupnosti, ciljnih skupin,



- načrtuje in izvaja skupinski zdravstvenovzgojni in preventivni program na primarni, sekundarni in terciarni ravni,
- načrtuje in izvaja zdravstvenoprosvetljalni pouk v vseh oblikah (frontalna, skupinska, individualna) glede na to, ali obravnava posameznika, skupino ali množične udeležence,
- načrtuje in spodbuja krepitev zdravja v okviru naravoslovnih dni, projektnih tednov in izbirnih vsebin v osnovnih šolah,
- zbira podatke, pripravi, organizira in izvede zaključek tekmovanj za čiste zobe v obliki prireditev na šoli in zunaj nje, tudi v okviru regije,
- sodeluje s koordinatorji za prehrano v šolah in vrtcih,
- izvaja nanos fluoridov na zobe po navodilu strokovnega vodje–pedontologa,
- pripravi učno–vzgojno gradivo za izvedbo programa za krepitev oralnega zdravja,
- izvaja mentorsko delo s pripravniki in študenti Fakultete za zdravstvene vede,
- dejavno sodeluje v zdravstvenem timu s pedagoškimi delavci ter vzgojitelji,
- dokumentira zdravstvenovzgojno delo v vseh fazah in oddaja mesečna poročila,
- sprti in ob sklepu vrednoti vzgojnoizobraževalni proces.

Področje dela medicinske sestre je zdravstvena nega, ki je pomemben del zdravstvenega sistema in poteka prav tako intenzivno kot zdravljenje (3).

Medicinske sestre zdravstveno vzgojne in preventivne dejavnosti obiskujemo na mariborskem področju in okolici 57 osnovnih šol, šolo s prilagojenimi programi ter pripadajoči dom in šolo za Korekcijo sluha in govora in 34 enot vrtcev.

Poudarek dajemo predvsem zdravi prehrani otrok, krčenju sladkih obrokov in uživanju sladko kislih napitkov za žejo. Dajemo predloge ter v šolah in vrtcih sodelujemo pri urejanju higiensko sanitarnih kotičkov za izvajanje ustne higijene in shranjevanje zobnih ščetk. Otroke učimo pravilne tehnike čiščenja zob, staršem pa predavamo o zdravi prehrani in ustni negi.

S predavanji o zdravi prehrani in pravilni negi ustne votline se vključujemo v osnovnih šolah v naravoslovne dneve in projektne tedne. Prav tako kontinuirano izvajamo projekt Voda gasila bo žejo in umivala zobe. Veseli smo, da se otroci v večini mariborskih osnovnih šol in v vrtcih lahko dnevno odžejajo z zdravo pitno vodo.



Slika 1: Priprava zdravega obroka hrane na naravoslovnem dnevu v osnovni šoli.

V kabinetu za zdravstveno vzgojo in preventivo v zobozdravstvu izvajamo zdravstveno vzgojna predavanja v sklopu Šole za bodoče starše in smo uspešno vključeni v projekt Dojenju prijazna




zdravstvena ustanova.


V okviru preventivnega programa nege ustne votline pa kot oblika motivacije poteka po vseh osnovnih šolah Tekmovanje za čiste zobe ob zdravi prehrani pod okriljem Stomatološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva.

Medicinske sestre večkrat v šolskem letu nenapovedano obiščemo otroke in skupaj z njimi preverimo čistost zob. Ob zaključku šolskega leta podelimo priznanja in nagrade vsem sodelujočim otrokom. Zmagovalni razred vsake osnovne šole prejme priznanje Zdravniškega društva Slovenije, omogočimo pa jim tudi obisk ene od kulturno zabavnih prireditev v regiji, ki ji pripravimo same s pomočjo sponzorjev. Vsako leto pa na vseslovensko srečanje v Ljubljano s pomočjo sponzorjev peljemo učence ene od mariborskih osnovnih šol, saj je to motivacija tako za otroke kot učitelje ki z njimi vse šolsko leto prizadevno skrbijo za zdravje ustne votline.


Na mariborskem področju beležimo ustno higieno s pomočjo znakov, ki otroke spodbujajo k redni in natančni skrbi za čiste in zdrave zobe (4).

Znak: «Vesel zob s tremi zvezdicami» (rdeče barve). 


- Zobje so ob pregledu brez ali s testno tabletko brez vidnih zobnih oblog.
- Dlesen je blede rožnate barve.
- Med ščetkanjem zob dlesni ne krvavijo.
- Sklenina vseh zob v ustih ima značilen lesk.

Znak: «Vesel zob z dvema zvezdicama» 

- Zobje otroka so ob pregledu s testno tabletko dobro očiščeni.
- Obloge so slabo vidne le na posameznih zobeh, najpogosteje na tretjem zobu levo in desno zgoraj, na griznih površinah kočnikov, ter v medzobnih prostorih sekalcev.
- Dlesen je blede rdeče barve, pri ščetkanju zob dlesni ne krvavijo.

Znak: «Vesel zob z eno zvezdico» 

- Ob pregledu s testno tabletko so vidne obloge na gladkih površinah sprednjih zob in v medzobnih prostorih sekalcev in kočnikov, ter na griznih površinah kočnikov in ličnikov.
- Očiščen je samo tu in tam kakšen zob.
- Dlesen je vidno rdeče barve in nekoliko zadebeljena in pri ščetkanju krvavi.
- Otrok umiva zobe neredno, najpogosteje le v šoli.

Znak: «Resen zob modre barve brez zvezdic» 

- Ob pregledu brez ali s testno tabletko so vidne močne zobne obloge na celotnih površinah zob.
- Dlesen je otekla, nabrekla, rdeča in pri ščetkanju močno krvavi, vidni so kredasti madeži na zobeh, otrok odklanja čiščenje.



Slika 2: Motivacija staršev in otrok za redno nego ustne votline, prikaz čistosti zob staršem.

Kot primer navajam prikaz čistosti zob v eni izmed mariborskih osnovnih šol v šol letu 2009/2010. Tekmovalo je osem razredov prve triade. Zmagal je tretji razred, ki je v primerjavi z ostalimi razredi dosegel največji delež čistosti zob.

Razred	Brez oblog	Delne obloge	Močne obloge
3. A	68,5 %	29,6 %	1,8 %
4. A	65,9%	29,4%	4,5%
4. B	65,8 %	25,6%	8,5%
4. C	65,5%	30,2%	4,5%
3. B	62,9%	34,2%	2,7%
2. A	56,7%	41,4%	1,8%
2. B	56,6%	43,3%	0,1%
2. C	50%	45,4%	4,5%

Tabela 1 : Prisotnost zobnih oblog

Tabela 1 prikazuje, da so učenci v povprečju ob pregledu imeli v 61,5% čiste zobe brez zobnih oblog, v 34% so bile obloge prisotne na posameznih zobeh, v 3,55% pa so bile obloge vidne na vseh površinah zob.

3. ZAKLJUČEK

Pri otroku začnemo s preventivo za oralno zdravje, še preden pride na svet, nadaljujemo skozi vsa kritična starostna obdobja, trajala pa naj bi vse življenje, dokler ne bi postala del človekovih navad. Čisti, lepi in zdravi zobje so v ponos vsakemu posamezniku. Ob vsej paleti ukrepov, ki nam omogočajo, da dosežemo zdrave zobe, je gotovo redna in pravilna ustna higiena eden od najučinkovitejših in najenostavnejših načinov za doseg ciljev.

Naši cilji so jasni: ohraniti želimo čim višji odstotek zdravih mlečnih in stalnih zob, pravilne medčeljustne odnose in zdrava obzobna tkiva.

Predvsem se pa moramo še naprej posvečati staršem, še posebej pri predšolskih otrocih, pri katerih je zdravje mlečnih zob in do neke mere tudi razvoj čeljustnic resnično v njihovih rokah, kajti otrok je ogledalo svojih staršev.

Zato, dajemo velik poudarek tudi prosvetljevanju in vzgoji staršev. Vzgoja in sodelovanje vsakega



posameznika sta ključ do uspeha na področju zobnega zdravja. S skupnimi prizadevanji nam bo uspelo, da bo otrok ohranil to, kar mu je dala narava: zdrave zobe in bleščeč nasmeh.



Slika 3: Ozaveščanje in vzgoja staršev in otrok.

4. LITERATURA

1. *Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva. Ur l RS 19/98.*
2. *Hoyer S. Zdravstvena vzgoja in zdravstvena prosveta. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 1995.*
3. *Duh M. Vloga medicinske sestre v zobozdravstveni preventivi. Diplomsko delo. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2000.*
4. *Makovec R. Obravnava družine z malim otrokom z vidika oralnega zdravja. (diplomsko delo). Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2005.*
5. *Borovšak-Bela D. Zgodnje preventivno zobozdravstveno varstvo. Zbornik predavanj XIII. Srečanja pediatrov, Maribor, 4-5. april 2003.*



VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI SPOLNI VZGOJI OTROKA IN MLADOSTNIKA - ALI - POGOVARJAJMO SE

*Tatjana Bočaj, dipl.m.s.
Zdravstveni dom Koper*

IZVLEČEK

V članku je nakazan pomen kontinuiranega zdravstveno vzgojnega dela, pogovorov na temo spolne vzgoje in vloga medicinske sestre pri spolni vzgoji otroka in mladostnika (podkrepljen z izkušnjami medicinske sestre v zdravstveni vzgoji, zdravstvene vzgojiteljice).

Prikazan je del raziskave Ozaveščenost koprskih devetošolcev o AIDSu (kdo in kaj je vse vplivalo na njihovo poznavanje problematike, s kom so se o tem največ pogovarjali), izdelane za diplomsko nalogo v okviru študija po merilu za prehode na Visoki šoli za zdravstvo Izola, 2007.

KLJUČNE BESEDE

otrok in mladostnik, spolna vzgoja, pogovor, medicinska sestra

1. UVOD

Pogovarjajmo se? Ja, tega manjka – vsem, ne le otrokom in mladostnikom. Njim, ki pridobivajo nova spoznanja, znanja in nenazadnje izkušnje, pa še toliko bolj. Torej – pogovarjajmo se tudi o sicer mnogim tabu temah, temah, ob katerih se pojavljajo nenehne zadrege, nasmihanja ali začudenja,... Če se pogovarjamo s primernim načinom, ki ga primerjam s pravilom – 6P – Pravemu človeku, ob Pravem času, na Pravi način, Pravi pogovor, Pravilni odmerek, Pozorno »beleženje« - lahko veliko naredimo in tudi preprečimo marsikatero neprijetnost, tudi okužbo ali bolezen in pripomoremo k celovitemu, ne le telesnemu zdravju.

Metode in namen raziskovalne naloge :dobiti odgovor na dve raziskovalni vprašanji:

- Kolikšna je ozaveščenost o AIDSu med koprskimi devetošolci leta 2006 in poznavanje načinov prenosa te bolezni
- Kdo in v kolikšni meri so bili njihovi socializatorji oz. viri informacij anketirancem glede bolezni AIDS in posredno tudi spolnosti.

Hipotezi sem preverjala s kvantitativno metodo, ob uporabi anketnega vprašalnika z odprtimi in zaprtimi vprašanji, na katera so odgovarjali 403 devetošolci koprške občine. Dobljeni podatki so bili kodirani in s pomočjo programa Excel vnešeni v tabelo, obdelani s programom SPSS.

2. SPOLNOST

Spolnost je širok pojem in zajema različna razmišljanja, čeprav najstniku najprej kane akt, spolni odnos, ko sliši to besedo. Spolnost je vse, kar je povezano z doživljanjem samega sebe kot spolnega bitja. Doživljanje spolnosti je pod močnim vplivom raznolikih kultur. Odnos do spolnosti se začne oblikovati že v zgodnjih letih, najbolj v obdobju pubertete, v obdobju najhitrejšega spolnega in telesnega dozorevanja. Skrite, nedostopne, pomanjkljive, napačne informacije in znanje, lahko privedejo do tvegane vedenja, s številnimi škodljivimi vplivi na celovito zdravje, tudi spolno.

Zdrave življenjske navade je lažje privzgojiti in oblikovati v otroštvu in mladostniškem obdobju, kot v odrasli dobi. Prav tako je lažje preprečevati začetke nezdravih oblik vedenja, kakor spremenjati že ustaljene in zakoreninjene navade. Zato je otroštvo in mladostništvo najpomembnejši čas za izobraževanje, uspešen socialni, čustveni in moralni razvoj.



Vzgoja (mednje sodi tudi spolna vzgoja) in vse učenje se začne najprej pri starših, v družini. Od rojstva dalje. Otroci in mlajši mladostniki so še sprejemljivi za posredovanja s strani odraslih. S skupnimi močmi vseh primarnih socializatorjev otrok in mladostnikov (tistih, ki jih učijo veččin in kažejo, pomagajo usmerjati na poti v odraslo, zrelo, samostojno osebo in življenje - to so družina, vrstniki, šola, najrazličnejši mediji, širša lokalna skupnost) se lahko veliko naredi - tudi pri spolni vzgoji. Pri tem je pomembno, da so sporočila odraslih usklajena, kajti kasneje se, mladostniki, vse pogosteje orientirajo po vrstnikih.

Zdravje otroke in mladostnike še ne skrbi. Z njimi se v zdravstvu, v tem obdobju večinoma ukvarjajo v osnovnem zdravstvenem varstvu, primarni preventivi! Rezultati raziskave potrjujejo, da imajo medicinske sestre pri vzgoji za zdravje, zdravstveni vzgoji, spolni vzgoji veliko vlogo. S programi zdravstvene vzgoje ne želimo zgolj obveščati, ampak skušamo vplivati na stališča ljudi in doseči varnejše vedenje, tudi spolno.

3. VLOGA MEDICINSKE SESTRE

V primarni, sekundarni in terciarni preventivi, ki jo izvajajo zdravstveni delavci ob sistematičnih pregledih in zdravstvena vzgoja, ki jo izvajajo medicinske sestre v zdravstveni vzgoji in tudi učitelji v šoli. Zdravstveni vzgojitelji so medicinske sestre v zdravstveni vzgoji (v nadaljevanju zdravstveni vzgojitelji), zunanji strokovni sodelavci šol, ki jih otroci in mladostniki poznajo, saj jih kontinuirano srečujejo med šolanjem, ko izvajajo ure zdravstvene vzgoje z različnimi programiranimi temami, sprejetimi v letne delovne načrte šol. Otrokom in mladostnikom je najbolj zaželen, najbolj zanimiva tema spolna vzgoja. O intimnih vprašanjih se mnogi, po izkušnjah sodeč, lažje in raje pogovarjajo z njimi, kot z učitelji ali celo starši.

Cilj primarne preventive, zdravstvene vzgoje otrok in mladostnikov je usmerjenost v zdrav način življenja. Posredno ali neposredno je cilj zdrava sprostitev, preprečevanje uporabe tobaka, alkohola in drugih drog, zdrava spolnost. Preprečevati skuša agresivno in avto agresivno vedenje, različna nasilja in bolezni. Strmi k dvigovanju samopodobe in s tem prispevati k bolj zdravi in samozavestnejši populaciji. Kako? Z načrtovanimi pogovori, različnimi temami, delavnicami, ne samo s predavanji. Imeti znanje o zdravju še ne pomeni imeti sposobnosti, znanje in moč da to znanje posredujemo drugim(1). Pogovor na temo spolnost, spolna vzgoja z odraščajočim mladostnikom je zahteven pogovor. Cilj le te je pravilna higiena, spoznavanje in skrb za lastno telo, seznanjanje s telesnimi in duševnimi spremembami, znati reči ne, preprečevati agresijo, nasilje in vzpodbuditi boljšo komunikacijo med spoloma in komunikacijo nasploh. Usmerjati želi v zdravo spolno življenje in načrtovanje družine, v varovanje in krepitev reproduktivnega in celostnega zdravja mladih. Tak pogovor zahteva obvladanje faktografskih znanj in podatkov, poznavanje različnih pedagoških veščin, predvsem metod posredovanja znanj oziroma poučevanja. Potrebna so določena znanja iz psihologije, poznati je treba spretnosti in veščine, ki so pomembne v socialnih odnosih. Za poučevanje je pomembna tudi osebnost zdravstvenega vzgojitelja, entuziazem in samoiniciativnosti. Ne sme mu biti nerodno pogovarjati se in odgovarjati na vprašanja otrok in mladostnikov – včasih seveda tudi provokativna.

To so teme, ki sicer spadajo tudi v predšolske in šolske programe. Žal so prizadevanja za sistematično vključitev zdravstvene vzgoje v šolski kurikulum bolj na papirju kot realnost, saj se zdravstveni vzgoji namenja premalo pozornosti in ustreznega prostora.(1). Tako se zgodi, da v naglici sodobnega življenja, vzgajanja in šolanja, življenjsko pomembna tema ne pride na vrsto niti pri starših in učiteljih, ključnih socializatorjih otrok.

Za to, da se je začelo o spolnosti, sicer še vedno in pogosto tabu temi, več pogovarjati doma, v šolah in tudi v javnosti, gre »zaslug« hitremu širjenju AIDSa. Naraščanje občutka negotovosti in strahu,



nevarnosti pred to boleznijo, je bilo usmerjeno v varnejša vedenja. Ob vstopu tabletko pri impotenci na tržišče zdravil, je bilo veliko zanimanja, tudi humorja. Sledilo je obdobje bolj sproščenih pogovorov o spolnosti (2), posledično tudi o zdravem in varnejšem spolnem vedenju.

Za razčiščevanje tabu tem je zelo pomemben pogovor, sproščena, iskrena komunikacija med ljudmi, s primernimi pogovori od ranih otroških let dalje. To v Sloveniji potrjujejo tudi Otroški parlamenti, Zveze prijateljev mladine Slovenije, kjer si osnovnošolci po vsej državi skupno izberejo temo, ki jih najbolj zanima. Med leti 1999 in 2008 so kar petkrat izbrali spolnost (3).

V današnjem času so mladi vse prej fiziološko zreli, tudi za spolnost, nižja pa je zrelost v psihosocialnem smislu (4). Zato je mladostniško obdobje zaznamovano z večjo ranljivostjo ob številnih tveganih vedenjih. Eno od tveganih spolnih vedenj je prenos spolno prenosnih okužb, vključno s HIVom, in širjenjem bolezni AIDS (5), ki je ena izmed spolno prenosljivih bolezni, proti kateri še vedno ni cepiva ne zdravila. Pomembno je znanje, preventiva, ozaveščanje.

4. MEDIJI

Živimo v času, za katerega je značilna razdrobljenost, nenehno spreminjanje sveta okoli nas ter posledično spreminjanje medsebojnih odnosov in načinov komunikacije. Mladostniki so neprestano obkroženi s svetom informacij in novic preko najrazličnejših medijev, ki postavljajo otroke, mladostnike v nezavidljiv položaj, z vzbujanjem močnih in nasprotujočih si pričakovanj o sebi, družini, vrstnikih, okolici in družbi, o razvoju, nenazadnje tudi o bolezni. Povzročajo jim nejasne občutke nelagodja, negotovosti, strahu, sramu, izločenosti. Lahko je v poplavi najrazličnejših informacij njihova predstava popačena tako, da nerealno razmišljajo, z odsotnostjo čustev, brez ovir, zadržkov in pomislekov (6, 7).

5. ŽELJE IN POTREBE OTROK IN MLADOSTNIKOV PO POGOVORIH – PO IZKUŠNJAH ZDRAVSTVENE VZGOJITELJICE

Sama se kot zdravstveni vzgojitelj, z različnimi temami, metodami in oblikami dela, vključujem in dopolnjujem vsebine šolskih programov. Redno, vsako leto, obiskujem vse koprške osnovnošolce. Na osnovi izkušenj, ki sem jih pridobila pri dolgoletnem delu z otroci in mladostniki, lahko trdim, da se zelo radi pogovarjajo o spolnosti. Spolna vzgoja je ena od tem (najbolj zaželeno), ki jo kot dipl. medicinska sestra, zdravstvena vzgojiteljica izvajam po šolah!

P. Brčar Štrukelj v raziskavi o spolnem vedenju osnovnošolcev (8) opozarja, da so mladostniki pričakovali več pogovorov in več informacij od zdravstvenih delavcev, kot so jih dobili. V medijih velikokrat zasledimo omenjano, da se v Sloveniji z otroci in mladostniki veliko premalo ali sploh ne govori na temo spolna vzgoja in, naj bi večino teh informacij dobivali od vrstnikov, pogosto popačenih in napačnih. Zdravstveni delavci smo v medijih pogosto kar izpuščeni kot sogovorniki na to temo z mladimi. S tem se, vsaj za koprške osnovnošolce, kjer izvajam zdravstveno vzgojo, ne strinjam. Velikokrat imamo temo spolnost in spolna vzgoja. Pogovori so sproščeni, brez zadržkov. Učenci so pripravljani predstaviti svoje poglede in razmišljanja, z mnogimi vprašanji. Res je, da si takih pogovorov želijo še več... Kot mnogokrat povedo učitelji in mladostniki, je moja prednost v odnosu do učiteljev v šoli. Razloge vidim v temu, da je velika potreba mladih po odkritih pogovorih. Kot zunanji strokovni sodelavec, zdravstveni delavec, ki je mladim poznan, imam »poseben status« v šolskem okolju, s sproščenim osebnim odnosom. Ob kontinuiranih srečevanjih z osnovnošolci v šoli, navedeno omogoča, da z različnimi temami izkoristimo njihovo pripravljenost in sprejemljivost, željo po pogovorih. S spontanim pristopom, posredovanjem in izmenjavo čim več informacij, spoznanj, brez zadržkov, na način in v jeziku, ki ga poznajo in jim je blizu.

Ni zanemarljiv, kar velik je delež otrok oziroma mladostnikov (po pripovedovanju otrok), ki s starši

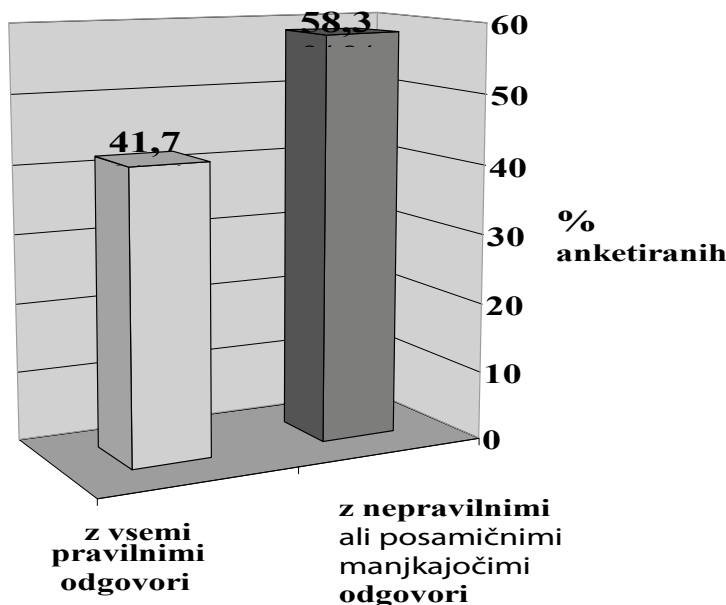


ne spregovorijo niti o osnovnih rečeh povezanih s spolno vzgojo. Celo pogovor o intimni higieni, kasneje puberteti, je v številnih družinah tabu tema, tema o kateri se ne govori, saj je povezana s sramom, odporom, tudi z vero. Tu imamo veliko vlogo medicinske sestre, s primernim pogovorom. Tem pogovorom pravim nadgradnja, z upoštevanjem 6 P, kot pri pravilih dajanja terapije.

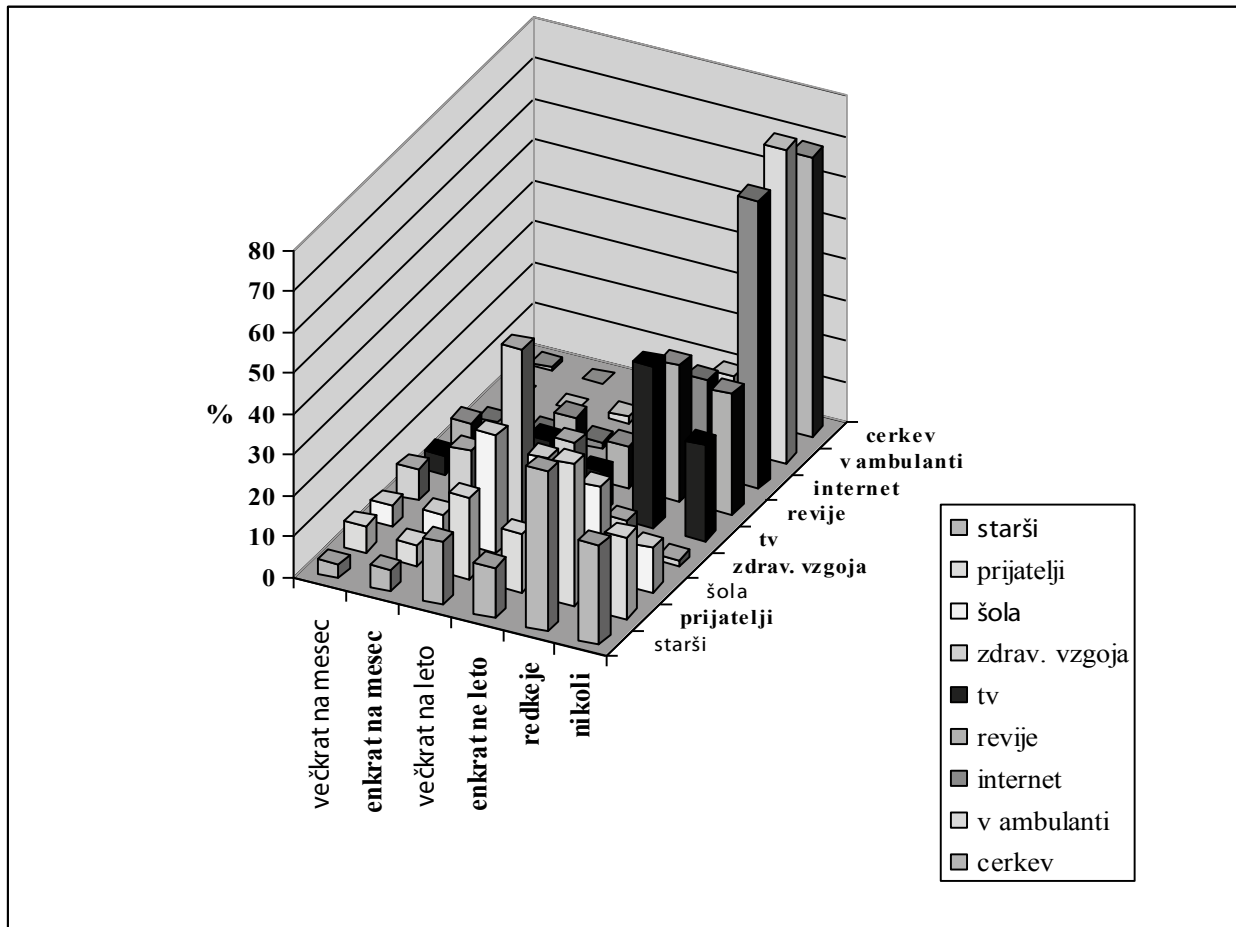
Če se s pogovori, z osnovno spolno vzgojo ne začnejo pravočasno, v procesu odraščanja in razvoja, na primeren način, s privzganjem zdravstvene zavesti, pride lahko hitreje do tveganih vedenj, tudi spolnih. Kaj pa zdravstvenih težav? Uroinfekti, dolge, predolge enureze, mokrenje hlačk, okužbe povezane z zgodnjimi spolnimi odnosi, boleče, zelo močne menstruacije, priraščena kožica,... zaradi katerih je nerodno spregovoriti z zdravnikom, medicinsko sestro,... otrok pa trpi..., se izolira,... Ali pa išče informacije, potrditve, odgovore, rešitve, druge. Vendar ne vselej na primernem mestu...

6. RAZISKAVA, DELNI REZULTATI

Ker je AIDS med mladimi zelo pogosto omenjan pri pogovorih o spolnosti in se o njem največ govori od vseh spolnih bolezni, se mi je zdel primeren tudi za raziskavo, ki sem jo izvedla 2006. Raziskava je imela naslov Ozaveščenost koprskih devetošolcev o AIDSu. Posredna je bila povezava o pogovorih na temo spolnost (s kom se pogovarjajo in koliko krat); z vso svojo širino.



Slika 1: Pravilnost celotnega sklopa odgovorov o poznavanju HIVa



Slika 2: Pogostost pogovorov in spremljanja informacij o AIDSu – vsi naštetih viri

7. RAZPRAVA

- Rezultati potrjujejo: Ozaveščenost o AIDSu je med koprskimi devetošolci dobra. Iz prikazov v preglednici izhaja, da je 168 anketirancev ali 41,7%, na prvi sklop vprašanj o poznavanju HIVa in AIDSa, v celoti prav odgovorilo. Nihče med vsemi anketiranci ni imel popolnoma vseh odgovorov napačnih.
- Anketiranci so kot pomembne informatorje in socializatorje za temo AIDS in posredno spolna vzgoja opredelili starše, vrstnike, učitelje, svetovalcev v OŠ. Kot ključni niz, od katerega pridobijo največ informacij, je raziskava pokazala zdravstvenega vzgojitelja pri urah zdravstvene vzgoje.
- Rezultati kažejo, da anketiranci NE dobijo največ informacij iz pogovorov o AIDSu med prijatelji, kot smo predvidevali. Več jih dobijo z zdravstvenimi vzgojitelji, v šoli pri pouku, šele nato med prijatelji, ki jim po rezultatu skoraj enakovredno sledijo revije, starši in tv. Lahko sklepamo, da je vloga interneta, ambulante in cerkve zanemarljiva pri tem informiranju.

8. ZAKLJUČEK

S skupnimi močmi vseh primarnih socializatorjev mladostnikov- to so družina, vrstniki, šola, mediji, širša lokalno skupnost - lahko veliko naredimo, tudi pri spolni vzgoji in pogovorih o AIDSu. Menim, da je kontinuirana vzgoja za zdravje, zdravstvena vzgoja otrokom in mladostnikom potrebna. Z upoštevanjem 6 p pravil!



V zadnjih treh letih sem opazila zanimivost; nove morda nepravilno podane informacije, o telesnem razvoju, ki jih otroci in mladostniki površno dobivajo preko medijev, starejših vrstnikov,... velikokrat jemljejo kot nekaj, kar se dogaja „samo tam nekje „zunaj“, ne tudi njemu osebno. Posameznik ne zazna, da je to tudi del njegovega razvoja. O vsem tem je potrebno spregovoriti, voditi pogovor z mladostnikom, mu prisluhniti in ga pri tem tudi slišati.

Tu imamo medicinske sestre, zdravstvene vzgojiteljice veliko vlogo. Znamo opazovati in opaziti. Znamo prisluhniti, poslušati in slišati. Znamo in moramo se pogovarjati! Tudi s tem skrbimo in pripomoremo k zdravemu razvoju in celovitemu zdravju otrok, mladostnikov!

9. LITERATURA

1. Hoyer S. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*, Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2005
2. Stergar E, Bevc Stankovič M. *Promocija zdravja v šolskem okolju*. *Zdrav Var* 1998; 37: 464 – 470.
3. <http://www.zpms.si/otroški-parlament/>
4. Zalokar Divjak Z. *Jaz in ti. Medsebojni odnosi v sodobnem času*. Krško: Gora, 2001.
5. Pinter B. *Spolno vedenje srednješolcev*. In: Juričič M., ed. *Zdrava mladina, naša bodočnost! Četrty kongres šolske in visokošolske medicine Slovenije: zbornik*. Maribor 2005. Ljubljana: Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino pri SZD, 2005: 8 - 11.
6. Brčar Štrukelj P. *Spolno vedenje slovenskih osmošolk in osmošolcev, Ogroženo zdravje mladostnikov*. *Zdrav Var* 1998; 37: 119 – 132.
7. Bajzek J. *Zrcalo odraščanja: mednarodna sociološka raziskava o odraščajočih otrocih*. Radovljica: Didakta, 2003.
8. Pinter B. *Kontracepcija*. *STA, Ob svetovnem dnevu kontracepcije*, 26. 9. 2010



NASILJE NAD OTROCI IN ZDRAVSTVENA NEGA

Alenka Karlovčec, dipl.m.s.

Splošna bolnišnica Murska Sobota-Otroški oddelek
http://www.drustvo-dnk.si/OP_nenasilna-komunikacija.html

IZVLEČEK

tema, ki izstopa iz ustaljenega vsakdana zdravstvene nege, vendar ni nepomembna. Otroci so med najbolj nemočnimi in najbolj občutljivimi člani vsake družbe. Krivice, nasilje, zlorabe in škodljivi vplivi lahko usodno vplivajo na otrokovo nadaljnje življenje, mu onemogočijo enakovredno uveljavljanje v družbi in preprečijo razvoj v zrelo, odgovorno in zadovoljno osebnost. Otroci so pri zagotavljanju svojih pravic popolnoma odvisni od odraslih. Njihov družbeni položaj je položaj z malo moči. Ker imajo odrasli več osebne in pozicijske moči kot njihov otrok, je povsem normalno, da skrbijo za svoje otroke. Vendar pa to nima nič skupnega s težnjo odraslih, da svojo moč nad otroki zlorabijo tako, da bi hitreje dosegli svoj cilj v procesu vzgoje otroka in ga pretepli, da bi jih ubogal, bil hvaležen, poslušen in da jim ne bi ugovarjal. Cilj odraslega, ki uporabi nasilje, je, da na hiter način doseže disciplino, ubogljivost, ustrezno vedenje; to značilnost najdemo pri vseh vrstah nasilja. Preko nasilja se otrok nauči predvsem napačnih, škodljivih sporočil in vedenj.

KLJUČNE BESEDE

nasilje nad otroci, vrste nasilja, nasilje nad otroci in zdravstvena nega

1. UVOD

Nasilje vedno izhaja iz neravnovesja moči. Beseda nasilje predstavlja odnos med dvema stranema, kjer ena stran z uporabo sile ali s samimi grožnjami, da bo uporabila moč ali vpliv, vpliva na drugo stran. Cilj je namerno osramotiti in ponižati žrtev. Nasilje je kaznivo dejanje, ki na prizadetih osebah pusti nepopravljive posledice.

Zloraba otrok in nasilje nad otroci je v najrazličnejših oblikah verjetno staro kot človeštvo samo. Oblike se med seboj razlikujejo; od tistih najbolj očitnih in neposrednih grobosti pa vse do posrednih, potuhnjenih, prikritih a dolgotrajnih, katerih razdiralni učinek je izjemno hud in se pokaže šele postopoma, ne kot rana ali podplutba na otrokovem telesu, ampak kot globoka prizadetost v otrokovi osebnosti, ki nosi sledi celo življenje.

Že bežen slovenski bralec ali pa gledalec lahko brez omembe vredne pozornosti opazi, da smo v Sloveniji od osamosvojitve naprej, priča očitnemu porastu medijskega poročanja o nasilju v družinah, o povečevanju števila prijavljenih nasilnih dejanj ter nasilnih dejanj s smrtnim izidom. Policija, stroka in nevladne organizacije vse pogosteje izpostavljajo, da je družina za ženske in otroke potencialno najnevarnejši kraj; partner za žensko potencialno najnevarnejša oseba; največ primerov s smrtnim izidom se zgodi v družinskem okolju; da je trenutno vsaka peta ženska žrtev nasilja s strani svojega partnerja; da so razne oblike nasilja nad otroci v družinah mnogo pogostejše, kot se nam dozdeva in da visok ekonomski status in visoka izobrazba ne izključujeta nasilnega vedenja.

Realnih podatkov o številu žrtev nasilnih dejanj v Sloveniji ni. Obstajajo delno zbrani podatki, ki se zbirajo v okviru policije, zdravstvenih institucij, nevladnih organizacij... Največ nasilja se dogaja za zaprtimi družinskimi vrati, zato veliko informacij ne pride v javnost, morda niti do prvega centra za socialno delo, ki pa se marsikdaj, kljub poznavanju okoliščin, neustrezno odzove. Ničelna toleranca



do nasilja, krepitev socialne mreže, vzpostavitve zaupanja, ustrezni ukrepi bi lahko pripomogli k temu, da bi odkrili več otrok, ki doživljajo pekel za domačimi vrati.

Ameriški avtorji ocenjujejo na podlagi obsežnih statističnih analiz, da zdravniki med trpinčenimi otroci ugotavljajo približno 70% telesno zlorabo, v 25% spolno in v 5% zastoj v rasti zaradi podhranjenosti (Kersnik, Tušek-Bunc, 2001).

1.1 OPREDELITEV NASILJA

Pri opredeljevanju, kaj je nasilje nad otrokom, je moralno upravičeno izhajati iz zelo strogih meril: lahko zatrdimo, da se zloraba prične v tistem trenutku, ko starš (ali drugi odrasli) da prednost svojim potrebam pred otrokovimi (Pavlović, 1997).

Na Društvu za nenasilno komunikacijo nasilje definirajo kot način, s katerim si povzročitelj/ica skuša v odnosu zagotoviti moč in nadzor nad žrtvijo in uresničiti svoje interese. Nasilje vedno izhaja iz neravnovesja moči med dvema oseba oziroma skupinama ljudi. Povzročitelj/ica s psihičnim, spolnim, fizičnim, ekonomskim in drugimi oblikami nasilja posega v osebno integriteto žrtve in omejuje njen človeški potencial. Nasilje razumemo kot vsako obliko vedenja, ki jo oseba izvede z namenom, da bi si drugo osebo ali skupino podredila oziroma nad njo pridobila, povečala ali ohranila moč. O zlorabi moči govorimo, ko ima ena skupina oziroma posameznik ali posameznica že v osnovi več moči nad drugo skupino oziroma posameznikom ali posameznico zaradi družbenega položaja, starosti, nacionalnosti, fizičnih ali umskih lastnosti in to moč izkorišča v škodo druge osebe. Vsaka zloraba moči je nasilje.

1.2 VRSTE NASILJA

1.2.1 FIZIČNO NASILJE

telesno kaznovanje otrok in agresivne stike z njimi pojmujejo kot nasilje in je po zakonu kaznivo dejanje (Zloković, 2007). Kot fizično nasilje se pojmuje tudi katerikoli namerni telesni napad ali kontakt, s katerim se otroka fizično ogroža, poškoduje, se mu povzroča telesna bolečina, neugodje ali smrt. Kot telesno trpinčenje se pojmujejo različni udarci z dlanjo, s pestjo, z nogo, ščipanje, puljenje las, vbadanje, opekline, metanje, gnetenje, urezi, dušenje, frakture, preprečevanje spanja, odtegotvanje hrane, vode, uporabe sanitarij, zdravstvene oskrbe, izpostavljanje ekstremnim temperaturam, strupom, infekcijam (Zloković, 2007). Da je otrok žrtev fizičnega nasilja, posumimo po tem, da ima na telesu rane, modrice, potpludbe, opekline, ki se večkrat pojavljajo; otrok si rane skriva z dolgimi rokavi in hlačami; noče govoriti o poškodbah ali pa si izmišlja čudne zgodbe, kako jih je dobil; boji se iti domov; včasih reagira zelo prizadeto ali z velikim jokom, ko dobi slabo oceno ali naredi napako, o kateri bi bilo potrebno obvestiti starše; kaže samodestruktivna nagnjenja; do drugih otrok je nasilen in ima še druge vedenjske težave; beži od doma itd. (Društvo za nenasilno komunikacijo, 2010).

1.2.2 PSIHIČNO NASILJE

Psihično nasilje obsega pasiven in ignorantski odnos do emocionalnih potreb otroka, zanemarjanje emocionalne stimulacije, odtegotvanje zaščite in emocionalne podpore ter uveljavljanje okrutnih stilov obnašanja ali pa zavračanje kakršnihkoli emocionalno toplih kontaktov z otrokom (Zloković, Dečman Dobrnjič 2007, v: Iwaniec, 1996). Po nekaterih podatkih je to najbolj razširjena oblika trpinčenja, ki pa le redkokdaj pripelje do državne intervencije. Glavni razlog je verjetno v nejasno določenih opredelitvah kdaj starši prekoračijo mejo dopustnega.

Pri psihičnem nasilju izstopa predvsem obnašanje odraslih, ki otroku ne dajejo potrebne čustvene



spodbude, zanemarjajo otrokove čustvene potrebe, jih ne ščitijo, jih omalovažujejo, žalijo, zmerjajo, neustrezno kritizirajo, podcenjujejo in se ne odzivajo na otrokove čustvene stiske. Sem sodi tudi prikrajševanje otroka za to, da se razvija v samostojno, edinstveno osebnost in razvije svoje potenciale, zavračanje in nepravilno vedenje v primerjavi s sorojenci, odtegotvanje pozornosti, zasmevanje in blatenje otroka, povzročanje strahu, discipliniranje z ustrahovanjem, grožnje s fizičnim napadom, puščanje malega otroka samega, izolacija otroka, zaklepanje v prostore, prepoved stikov z odraslimi ali vrstniki, siljenje otroka, da opazuje nasilje, uporaba otroka kot sredstvo izsiljevanja med odraslimi, zvrčanje krivde za lastna neprijetna čustva na otroka: »še nikoli me ni bilo tako sram kot danes, ko si se tako obnašal/a« (Društvo za nenasilno komunikacijo, 2010).

Psihično nasilje izziva pri otrocih nevrotično vedenje, ki se med drugim kaže tudi kot iritabilnost, anksioznost, depresivnost, nagnjenost k laganju, jecljanje, enureza (močenje postelje), nagnjenost k izmišljanju malo verjetnih ali neverjetnih dogodkov, vznemirjenost, samopoškodbe, grožnje ali poskusi samomora.

1.2.3 SPOLNA ZLORABA OTROK

Spolna zloraba otrok oz. spolni napad na otroka je izkoriščanje otroka v spolnih aktivnostih z odraslo osebo ali z osebo, ki je starejša od njega. Pri tem je otrok zlorabljen kot spolni objekt za zadovoljevanje spolnih potreb ali želja teh oseb. Zaradi neenakih moči v odnosu med njim in drugo osebo, otrok nima možnosti, da bi zavrnil spolno aktivnost, usmerjeno vanj.

V klasifikaciji Svetovne zdravstvene organizacije beremo:

»Spolna zloraba v družini vključuje spolne odnose, ki so incestuozni (dogajajo se med družinskimi člani, med katerimi je po zakonu poroka prepovedana) ali neincestuozni (med otrokom in drugimi odraslimi člani gospodinjstva). »

O spolni zlorabi govorimo takrat, ko pride do kontakta spolovila odrasle osebe z otrokovim spolovilom, dotikanja otrokovih prsi ali spolovila, v kakršnih koli okoliščinah, ki so družbeno nesprejemljive; takrat ko otroka prisilijo, da se dotika intimnih delov telesa starejšega; ko odrasla oseba namerno razgali svoje intimne dele telesa; ko odrasla oseba spodbuja otroka, da se razgali ali če pride do kakršnekoli druge oblike telesnega stika ali siljenja otroka v druge aktivnosti.

1.2.4 ZANEMARJANJE

Zanemarjanje je opustitev vedenja (skrbi), s katerim odgovorni odrasli zadostijo otrokovim telesnim, čustvenim, intelektualnim in drugim potrebam, ki varujejo otroka in mu omogočijo ustrezen razvoj (Razširjeni zbornik 2. cikla seminarjev Namesto koga roža cveti, 1997). Zanemarjanje je lahko: Fizično – neustrezno prehranjevanje, odsotnost skrbi za otrokovo varnost in zdravje, ne iskanje zdravniške pomoči, kar lahko ogroža otrokovo zdravje, razvoj in življenje; čustveno – otrok je prikrajšan za pozitivne čustvene odnose v družini, ki mu omogočajo zdrav psihosocialni razvoj; izobraževalno – odrasli onemogočajo otroku, da se izobražuje – da obiskuje šolo, prikrajšajo pa ga tudi za osnovne razvojne spodbude.

2. ZDRAVSTVENA NEGA IN NASILJE NAD OTROCI

Otrok je kot žrtev posebej občutljiv in ranljiv; od storilca praviloma materialno odvisen in čustveno navezan. Nagnjen je k idealiziranju staršev in sprejemanju krivde za lastno trpinčenje; boji se, da bo družina razpadla, če bo starša ovadil. In nemalokrat se njegovi strahovi tudi uresničijo.

Zdravstveni delavci se z trpinčenim otrokom srečujemo ne vseh nivojih delovanja- na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju. Za pravilno obravnavo otrok, ki so žrtve nasilja, je zelo pomem-



bno, da na zlorabo posumimo. Pozorni moramo biti na izjave staršev in drugih oseb pri pojasnjevanju mehanizma morebitnih poškodb, neskladij med izjavami, spreminjanju podanih podatkov... Predvsem pa moramo biti pozorni na neskladje poškodb/ stanja otroka z razvojno stopnjo otroka.

Preprečevanje in zgodnje odkrivanje ter ustrezno ukrepanje mora biti izziv sodobne obravnave otrok in vseh, ki so vključeni v proces obravnave otrok. O vseh oblikah slabega ravnanja z otroci- tudi ob sumu nanje- morajo zdravstveni delavci uradno obvestiti ustrezne službe- **PRIJAVNA DOLŽNOST**

2.1 KDAJ GOVORIMO O OGROŽENEM OTROKU

- Otrok je ogrožen, kadar je dejansko utrpel ali je zelo verjetno, da bo utrpel očitno škodo na zdravju ali razvoju.
- Očitna škoda je posledica ali grozi, da bo nastopila, zaradi slabega ravnanja ali opuščanja dolžne skrbi tistih, ki skrbijo za otroka.
- Otrok je žrtev nasilja že, če je priča oz. mediator medsebojnemu obračunavanju- fizičnemu ali psihičnemu-med partnerjema (moža nad ženo; žene nad možem)

2.2 ZAKONSKI AKTI IN DOLŽNOST PRIJAVE

- Ustava RS
- Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih
- Zakon o socialnem varstvu
- Kazenski zakonik RS
- Zakon o policiji
- Zakon o preprečevanju nasilja v družini
- Pravilnik o sodelovanju organov ter o delovanju centrov za socialno delo, multidisciplinarnih timov in regijskih služb pri obravnavi nasilja v družini
- Konvencija ZN o otrokovih pravicah
- Evropska konvencija o uresničevanju otrokovih pravic
- Deklaracija o psiholoških pravicah otroka (sprejeta 1.1979-mednarodni komite za šolsko psihologijo)
- **PRAVILNIK O SODELOVANJU ORGANOV TER O DELOVANJU CENTROV ZA SOCIALNO DELO, MULTIDISCIPLINARNIH TIMOV IN REGIJSKIH SLUŽB PRI OBRAVNAVI NASILJA V DRUŽINI (Ur.l. RS, št. 31/2009)**- Določa način obveščanja in sodelovanja strokovnih služb
 - Vsi organi so ob zaznavi nasilja v družini dolžni v 24 urah od seznanitve z okoliščinami obvestiti CSD.
 - Kadar gre za okoliščine, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da je žrtev nasilja otrok, so dolžni obvestiti CSD, policijo ali tožilstvo.
 - Informacija po telefonu takoj, v pisni obliki pa v treh dneh, razen v primeru neposredne ogroženosti najkasneje v 24 urah.
 - V informaciji je potrebno navesti vsa strokovna opažanja, iz katerih je mogoče sklepati, da se izvaja nasilje.



2.3 ZDRAVSTVENA NEGA IN OTROKOVE PRAVICE

Poleg že omenjenih zakonskih aktov so za področje zdravstvene nege obvezujoči še naslednji predpisi, ki izhajajo iz zagotavljanja in uresničevanja otrokovih pravic:

- **Kodeks etike**
- **KONVENCIJA ZN O OTROKOVIH PRAVICAH** v enem izmed členov (19 in 20) govori o **PRAVICI OTROKA DO NENASILNEGA RAVNANJA** , ki odraslim nalaga odgovornost za varstvo otrok pred kakršno koli obliko nasilja; **PRAVICA DO ZDRAVJA** , ki vključuje pravico do ustrezne hrane in zdravega okolja ter pravico do zdravstvene oskrbe.
- Poleg te listine je za področje zdravstvene nege še dodatno obvezujoča **EACH listina, (Evropsko združenje za pravice otrok v bolnišnici)**, ki v svojem 8. Členu govori o ustrezno usposobljenem kadru, ki se je sposoben odzvati na telesne, čustvene in razvojne potrebe otroka, kar vključuje posebne veščine in **občutljivost (dovzetnost) – tudi za otrokovo trpljenje**. Nadalje pravi, da »kvalificirano osebje je sposobno prepoznati vse oblike zlorabe otrok in se ustrezno odzvati.«
- Posredno bi na to področje lahko navezali še **prvi člen konvencije, ki govori o nujnosti sprejema otroka v bolnišnico. (Otroci so sprejeti v bolnišnico samo takrat, če oskrbe, ki jo potrebujejo, ni mogoče enakovredno zagotoviti doma ali v ambulanti).** **Res je, da je sprejem otroka v bolnišnico IZKLJUČNO odvisen od določitve zdravnika; naša naloga pa je ustrezno delo s straši, da se v čim krajšem času usposobijo za negovanje otroka v domačem okolju in s tem zmanjšamo nepotrebno podaljševanje hospitalizacije.** Sprejem v bolnišnico (tudi če so zraven hospitalizirani starši) pomeni za otroka odhod v tuje, neznanu okolje, ki je povezano z več ali manj bolečimi posegi, neprijetnimi postopki ,neugodnimi situacijami in potencialnimi nevarnostmi (okužbe) .

3. RAZPRAVA

Otroci so veliko bolj kot odrasli dovzetni za negativna sporočila o sebi, drugih in svetu. Veliko nasilja, ki ga odrasli povzročijo nad otroki, je podkrepljeno z argumenti, da so otroka z nasiljem želeli naučiti nečesa, kar naj bi mu v življenju koristilo. Čeprav starši in drugi odrasli otroku povzročajo trpljenje z dobrimi nameni, to otroku povzroči bolečino, strah, žalost, jezo. Cilj odraslega, ki uporabi nasilje, je, da na hiter način doseže disciplino, ubogljivost, ustrezno vedenje. Prek nasilja pa se otrok nauči napačnih škodljivih sporočil in vedenj (strategij za umikanje in upiranje; da je nasilje »iz ljubezni« opravičljivo; da je nasilje dovoljeno sredstvo in ga lahko uporabi; da je v življenju pomembno, da imaš in izkoriščaš moč nad drugimi (»Ko bom velik, bom jaz to lahko počel-a drugim.«); da je človek, ki misli drugače kot ti ali nekaj naredi narobe, slab in si zasluži biti tepen; da od ljudi, ki trdijo, da te imajo radi, ne moreš pričakovati varnosti; da so otrokova čustva nepomembna, napačna, škodljiva; vzorcev nasilnega reševanja konfliktov;...)

Kljub visoki zavesti sodobne družbe in pomembnosti družine pri razvoju otroka se srečujemo z dejstvi, da so mnogi otroci izpostavljeni neprimernim in nasilnim odnosom s strani staršev in drugih odraslih oseb, kakor tudi s strani ožjega socialnega okolja in družbe. Spremembe na širšem socialnem in ekonomskem področju se odražajo tudi na področju dinamike družine, vplivajo pa tudi na spremembo življenjskega stila in na splošno na odnose do otrok in med ljudmi.

Kakovostna in učinkovita zaščita pred nasiljem temelji na humanističnem stališču, **da gre za**



družbeni in ne izključno individualni problem. V smislu preprečevanj nasilja govorimo tudi o **kulturi odgovornosti do otrok** (odnos odraslih do otroka), socialni povezanosti, spreminjanju negativnih stališč do otrok predvsem pa povečati občutljivost za ustrezno in pravočasno reagiranje ob nasilnih dejanjih.

Zato še vedno nova in nova odkritja zlorab. In to kljub dejstvu, da nikoli doslej še ni obstajalo toliko zakonskih aktov, s katerimi bi ščitili pravice otrok. In nehote se postavlja vprašanje razkoraka med teorijo in prakso.

Razlogov zakaj nasilje v družinah ni zasebni problem je več in se koncentrirajo okrog konceptov človekovih pravic (pravica do varnosti, življenja brez strahu, dostojanstva telesne integritete), izenačitve pravic v javnem in zasebnem prostoru ter odgovornosti družbe, države in politike. Nasilno dejanje izvedeno v javnem prostoru ali nad posameznikom s strani neznane osebe, je moralno in pravno preganjano in nesprejemljivo; zakaj naj bi za zasebno sfero obstajala drugačna pravila?

4. ZAKLJUČEK

Nasilje nad otroci spada med tabu teme, ki v ljudeh še vedno vzbujajo nelagodje in odpor. Gre seveda za eno najhujših oblik nasilja, saj so otroci v različnih razvojnih fazah bolj ali manj odvisni od odraslih- staršev ali skrbnikov. Vsi, ki se v praksi srečujemo z otroci, ki so žrtve nasilja (bodisi da gre za zanemarjanje , slabo ravnanje ali druge oblike nasilja) se moramo zavedati, da gre za kompleksen problem, ki terja sodelovanje različnih strok; od zdravstvenega osebja pa zahteva dolžnost prijave ter preklic poklicne molčečnosti v korist varovanja otrokovega zdravja in življenja.

Pri poskusu sodelovanja in oblikovanju lastnega odnosa do trpljenja otrok se vsi zdravstveni delavci- tudi zaposleni na področju zdravstvene nege- srečujemo po eni strani z lastnimi čustvi ob odkritju zlorabe(odpor, gnus) po drugi strani pa s potrebo, da pretehtamo vse možnosti in vplive, ki so privredli do nasilja in jih ne moremo zavriniti; obenem pa ne smemo in ne moremo zavriniti sodelovanja in probleme ignorirati. Vse to je potrebno, če želimo, da se bo nasilje ustavilo in preprečevalo.

Zato je potrebno o problemih zlorabe otrok spregovoriti in v ljudeh vzbuditi in povečati občutljivost za otrokovo trpljenje.

Nasilje ni dopustno in zanj ni opravičila

Nasilje v družinah in nad otroci NI zasebna stvar

Razlogov zakaj nasilje v družinah ni zasebni problem, je več in se koncentrirajo okrog konceptov človekovih pravic (pravica do varnosti, življenja brez strahu, dostojanstva telesne integritete), izenačitve pravic v javnem in zasebnem prostoru ter odgovornosti družbe, države in politike. Nasilno dejanje izvedeno v javnem prostoru ali nad posameznikom s strani neznane osebe, je moralno in pravno preganjano in nesprejemljivo; zakaj naj bi za zasebno sfero obstajala drugačna pravila?

Nasilje preprečujemo z ničelno toleranco do nasilja. Čeprav obstajajo raziskave, ki zanikajo povezanost nasilja z biološkimi lastnostmi človeka kot tudi take, ki ga do neke mere povezujejo, menimo, da bi lahko večino nasilja preprečili z drugačnimi sporočili o nasilju, ki jih družba kot širši sistem posreduje svojim pripadnikom in pripadnicam od otroštva naprej. Mnogokrat ljudje, ki so bili sami žrtve nasilja v otroštvu, tudi sami kasneje postanejo žrtve ali povzročitelji v novih odnosih. Vendar pa to ni nujna povezava. Menimo, da je nujna nična toleranca do nasilja. Nasilni so ljudje, ki



si dovoljujejo, da so nasilni in ki vidijo, da njihovo nasilje in tudi nasilje drugih ni ustavljeno s strani sistema. (http://www.drustvo-dnk.si/OP_nasilje.html)

Za prenehanje uporabe nasilja je nujna zavestna osebna odločitev in učenje o nenasilni komunikaciji. Vsak se lahko nauči drugačnega načina komunikacije in reševanja notranjih ter zunanjih konfliktov. Vsak se lahko odloči, da nasilja ne bo uporabljal, in ob podpori strokovnjakov in strokovnjakinj preneha povzročati nasilje. Ker ima vsak človek drugačne meje, je pri preprečevanju nasilja bistveno, da se učimo, kje so meje posameznika. S preprečevanjem nasilja je tako nujno povezano tudi učenje komunikacije, da ljudje med seboj lahko govorimo o mejah.

5. LITERATURA

1. Kersnik, D., Tušek-Bunc, K. Trpinčen otrok v ambulanti zdravnika družinske medicine. 2. spominsko srečanje dr. Janija Kokalja. Poškodbe v osnovnem zdravstvu. 2001;1-2.
2. Kornhauser, P., Trpinčen otrok. V: Kritično bolan otrok. Razprava, zdravljenje in transport. Zbornik predavanj. Klinični center Ljubljana, 1996.
3. Pavlović, Z., Psihološke pravice otroka. Didakta. 1993;206-15.
4. Tomori, M., Nasilje nad otroki tabu-ki ga lahko odstremo. Razširjen zbornik 2. cikla seminarjev. Namesto koga roža cveti. 1997;218-22.
5. Vidmar, J., Poškodbe pri trpinčenih otrocih. 2. spominsko srečanje dr. Janija Kokalja. Poškodbe v osnovnem zdravstvu. 2001;3-9.
6. Zloković, J., Dečman-Dobrnjič, O. Zaprte oči ne vidijo zla. Zavod republike Slovenije za šolstvo. Ljubljana, 2007.
7. Žemva, B., Zgodnji in kasni znaki trpinčenja pri otroku. V: Izbrana poglavja iz pediatrije 10. Nujna stanja v otroški psihiatriji. Medicinska fakulteta Ljubljana, Katedra za pediatrijo. Ljubljana, 1998;79-84.



ŠOLA ZA ZDRAVO ŽIVLJENJE

*Zdenka Koporec, dipl.m.s.
Magdalena Urbančič, spec.pediatrije
CZBO Šentvid pri Stični*

IZVLEČEK

V članku je na kratko predstavljen Center za zdravljenje boleznih otrok v Šentvidu pri Stični. V nadaljevanju pa osnovni programi dela s poudarkom na Programu zdrave prehrane in zdravega načina življenja. Avtorici opisujeta predvsem spremenjeni potek zdravljenja prekomerne telesne teže pri otrocih v Centru za zdravljenje boleznih otrok.

KLJUČNE BESEDE

Center za zdravljenje boleznih otrok, Program zdrave prehrane in zdravega načina življenja.

1. UVOD

CZBO je specialna bolnišnica za zdravljenje kronično bolnih otrok. Organizacijsko je bolnišnica razdeljena na bolniške oddelke, fizioterapijo, delavno terapijo, ambulanto in šolo.

Bolniške oddelke imamo razdeljene na oddelek A in oddelek B, kjer se zdravijo gibalno neovirani bolniki z različnimi boleznimi in težavami. Starost teh otrok je od 3 do 19 let. Posebno skupino na teh dveh oddelkih predstavljajo otroci, ki so zaradi kakršnekoli bolezni sprejeti k nam v spremstvu staršev. Na oddelku C pa se zdravijo otroci, ki potrebujejo 24 urno intenzivno nego s spremljanjem vitalnih funkcij. Gre za težka kronična stanja, katera so neobvladljiva za domačo nego in potrebujejo stalno prisotnost zdravstvenega osebja. Prihajajo pa tudi kronično bolni otroci, katerih starši lahko opravljajo to nego v domačem okolju, vendar jih v določenih trenutkih zaradi različnih vzrokov ne morejo. Lahko pa pridejo otroci tudi v terminalni fazi bolezni. Starost otrok na C oddelku je od 0-18 let.

Kot inštitucija sodelujemo s številnimi drugimi ustanovami, kot so: Pediatrična klinika v Ljubljani z vsemi oddelki, šolami, zdravstvenimi domovi, ostalimi bolnišnicami, svetovalnimi centri in centri za socialno delo.

Zaradi različnih boleznih in različnih programov, ki jih izvajamo v Centru za zdravljenje boleznih otrok pa moramo delavci skrbeti za permanentno izobraževanje na različnih področjih. Znati pa moramo delovati tudi kot dobro uglašen tim, kajti vsi se zavedamo našega poslanstva, da lahko le s skupnim znanjem in delovanjem prispevamo za dobro otroka.

Cilj zdravljenja na oddelkih A in B je rehabilitacija in učenje otroka za življenje z njegovo boleznijo ali motnjo. Programe za katere imamo razvite tudi klinične poti pa so: program lulanja, program kakanja in program zdrave prehrane in zdravega načina življenja.

- Program lulanja so razvili na Pediatrični kliniki v Ljubljani, pri nas pa ta program še dopolnjujemo. Poteka en teden, otroka učimo pravilnega režima pitja tekočin in lulanja ter beleženja svojega napredka pri izvajanju programa.
- Šola kakanja poteka 14 dni. Tudi ta program so razvili na Pediatrični kliniki v Ljubljani, pri nas pa ga dopolnjujemo glede na izkušnje, ki jih sproti pridobivamo.



- Zelo velik del pri nas hospitaliziranih otrok pa so otroci z **motnjami prehrane, predvsem s prekomerno telesno težo**. Program smo v letošnjem letu, na podlagi večletnih izkušenj, precej prenovili. Program sedaj poteka dva tedna. Otrok je vključen v skupinsko obravnavo, kjer so otroci starostno primerljivi. Po potrebi je otrok obravnavan tudi ali pa samo individualno. V tem času smo v program vključeni vsi strokovni delavci. Zdravnik otroka pregleda, določi osnovne preiskave krvi, merjenje krvnega pritiska, po potrebi dodatno fizioterapijo in določi velikost obroka. Diplomirane medicinske sestre vodijo šolo zdrave prehrane, kjer skušamo otroka naučiti osnov pravilne priprave in zdravih prehranjevalnih navad. Diplomirani fizioterapevti otroka spodbujajo h gibanju in jim pomagajo pri izbiri športnih aktivnosti, ki bodo kasneje otroku predstavljali del vsakodnevnega življenja. Diplomirani delovni terapevti delajo na otrokovi samopodobi in samospoštovanju in skupaj z otroci poizkušajo prikazati pomen nadaljevanja programa tudi v domačem okolju. Psihologinji pa poizkušata prikazati otrokom različne vzroke prekomerne teže ter načine za odpravljanje teh vzrokov. Z vsem tem pa želimo otroke naučiti samokontrole in sicer z vsakodnevnim vodenjem dnevnika prehrane in aktivnosti, kamor mora otrok beležiti vso prehrano, fizične aktivnosti in porabo le-teh, tekočine, počutje, telesno težo in vse morebitne prekrške. Pred odpustom otroka domov pa naredimo skupaj z otrokom tudi plan aktivnosti in prehranjevanja glede na otrokove šolske in izven šolske obveznosti. Po zaključenih dveh tednih programa pa o vsem tem poučimo tudi starše na obveznih predavanjih, sodelujemo pa vsi strokovni delavci, ki s temi otroci delamo. Razlika je le pri mlajšem otroku, ki je hospitaliziran skupaj z enim od staršev za tri dni in je deležen individualne obravnave vseh strokovnih delavcev. V vsem tem času hospitalizacije pa otroci obiskujejo tudi osnovno šolo, ki poteka znotraj bolnišnice. Po končani hospitalizaciji gre otrok v domačo oskrbo, kjer nadaljuje s programom zdravega načina življenja. Takoj v soboto se mora stehtati in vsak ponedeljek kličemo starše, da nam poročajo o otrokovi teži in se lahko sproti pogovorijo o težavah, na katere so doma naleteli. Čez pet ali šest tednov otrok ponovno pride na hospitalizacijo za nekaj dni. Prvi dan so z njim tudi starši, ki so vključeni v delavnice za starše. Istočasno pa imajo skupaj z otrokom tudi dnevne obroke, kar predstavlja del vedenjsko kognitivnega pristopa. Po odpustu otroka sledi ponovno klicanje staršev po telefonu zaradi preverjanje telesne teže, nato sledijo kontrolni pregledi približno na šest tednov v prvem letu in še trikrat v drugem letu.

2. REZULTATI IN RAZPRAVA

Spremenjeni program izvajamo v zadnjih treh mesecih in imamo prve odzive na novi način. Ugotavljamo dokaj dobro sodelovanje in pripravljenost staršev za sodelovanje že ob predstavitvi poteka programa staršem. Tudi kasneje pri nadaljevanju se starši odzovejo na ponovno hospitalizacijo in s tem beležimo do sedaj tudi manjši osip. Vendar bomo do pravih rezultatov, ki bodo zajemali tako osip kot tudi uspeh programa, lahko dobili šele po zaključenem ciklusu, to je dveh letih.

3. ZAKLJUČEK

V CZBO smo se odločili za spremembo programa, ker smo želeli bolj aktivno vključiti tudi starše, kar so tudi evropske smernice pri izvajanju tega programa. Želeli bi bolj celostno pristopiti k reševanju družinske problematike, kar bi vključevalo družinsko terapijo. Ta spremenjeni del našega programa je predstopnja te želje. Enako želimo tudi preučiti naše delo. Pričeli smo izvajati različne raziskovalne naloge, ki bodo primerjali rezultate dela.



IV. SKLOP

SPREJEM IN TRIAŽA PACIENTOV



VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI SPREJEMU (TRIAŽI) PACIENTOV

Kamenčič Jasmina, dipl.m.s.

Finžgar Selma, dipl.m.s.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

IZVLEČEK

Triaža je odgovorno in strokovno zahtevno delo. Zaradi napačne triaže lahko pride do poslabšanja zdravstvenega stanja ali celo smrti. Za triažo je potrebno obširno strokovno znanje, dobra sposobnost presoje in delovne izkušnje (Cotič, 2009).

V raziskavi smo poskušali raziskati in ugotoviti, kako pri nas poteka triažiranje. Cilj raziskovalnega dela je bil ugotoviti ali imajo zdravstveni domovi po Sloveniji organizirana strokovna izobraževanja za medicinske sestre, ki opravljajo triažo, ali imajo smernice na področju triažiranja v pediatriji, ugotoviti ali si tega medicinske sestre sploh želijo in kdo najpogosteje v ambulanti odslovi nenaročenega pacienta.

Ugotovitve raziskave so pokazale, da v večini zdravstvenih domov ni organiziranega izobraževanja in smernic oziroma protokola na področju triažiranja v pediatričnih ambulantah, da si medicinske sestre v 93% želijo imeti izobraževanja in smernice oziroma protokol iz tega področja, in da večino pacientov odkloni triažna medicinska sestra.

KLJUČNE BESEDE

Triaža, triažna medicinska sestra, triažni sistemi, triažni protokol, vloga triažne medicinske sestre.

1. UVOD

Triaža je postopek določanja prednostnih pacientov na zdravljenje, ki temelji na resnosti njihovega zdravstvenega stanja.

V tujini imajo namreč že izdelane protokole in tudi razne računalniške programe (Barton Schmitt Pediatric Telephone Triage) v pomoč triažnim medicinskim sestram pri določitvi nujnosti obiska pri zdravniku (Telephone triage nurse) ali takojšnje urgentne pomoči. Pri nas žal nimamo še ničesar podobnega, kar bi bilo triažnim medicinskim sestram v pomoč. Medicinske sestre imamo organizirana izobraževanja predvsem na področju urgentne medicine, ki pa medicinskim sestram v pediatričnih ambulantah tovrstna izobraževanja ne zadostujejo.

Razvoj delovnega področja triažnih medicinskih sester bo izziv v našem okolju, tako z organizacijskega kot strokovnega vidika. Tuji triažni sistemi niso direktno prenosljivi v našega, razlike so predvsem v kompetencah (C. Anderle, 2011).

Ponekod v tujini lahko namreč triažna medicinska sestra sama odredi RTG in določene krvne preiskave kadar smatra, da bi bilo to v korist pacienta.

V eni izmed Avstralskih univerz za medicinske sestre je pod vlogo triažne sestre navedeno sledeče:

- a.) Zavezujejo se k realni oceni bolnikovega stanja in dodelitvi kategorije ATS (Avstralian triage system) na podlagi :



- presoje primarne raziskave in
- ocene tveganja
- b.) Izvede ustrezne intervencije zdravstvene nege in organizacijske smernice (npr. prve pomoči in nujne posege) za izboljšanje bolnikovega stanja, zagotavljanje varnosti bolnikov in osebja na oddelku;
- c.) Zagotoviti stalno ponovno ocenitev zdravstvenega stanja pacientov in nudenje medicinske pomoči pacientom, ki čakajo v čakalnici, sorazmerno z njihovim stanjem in določitev časovnih okvirov glede na razred ATS;
- d.) Zagotoviti izobraževanje pacientov in javnosti za:
 - promocijo zdravja in izobraževanje,
 - preprečevanje poškodb,
 - kadrovska skupnost in informacije.

<http://www.cena.org.au/documents/CENATriageNursePSJuly2009.pdf>

M. C. Andrele v svojem intervjuju z Jimom Bethelom navaja, da je v Angliji delokrog triažne medicinske sestre sledeč:

- ocena stanja in prioritete vseh pacientov (kategorizacija po MTS),
- zagotovitev prve pomoči,
- napotitve na RTG slikanje ipd.,
- pomiritev in komunikacija s pacienti v čakalnici,
- ponovna ocena stanja pacientov v čakalnici – varnost,
- pomoč pri nadziranju pacientov v čakalnici in na oddelku.

Po Owertonu je delokrog medicinske sestre:

- ocena bolnikovega stanja,
- napotitev k ustreznemu specialistu,
- napotitev k svojemu izbranemu zdravniku,
- peroralna aplikacija analgetika,
- nadzor nad čakajočimi bolniki,
- oskrba manjših poškodb.

V Sloveniji poteka sprejem pacientov v prostorih za izvajanje nujne medicinske pomoči (NMP) po navodilu Ministrstva za zdravje (2010), takole:

Prihod pacienta v prostore NMP mora biti opazen. Za zagotovitev optimalne zdravstvene obravnave pacientov v okviru NMP, je potrebno pacienta takoj po prihodu vključiti v postopek triaže. Sprejem in obravnavo pacienta v ambulanti NMP je potrebno dokumentirati.

Ustrezno strokovno usposobljen zdravstveni delavec, ki je pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti zadolžen za triažo, pridobi od pacienta osebne podatke in podatke o zdravstvenem problemu oziroma vzroku prihoda v NMP. Na osnovi strokovne presoje o stopnji ogroženosti pacienta ga zdravstveni delavec uvrsti v ustrezno triažno skupino in pacienta obvesti o nadaljnjih postopkih obravnave in mu razloži, koliko časa bo potrebno čakati.

V primeru velike zdravstvene ogroženosti pacienta takoj pospremi v ambulanto, kjer mu nudijo zdravstvena oskrbo.

Izvajalec zdravstvene dejavnosti mora zagotoviti nadzor nad čakajočimi pacienti ter v rednih časovnih presledkih preverjati stanje čakajočih pacientov. Zdravstveni delavec, usposobljen za izvajanje triaže, jih, glede na njihovo stanje, po potrebi uvrsti v drug nujnostni razred.

Šele ko pacient ni več zdravstveno ogrožen, začnejo zbirati pri njem, svojcih ali drugem spremstvu vse potrebne administrativne podatke.

V UKC Maribor, v dežurni urgentni ambulanti poznamo različne triažne sisteme, v uporabi je Man-



chesterski triažni sistem (MTS). Ta je bil razvit v Angliji in sprejet kot nacionalna triažna shema. V lestvici so določene barve skupine in poimenovanje, definiran je tudi idealni najdaljši čas do zdravniške obravnave (povzeto po C. Anderle). Študije v tujini so pokazale (BMJ 2008), da ima Manchesterski triažni sistem v pediatrični urgentni dejavnosti manjšo veljavnost kadar gre za nujne primere. Triažiranje otrok z zdravstvenimi težavami ali pri mladih bolnikih (starih <1 leto) je bilo še posebej težko, sistem pa bi moral biti posebej prirejen za obvladovanje takih primerov (<http://www.bmj.com/content/337/bmj.a1501.full>).

Manchesterska triažna lestvica (J. Newell, P. Smith):

Št.	ocena stanja	barva	čakalni čas
1	takojšnji	rdeča	0 min
2	zelo urgentni	oranžna	10 min
3	urgentni	rumena	60 min
4	standardni	zelena	120 min
5	neurgentno	modra	240 min

http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0014/232700/4.3.1_triage_in_light_of_four_hour_target.pdf

2. CILJ RAZISKOVALNEGA DELA

Cilj raziskovalnega dela je bil ugotoviti ali imajo zdravstveni domovi po Sloveniji strokovna izobraževanja in protokole oziroma smernice na področju triažiranja v pediatriji, ugotoviti ali si tega medicinske sestre sploh želijo in kdo najpogosteje v ambulantni odslovi nenarocenega pacienta.

3. HIPOTEZE

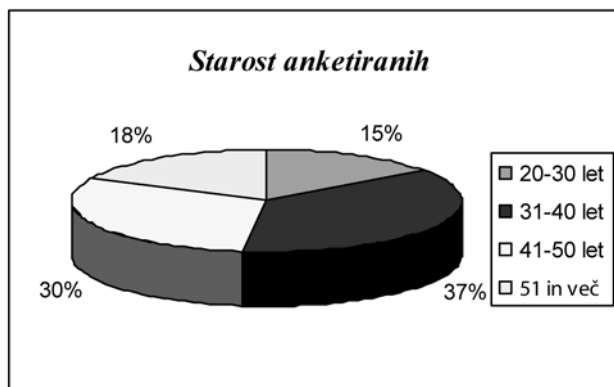
1. Predpostavljamo, da v zdravstvenih domovih ni organiziranih strokovnih izobraževanj in protokolov oziroma smernic s področja triažiranja v pediatričnih ambulantah.
2. Predpostavljamo, da si medicinske sestre želijo imeti smernice oziroma obrazce, ki bi jim pomagale pri njihovem vsakdanjem delu pri triaži pacientov.
3. Predpostavljamo, da nenarocene paciente v ambulantah odslovi oziroma odkloni pregled zdravnik.

4. METODE

Raziskava je bila opravljena med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami, zaposlenimi v različnih zdravstvenih domovih po Sloveniji v času od 01. februarja do 28. februarja 2011. Razdeljenih in analiziranih je bilo 60 vprašalnikov. Uporabljena je bila deskriptivna metoda. Kvantitativno raziskavo smo izvedli s pomočjo anketnega vprašalnika, ki nam je služil kot instrument za pridobivanje informacij in mnenj. Anketirancem so bila zastavljena enaka vprašanja odprtega in zaprtega tipa. Podatke smo obdelali ročno in z računalnikom s programom Microsoft Excel. Dobljene podatke smo prikazali v obliki grafov in tabel. Za potrebe raziskave smo razvili strukturiran vprašalnik z 16 vprašanji, od tega je bil 1 odprtega tipa, preostala pa zaprtega tipa.

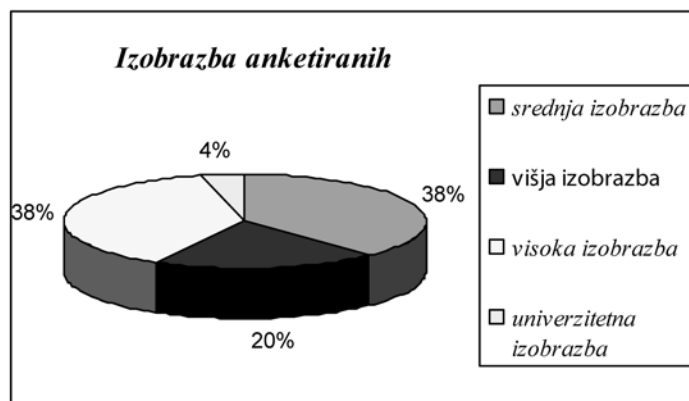
5. REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 60 zaposlenih na področju zdravstvene nege iz zdravstvenih domov po Sloveniji, od tega je bilo 59 (98 %) žensk in 1 (2 %) moški, kar je značilno za strukturo zaposlenih v zdravstvenem varstvu otrok in mladine.



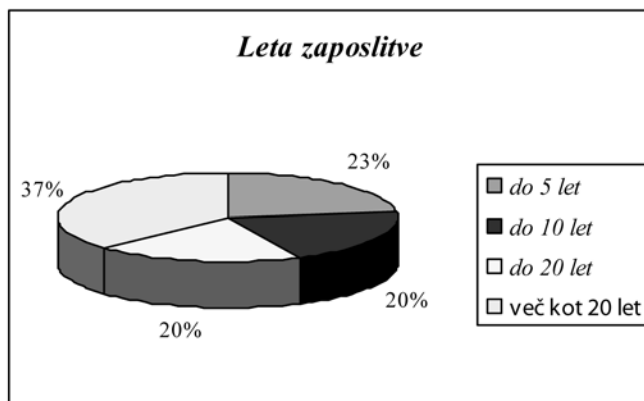
Graf št. 1: Starostna struktura zaposlenih

Povprečna starost zaposlenih je bila med 31 – 40 let, teh je bilo 37%, 15% zaposlenih se je nahajalo v starostni skupini med 20 -30 let, med 41 -50 let je bilo 30% zaposlenih in 11% zaposlenih je bilo starih 51 let in več.



Graf št. 2: Izobrazbena struktura anketirancev

Srednjo stopnjo izobrazbe je imelo 38% anketiranih medicinskih sester, prav toliko medicinskih sester je imelo visoko izobrazbo (38%), višjo izobrazbo je imelo 20% medicinskih sester, 4% anketiranih je imelo univerzitetno izobrazbo.

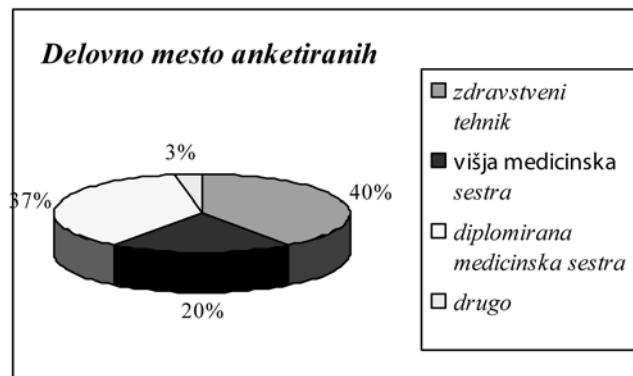


Graf št. 3: Leta zaposlitve v zdravstvenem domu

Največ medicinskih sester je v zdravstvenem domu zaposlenih že več kot 20 let, takšnih je 37%,

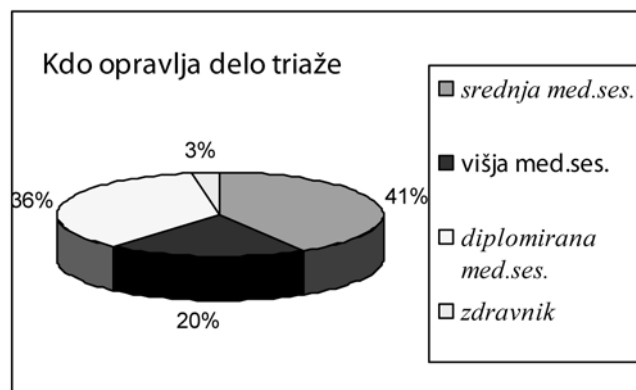


20% jih je zaposlenih do 10 let, prav tako 20% do 20 let, 14% medicinskih sester je zaposlenih šele do 5 let.



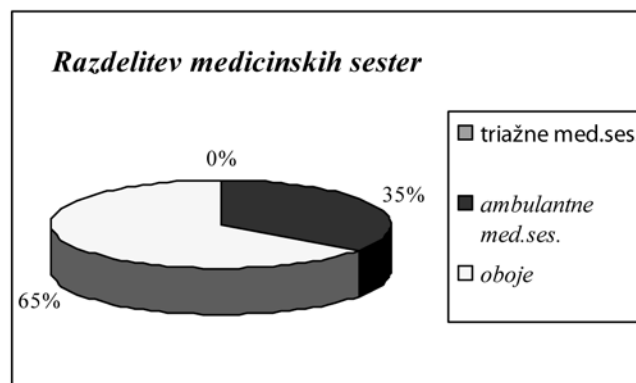
Graf št. 4: Delovno mesto zaposlenih

Največ, kar 40% anketiranih je zaposlenih na delovnem mestu kot zdravstveni tehnik, 20% na delovnem mestu višje medicinske sestre, 37% na delovnem mestu diplomirane medicinske sestre. V raziskavi so sodelovale tudi zdravnice (3%).



Graf št. 5: Kdo opravlja najpogosteje delo triže

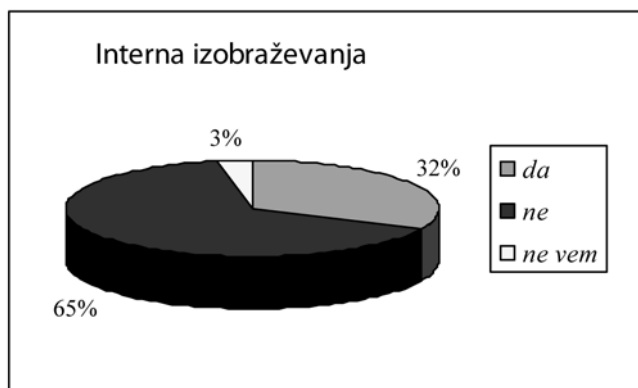
Iz samega grafa je razvidno, da delo triže najpogosteje opravljajo srednje medicinske sestre (44%), za njimi so diplomirane medicinske sestre, in sicer 33% jih opravlja delo triže, 21% trižo opravljajo višje medicinske sestre, le v 2% opravlja delo triže zdravnik.



Graf št. 6: Kako so razdeljene medicinske sestre

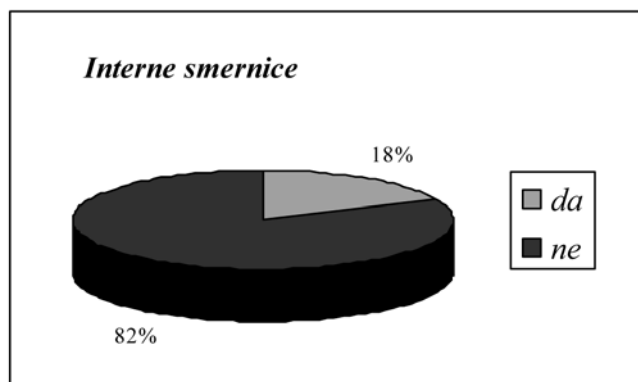


Najpogosteje, 65% medicinskih sester pri svojem delu opravlja delo triažne in ambulantne medicinske sestre, 35% medicinskih sester opravlja delo ambulantne medicinske sestre. Vendar delo triaže ne opravljajo zmeraj iste medicinske sestre, 73% anketiranih medicinskih sester je odgovorilo, da se pri delu triaže medicinske sestre izmenjujejo, 27% medicinskih sester opravlja izključno delo triažne medicinske sestre.



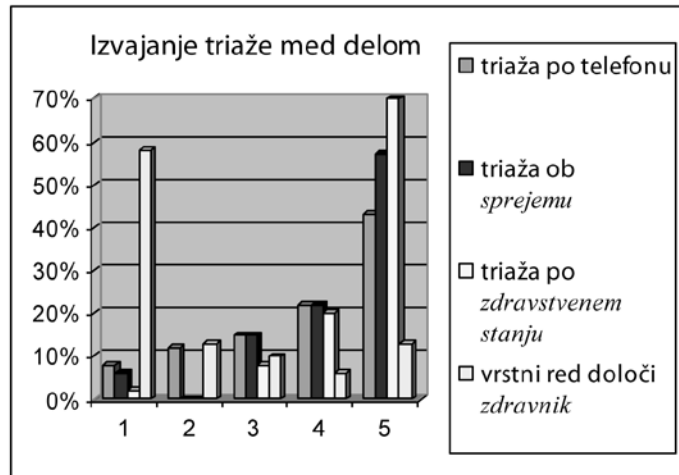
Graf št. 7: Organizirana interna izobraževanja oz. strokovna izpopolnjevanja za medicinske sestre, ki opravljajo triažo

Organizirana interna izobraževanja oziroma strokovna izpopolnjevanja ima 32% medicinskih sester, ki v okviru svojega dela izvajajo triažo. 65% medicinskih sester, ki izvajajo delo triaže v zdravstvenih ustanovah nima organiziranih internih izobraževanj oziroma strokovnih izpopolnjenj.



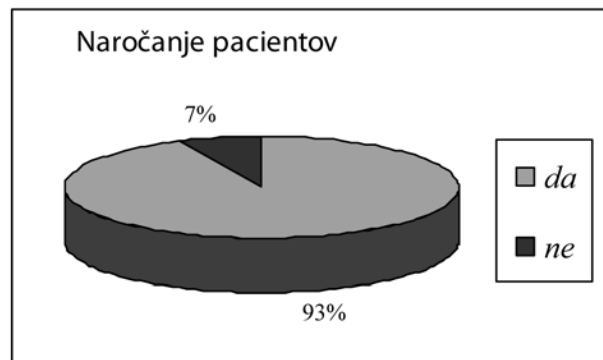
Graf št. 8: Interne smernice oziroma obrazci za pomoč triažnim medicinskim sestram pri triažiranju

Interne smernice oziroma obrazce za pomoč triažnim medicinskim sestram pri triažiranju ima 18% medicinskih sester, 82% medicinskih sester nima internih smernic oziroma obrazcev za pomoč pri triažiranju. 91% medicinskih sester, ki nima internih smernic bi želelo imeti smernice oziroma obrazce za pomoč pri triažiranju, 4,5% jih ne želi imeti, 4,5% jih ne ve ali bi imele ali ne.



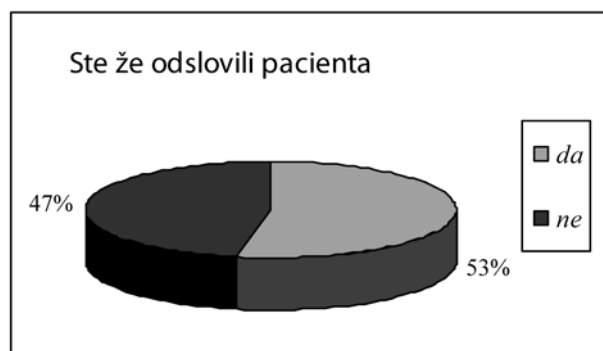
Graf št. 9: Najpogostejše izvajanje triže

Načine, kako med svojim delom medicinske sestre najpogosteje izvajajo trižo, so medicinske sestre izrazile na številčni lestvici, kjer je 1 pomenila najmanj pogosto, 5 pa najbolj pogosto. Iz grafa je razvidno, da medicinske sestre pri svojem delu najpogosteje izvajajo trižo po telefonu (43%), trižo ob sprejemu (57%) in trižo po resnosti zdravstvenega stanja (70%). Iz samega grafa je lahko razvidno, da zdravniki ne posegajo v vrstni red pacientov oziroma ne posegajo v trižo medicinske sestre (58%).



Graf št. 10: Naročanje pacientov

Medicinske sestre so kar v 93% odgovorile, da se pri njih lahko pacienti na pregled naročijo, le v 7 % tega ni možno. V istem dnevu pa obravnavajo prav tako čisto vsi zraven naročenih pacientov tudi tiste paciente, ki so nenaročeni.



Graf št. 11: Odklonjen pacient



Pri svojem delu je 53% vprašanih že odklonilo oziroma odslovilo pacienta, 47% vprašanih jih ni odklonilo pacienta. Med tistimi, ki so pacienta odklonili je bilo največ triažnih medicinskih sester, kar 44%, za njimi sledijo zdravniki (31%) ter ambulantne medicinske sestre v 25%.

Na zadnje vprašanje, ki je bilo odprtega tipa, so lahko medicinske sestre navedle, katere so najpogostejše težave, s katerimi se soočajo pri svojem delu pri triažiranju. Največ težav jim povzroča preobremenjenost s telefoni, saj telefon zveni neprenehoma. Največje težave so prav tako pozimi, ko nastopi čas povečanega obolenja otrok, čas epidemij, saj se takrat povečajo frekvence pacientov v ambulantah, posledično se podaljša čas čakanja na pregled, zaradi česar starši otrok nimajo potrpljenja in želijo biti takoj na vrsti. Prav tako se medicinske sestre soočamo z velikim egoizmom staršev, ki nimajo nobenega razumevanja do otrok, pri katerem gre za resno urgentno stanje, zaradi česar ima takšen otrok prednost pred ostalimi. Veliko staršev kaže veliko nezainteresiranost, ne sprejemanje odgovornosti za zdravje in zdravljenje svojih otrok, vse jim je težko narediti za lastnega otroka in hodijo v ambulanto za vsako stvar, za vsako malenkost in tako kradejo čas zdravnika ter medicinske sestre, ki bi ta čas lahko posvetili otrokom, ki res potrebujejo njihovo pomoč. Velika težava, ki postaja čedalje večja v ambulantah je nasilje staršev do medicinskih sester. Verbalno nasilje in grožnje tako ostanejo pred vrati ordinacije, saj ko starši pridejo k zdravniku, popolnoma spremenijo ton glasu, spremenijo način vedenja, so prijazni, ustrezljivi.

6. RAZPRAVA

1. Hipoteza: Predpostavljamo, da v zdravstvenih domovih ni organiziranih strokovnih izobraževanj in protokolov oziroma smernic s področja triažiranja v pediatričnih ambulantah.

Hipoteza je bila preverjena in potrjena, saj je več kot polovica medicinskih sester odgovorila, da v zdravstvenem domu nimajo organiziranih strokovnih izobraževanj s področja triažiranja, prav tako nimajo smernic oziroma obrazcev, ki bi medicinskim sestram pomagali pri triažiranju.

2. Hipoteza: Predpostavljamo, da si medicinske sestre želijo imeti smernice oziroma obrazce, ki bi jim pomagale pri njihovem vsakdanjem delu pri triaži.

Hipoteza je bila preverjena in potrjena, saj je 93% medicinskih sester odgovorilo, da si želi imeti smernice oziroma obrazce pri triažiranju pacientov.

3. Hipoteza: Predpostavljamo, da nenaročene paciente v ambulantah odslovi oziroma odkloni pregled zdravnik.

Hipoteza je bila preverjena, vendar ne potrjena, saj so anketirani na to vprašanje odgovorili, da je nenaročene paciente največkrat zavrnila triažna medicinska sestra, in sicer 44% triažnih medicinskih sester je odklonilo pacienta, medtem ko je 31% zdravnikov odklonilo pacienta.

V zdravstvenih domovih, kjer smo izvedli raziskavo, so bile v anketo vključene v večini ženske, saj jih je bilo kar 98%. Poklic »medicinska sestra« je bil že skozi zgodovino pretežno ženski poklic, čeprav se čedalje več moških odloča za ta poklic, vendar je v zdravstvenem varstvu otrok in mladine še vedno zaposlenih več žensk kot moških. V starostni skupini so bile v večini medicinske sestre stare med 31 – 40 (37%), kar nam jasno kaže, da z otroki in mladostniki dela pretežno mlad kader. Po sami stopnji izobrazbe imamo v pediatričnih ambulantah enako razmerje med srednjimi medicinskimi sestrami in diplomiranimi medicinskimi sestrami (1:1, 38% : 38%).

V raziskavi smo naleteli na razhajanje med stopnjo izobrazbe in delovnim mestom, na katerem so zaposlene medicinske sestre, kar pomeni, da je v enem zdravstvenem domu v pediatrični ambulanti zaposlena medicinska sestra na nižjem delovnem mestu, kot je njena stopnja izobrazbe.



V pediatričnih ambulantah triažo opravljajo v večini srednje medicinske sestre (44%), vendar se v triaži medicinske sestre pretežno izmenjavajo. Medicinske sestre najpogosteje izvajamo triažo glede na resnost zdravstvenega stanja pacienta ob sprejemu in po telefonu.

7. ZAKLJUČEK

Triaža v pediatričnih ambulantah in urgentnih pediatričnih ambulantah je v slovenskem prostoru pereč problem, predvsem zaradi dilem, s katerimi se medicinske sestre srečujemo pri samem naj bo to telefonskem triažiranju ali triažiranju ob sprejemu. Pogosto naletimo na situacijo, ko starši telefonirajo in navedejo blažje ali hujše simptome bolezni pri otrocih, kot v resnico so. Kadar starši navajajo simptome bolezni ob sprejemu VEDNO ZAHTEVAJTE, DA OTROKA POKAŽEJO!!! Zakaj? Starši so v večini laiki in ne morejo ali ne znajo oceniti nujnosti oziroma resnosti otrokovega stanja. Medicinska sestra mora imeti jasen cilj ugotoviti ali lahko otrok počaka v čakalnici na vrsto ali mora biti nemudoma sprejet pri zdravniku. Žal je tako, da ko pride do zapletov smo medicinske sestre prve v vrsti, ki odgovarjamo za posledice. Zato smo prepričani, da so protokoli oziroma smernice na področju triažiranja nujno potrebne v našem prostoru, predvsem pa so nujna redna strokovna izobraževanja in izpopolnjevanja medicinskih sester, ki v okviru svojega dela opravljajo triažo v pediatričnih ambulantah.

8. LITERATURA

1. Cotič A.M. triaža – Krizni menedžment urgentnih oddelkov. Kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije (7; 2009; Ljubljana). Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč [Elektronski vir] / 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.-13. maj 2009 ; organizirala Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije ; uredniki Majcen D.S.
2. Cotič A.M. Triage Nurse – triažna medicinska sestra ali medicinska sestra v triaži. Utrip 2011; 2: 14.
3. <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a1501.full> , marec, 2011: Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study.
4. <http://www.cena.org.au/documents/CENATriageNursePSJuly2009.pdf> , februar, 2011: Position Statement – Triage Nurse.
5. <http://www.pcpeds.com/triagenurse.htm> , februar, 2011: Priority Care Pediatrics – Triage Nurse Care.
6. http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0014/232700/4.3.1_triage_in_light_of_four_hour_target.pdf , marec, 2011: Triage in the light of four hour targets Results of a survey of current practice in Emergency Departments in the UK. Newell J., Smith P.
7. http://www.stcc-triage.com/mcc_vendors.htm , marec, 2011: Installed Software Solutions.
8. Navodilo za sprejem pacientov v zdravstveno obravnavo v ambulantah nujne medicinske pomoči oziroma v sprejemnih ambulantah v bolnišnicah ter za obračun opravljenega dela. Republika Slovenija Ministrstvo za zdravje št. 183-98/2010/3.
9. Schmitt B.D. Telephone triage algorithms – Pediatric After- Hours Version. 2008. (dostopno na <http://www.lvmsystems.com/download/schmittped.pdf>)
10. Schmitt B.D., Thompson D. Telephone Triage Clinical Content – Important Aspects. 2010. (dostopno na: http://www.lvmsystems.com/download/clinical_content.pdf)



A series of horizontal lines for writing, starting with a shorter line at the top followed by a full-width line, and then continuing with multiple full-width lines down to the footer.



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



**SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH
TEHNIKOV V PEDIATRIJI**

Se vsem sponzorjem iskreno zahvaljuje za sodelovanje in podporo pri izvedbi strokovnega srečanja!

- **Merit International d.o.o. - Milupa**
- **Fructal**
- **Nestle**
- **Hipp**
- **Interpart**

Grand Hotel Sava, Rogaška Slatina, 25. in 26. marec. 2011

Sekcija medicinskih sester in
zdravstvenih tehnikov v pediatriji
Majda Oštir



SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PEDIATRIJI
ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE