



Strokovno srečanje z učnimi delavnicami

ŽIVLJENJSKI SLOG ZA KAKOVOSTNO OSEBNO IN POKLICNO ŽIVLJENJE

»ZDRAVI NA DELOVNEM MESTU«

Zbornik predavanj



Programsko organizacijski odbor:

Programski odbor
Danijela Pušnik,
dr. Jadranka Stričević,
Barbara Donik,
Jožica Tomažič,
Svetlana Šarenac.

Organizacijski odbor
Ksenija Pirš,
Milena Frankič,
Ladislava Kovačič,
Zvezdana Vražič,
Barbara Kegl.

Strokovni recenzent

doc. dr. Majda Pajnkihar

Izdalo in založilo

Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor

Oblikovanje naslovnice

Ksenija Pirš in Grafis, grafični inženiring d.o.o.

Realizacija zbornika

Oblikovanje: GRAFIS, grafični inženiring d.o.o., Požeg 4, 2327 Rače

Naklada: 300 izvodov v elektronski obliki (CD medij)

Maribor, 13. januar 2012

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

613.6(082)(086.034.4)
616-057(082)

ŽIVLJENJSKI slog za kakovostno osebno in
poklicno življenje [Elektronski vir] : "Zdravi na
delovnem mestu" : zbornik predavanj / strokovno
srečanje z učnimi delavnicami, Maribor, 13. januar
2012. - El. zbornik. - Maribor : Društvo
medicinskih sester, babic in zdravstvenih
tehnikov, 2012

ISBN 978-961-91520-8-9

COBISS.SI-ID 68351489



ŽIVLJENJSKI SLOG ZA KAKOVOSTNO OSEBNO IN POKLICNO ŽIVLJENJE

»ZDRAVI NA DELOVNEM MESTU«

Zbornik predavanj



KAZALO

Uvodnik	5
Ksenija Pirš, dipl. m. s., predsednica regijskega strokovnega DMSBZT Maribor	
Program strokovnega srečanja z učnimi delavnicami	8
I. sklop: ZDRAVJE IN ŽIVLJENJSKI SLOG	11
Življenjski slog Slovencev, asist. Janet Klara Djomba, dr. med., izr. prof. Cirila Hlastan Ribič	12
Življenjski slog medicinskih sester, raziskava DMSBZT MB, Danijela Pušnik, dipl. m. s.	21
Med dvema ognjema - družina in služba, Jernej Ferme, psihoterapevt	
Asertivna moč komunikacije, Jernej Ferme, psihoterapevt	
II. sklop: VPLIVI DELOVNEGA OKOLJA NA ZDRAVJE	35
Interaktivna promocija zdravja v pulmologiji, prof. dr. Zvone Balantič	36
Integrativna medicina in zdravstvena nega, prof. dr. Zmago Turk, dr. med., dr. Jadranka Stričević	45
Prisilna drža, tveganje, povezano z aktivnostmi zdravstvene nege, dr. Jadranka Stričević, prof. dr. Zmago Turk, dr. med.	49
Uporaba tehničnih pripomočkov pri negi pacientov, dr. Dušan Čelan, dr. med.	59
Absentizem pri zdravstvenih delavcih in promocija zdravja, Ines Portenšlager, dipl. m. s.	66
III. sklop: GIBANJE IN PREHRANA	75
Zdrava prehrana kot preventiva bolezni, Svetlana Šarenac, dipl. m. s., spec.	76
Z gibanjem do zdravja, Manuela Pendl	84
Predstavitev učne delavnice »Zdravo hujšanje«, Zvezdana Vražič, dipl. m. s., spec.	90
IV. sklop: KOZMIČNE ENERGIJE IN »JAZ« (DELAVNICE ZA DOBRO POČUTJE)	97
Učna delavnica: Barve in barvni sistem Coulor Mirrors, izr. prof. dr. Tadeja Jere Lazanski	98
Učna delavnica: Zvočna gong kopel, meditacijsko sprostitevna tehnika, Lucija Ungar	99
Učna delavnica: Joga smeha, Simona Krebs, dipl. m. s., učiteljica in vaditeljica joge smeha, Gibberish terapevtka	100



»Življenje je res smešno. Če zavrnete vse, razen najboljšega, najpogosteje dobite prav to.«

W. Somerset Maugham

Najboljše!

Dimenzije zdravja so številne, pri njihovem doseganju pa nismo sami. Telesno, duševno,

čustveno, tako osebno kot duhovno, smo povezni s seboj in med seboj.

Zdrav duh v zdravem telesu? Timski duh v zdravem telesu!

Zdi se, kot da se vse bolj oddaljujemo od narave, od svojih prvenstvenih potreb po ljubezni, sočutju in pripadnosti, način življenja nas navaja na čim manjšo soodvisnost od ljudi in čimprejšnjo zadovoljitev potreb ...

Na delovnih mestih imamo pogosto občutek, da zahteve niso realne, izgublja se občutek za količino in razporejanje dela ali prevladujejo določene oblike, pričakovana podpora za razbremenitev odpoveduje, nepredvidene okoliščine postajajo stalnica, pritisk na zmanjševanje stroškov dela se povečuje na račun novih in zahtevnejših aktivnosti posameznika ...

Pogovori o osebnih in delovnih priložnostih vse tesneje navajajo na medsebojne odnose, iz katerih izhaja tudi delovna uspešnost, na komunikacijo, profesionalnost in pripravljenost ljudi, zaznati je naraščanje potreb po prepoznavanju in cenjenosti s strani sodelavcev, delodajalcev, po priložnostih za osebno in strokovno rast. Raziskave na področju delovnih pogojev kažejo tudi na to, da se vedno večje število zdravstvenih težav, povezanih z delom, pojavlja predvsem zaradi psiholoških in manj zaradi fizičnih vzrokov, velikokrat ostaja prikrito celo nasilje.

V ospredju je prisotno iskanje izgubljenega navdušenja in veselja do dela, na preizkušnji so vrednote in prepričanja, lov za denarjem nekaterih in golo preživetje drugih, stopnjujejo se prizadevanja za uravnovešanje finančnih in moralnih vidikov varčevanj ...

Življenje in delo, delo in življenje,... ki ju žene ponos ostajata ali postajata sinonima ne le uspešnih, temveč tistih, ki bodo pričali o obstoju, pa smo prepričani mnogi.

Degenerativni procesi so vse bolj posledica porušenega ravnotežja v življenjih ljudi. Dodobra poznamo civilizacijska obolenja, ki jim pripenjamo oznako razvitih družb, bolezni srca in oživilja, debelost, presnovne motnje, obolenja gibal, slabe telesne drža... Dejavniki tveganja, kot jih imenujemo, fizična neaktivnost, kajenje, pretirano pitje alkohola in drugi odstirajo nove razsežnosti zdravstvenih problemov, vse bolj tudi stigmatizacijo, diskriminacijo, manj kakovostno komunikacijo posameznika z okoljem, manjšo motivacijo za prisotnost na delovnem mestu, večjo bolniško odsotnost ...

Zmožnosti posameznika niso le delovne, te pa ne temeljijo zgolj na pomanjkanju fizične aktivnosti, močno so povezane s psihosocialnimi dejavniki, med njimi izjemno pomembnim, delom v skupini. Nekatere raziskave celo potrjujejo, da je nizka socialna podpora osebnega in delovnega okolja najpomembnejši dejavnik, ki zavira udejstvovanje posameznika.

Znano je, da poklicne obremenitve pomembno prispevajo k nastanku duševnih bolezni, stresu in izčrpanosti. To ne povzroča le velikega pritiska na ljudi, ki jih prizadenejo, temveč prinaša velike negativne vplive, tako na družinske člane, sodelavce, stranke/ paciente, delodajalce. Zato preprečevanje stresa na delovnem mestu vse bolj postaja interes uspešnih organizacij.



Preventiva na delovnem mestu je gotovo pomemben del uspešne zgodbe o zdravem in srečnem posamezniku, čeprav je izhodišče odgovornosti za lastno zdravje posameznik sam. Poznane so zgodbe o podjetjih, ki so s programi, namenjenimi izboljšanju počutja in delovne storilnosti, investirala v svoje zaposlene in tako zmanjšala stroške bolniške odsotnosti in celo dvignila njihovo produktivnost.

Osredotočajo se tako na fizično kot psihično zdravje in pri tem upoštevajo komponento ustrezne prehrane, rednega gibanja, zmanjšanja stresa in pospeševanja uspeha zaposlenih. Dokazujejo povezavo med zdravjem, delovno zavzetostjo, pripadnostjo in večjo storilnostjo vseh udeleženi.

Zdravi ljudje so ustvarjalni, bolje razpoloženi in imajo odločno boljšo kakovost življenja. Poudarek je na skrbi in odgovornosti za zdravje, tako posameznika kot družbe, ki naj nas, v večji meri kot doslej, usmeri k aktivnostim za krepitev in ohranjanje zdravja.

Prebiramo zgodbe o zelenih delovnih mestih kot o novih procesih ter razvoju interdisciplinarno usmerjenih dejavnosti, o projektih promocije zdravja pri delu, projektih, kjer uspešno strategijo za delo z ljudmi predstavlja humor in drugi, ki omogočajo dolgoročno znižanje odsotnosti zaposlenih in povečujejo njihovo motivacijo, fleksibilnost, odprto komunikacijo in pripravljenost za sodelovanje ter izboljšujejo delovno vzdušje.

Zato smo se v Društvu medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor odločili, da bomo dejavno in pospešeno razvijali dejavnosti za zaposlene v zdravstveni in babiški negi, ki bodo krepile vire osebnostne moči in zdravja ter se povezovali z vsemi zainteresiranimi.

»Vedno se zgodi prav tisto, v kar verjamete; in zgodi se prav zato, ker verjamete«.

Frank Lloyd Wright

Verjamemo, da se dogodki vrstijo skladno z našimi pričakovanji in tisto, čemur namenjamo pozornost, se povečuje! Naša pričakovanja so velika. Zakaj torej ne bi razmišljali pozitivno? Podzavestni um je zbirka vseh naših misli. Tisto, na kar najpogosteje mislimo, najmočnejše oblikuje naše podzavestno obnašanje, zato rezultate žanjejo naše misli. Slabe misli so odlična rodovitna tla za začetek slabih odnosov, težav, takšnih ali drugačnih okoliščin in dogodkov. Zato negujmo svoje misli, izbirajmo kaj govorimo in s čim polnimo svoj um. Kar mislimo, govorimo, kar govorimo, to pričakujemo, kar pričakujemo, to večinoma doživimo.

Vztrajno osredotočanje na nemogoče nam prikazuje le še nemogoče stvari. Če razmišljamo pozitivno, se osredotočimo na možnosti, ki imajo priložnost, da se uresničijo. Svoj izvor zato iščimo na pravem mestu. Znotraj sebe in v medsebojnih, osebnih in profesionalnih odnosih.

Ker želimo, da zaupate vase tako, kot mi zaupamo vam, smo k projektu, ki se bo nadaljeval v skladu z našo zavezo, povabili najrazličnejše strokovnjake, tiste, ki prisegajo na tradicionalni, alternativni, integrativni pristop, sistemce, ki verjamejo v medsebojno soodvisnost in živijo v sozvočju s tistim, kar učijo. Za vas, spoštovani sodelavci, za življenje in znanje za delo z ljudmi in s samim seboj. Kajti svet doživljamo tako, kot doživljamo sebe.

In zato, ker obstaja nekaj takega, kot je prevelik trud...

Prepevati moraš, kot da ne potrebuješ denarja, ljubiti, kot da tvoje srce nikoli ne bo ranjeno, plesati moraš tako, kot da te nihče ne opazuje, če želiš uspeti, moraš vse delati iz srca. Sami izbiramo svoja stališča. Če želimo, lahko uživamo v vsakem delu. Če nam je delo všeč, bomo srečnejši in več



možnosti bomo imeli za uspeh. Kadar poznamo smisel, smo polni vitalnosti... Če delo opravljamo radi, nas nosi navdušenje. Ko nas preplavlja strast, ne potrebujemo nikogar, ki bi nas vzpodbujal. Na svetu je mnogo ljudi, ki izgorevajo pri delu, ne da bi v sebi občutili ogenj...

Ker obstaja nekaj takega, kot je spontanost in zaupanje.

Ko se odločimo, da bomo nekaj storili, se pojavijo sredstva, ki jih zato potrebujemo. Ali to pomeni, da se priložnosti bolj zavedamo ali jih pritegnemo? Oboje, meni Andrew Matthews, prisluhnite svojemu srcu in poiščite smisel v življenju in pri delu. Namig vam poklanjamo, ker si zaslužite najboljše: ravnotežje, ki je izvor osebne moči.

»Tisti, ki ve, živi od dejanj, ne od razmišljanja o njih«.

Carlos Castaneda

Sprejmite le najboljše!

Ksenija Pirš, predsednica društva



PROGRAM STROKOVNEGA SREČANJA

- 8.00 – 9.00 Registracija udeležencev
- Ogled razstave »Pogledi v zgodovino zdravstvene nege«
Silva Vuga, dr. Jadranka Stričević
- 9.00 – 9.20 Otvoritev strokovnega srečanja s kulturnim programom
- Pozdravni nagovor
Ksenija Pirš, predsednica društva
- mag. Bojan Pograjc, poveljnik Poveljstva za doktrino, razvoj, izobraževanje in usposabljanje

I. sklop: ZDRAVJE IN ŽIVLJENJSKI SLOG

Moderatorja: Tamara Lubi, Danijela Pušnik

- 9.20 – 9.50 Učna delavnica: Barve in barvni sistem Coulor Mirrors, izr. prof. dr. Tadeja Jere Lazanski
- 9.50 – 10.10 Življenjski slog Slovencev,
asist. Janet Klara Djomba, dr. med., izr. prof. Cirila Hlastan Ribič
- 10.10 – 10.30 Življenjski slog medicinskih sester, raziskava DMSBZT MB, Danijela Pušnik, dipl. m. s.
- 10.30 – 10.50 Med dvema ognjema - družina in služba, Jernej Ferme, psihoterapevt
- 10.50 – 11.10 Aseritivna moč komunikacije, Jernej Ferme, psihoterapevt
- 11.10 – 11.20 Razprava
- 11.20 – 11.50 Odmor z osvežitvijo

II. sklop: VPLIVI DELOVNEGA OKOLJA NA ZDRAVJE

Moderatorja: dr. Jadranka Stričević, Zvezdana Vražič

- 11.50 – 12.10 Interaktivna promocija zdravja v pulmologiji, prof. dr. Zvone Balantič
- 12.10 – 12.30 Integrativna medicina in zdravstvena nega,
prof. dr. Zmago Turk, dr. med., dr. Jadranka Stričević
- 12.30 – 12.50 Prisilna drža, tveganje, povezano z aktivnostmi zdravstvene nege,
dr. Jadranka Stričević, prof. dr. Zmago Turk, dr. med.
- 12.50 – 13.10 Uporaba tehničnih pripomočkov pri negi pacientov, dr. Dušan Čelan, dr. med.
- 13.10 – 13.30 Absentizem pri zdravstvenih delavcih in promocija zdravja,
Ines Portenšlager, dipl. m. s.
- 13.30 – 13.40 Razprava
- 13.40 – 14.30 Odmor s pogostitvijo (predstavitev zgodovine mariborske Kadetnice – možnost ogleda predstavitev v dvorani)



III. sklop: GIBANJE IN PREHRANA

Moderatorja: Anemarija Smonkar, Igor Robert Roj

14.30 – 14.50	Zdrava prehrana kot preventiva bolezni, Svetlana Šarenac, dipl. m. s., spec.
14.50 – 15.10	Z gibanjem do zdravja, Manuela Pendl
15.10 – 15.30	Predstavitev učne delavnice »Zdravo hujšanje«, Zvezdana Vražič, dipl. m. s., spec.
15.30 – 15.40	Razprava
15.40 – 15.50	Odmor

IV. sklop: KOZMIČNE ENERGIJE IN »JAZ« (DELAVNICE ZA DOBRO POČUTJE)

15.50 – 16.20	Učna delavnica: Zvočna gong kopel, meditacijsko sprostitvena tehnika, Lucija Ungar
16.20 – 16.50	Učna delavnica: Joga smeha, Simona Krebs, dipl. m. s., učiteljica in vaditeljica joge smeha, Gibberish terapevtka
16.50 – 17.00	Razprava
17.00	Zaključek strokovnega srečanja
18.00	Svečana prireditev s podelitvijo priznanj Srebrni znak, najvišjih priznanj društva za leto 2011, Kulturni program Svečana pogostitev, druženje ob glasbi





I. sklop: ZDRAVJE IN ŽIVLJENJSKI SLOG

Moderatorja: Tamara Lubi, Danijela Pušnik



ŽIVLJENJSKI SLOG IN VEDENJSKI DEJAVNIKI TVEGANJA ZA KRONIČNE NENALEZLJIVE BOLEZNI PRI ODRASLIH PREBIVALCIH SLOVENIJE

Asist. Janet Klara Djomba, dr. med.^{1,2}, Lidija Vertnik, univ. dipl. inž.¹, Izr. prof. dr. Lijana Zaletel - Kragelj, dr. med., spec.², Jožica Maučec Zakotnik, dr. med., spec.¹, Izr. prof. dr. Cirila Hlastan Ribič, univ. dipl. inž.^{1,2}

¹Inštitut za varovanje zdravja RS, Center za krepitev zdravja in obvladovanje kroničnih bolezni, Oddelek za kronične bolezni, ²Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta v Ljubljani, Katedra za javno zdravje

Izvleček

Uvod: Življenjski slog in vedenjski dejavniki tveganja (prehranjevalne in gibalne navade, kajenje, navade pitja alkohola ipd.) vplivajo na pojav kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB) bodisi kot dejavnik tveganja, ki ogroža zdravje, ali kot varovalni dejavnik, ki krepi zdravje in izboljšuje kakovost življenja.

Metode: Podatki so bili pridobljeni v raziskavah o vedenjskih dejavnikih tveganja. Vključeni so bili odrasli prebivalci Slovenije. Velikost vzorca je bila 15.000 (16.000 leta 2008). Opazovane so bile spremembe v prevalenci izbranih vedenjskih dejavnikov tveganja. Razlike v prevalenci glede na leto raziskave smo testirali s testom hi-kvadrat.

Rezultati: Povečal se je odstotek tistih, ki sadje uživajo enkrat na dan, zmanjšal pa odstotek tistih, ki uživajo zelenjavo vsaj enkrat na dan (oboje $p < 0,005$). Odstotek anketirancev, ki dosoljujejo pripravljeno hrano se je zmanjšal ($p < 0,005$). Uporaba oljčnega olja se je povečala, zmanjšala pa uporaba drugih rastlinskih olj ($p < 0,005$). Zmanjšal se je delež kadilcev in čezmernih pivcev alkoholnih pijač (oboje $p < 0,005$). Povečal se je delež prebivalcev, ki so redno rekreativno telesno dejavni ($p < 0,005$).

Zaključki: Med odraslimi prebivalci Slovenije ostaja večji delež nezdravih prehranjevalnih navad. Pogostost ostalih opazovanih vedenjskih dejavnikov tveganja se je zmanjšala, vendar obstajajo populacijske skupine, ki so potrebne posebne pozornosti.

Ključne besede: življenjski slog, vedenjski dejavniki tveganja, kronične nenalezljive bolezni

1 Uvod

Kronične nenalezljive bolezni (KNB), med katere prištevamo bolezni srca in žilja, sladkorno bolezen tipa 2, bolezni dihal, bolezni prebavil in rak, predstavljajo glavni vzrok obolevnosti in umrljivosti tako v Sloveniji kot v svetu (WHO, 2011). Pri nastanku posameznega bolezenskega pojava igrajo vloge različni dejavniki tveganja, ki jih v grobem delimo na biološke in vedenjske. K biološkim dejavnikom tveganja štejemo povišan krvni tlak, povišan krvni sladkor, povišane maščobe v krvi ter prekomerno telesno maso. Naštetja stanja predstavljajo po eni strani dejavnik tveganja za KNB, po drugi strani pa jih lahko obravnavamo kot bolezenska stanja (Danaei et al., 2009; Sassen et al., 2010).



Tako na pojav bioloških dejavnikov tveganja kot tudi KNB vplivajo vedenjski dejavniki tveganja. Vedenjski dejavniki jih imenujemo zato, ker so del našega vedenja oziroma življenjskega sloga. Najpogostejši vedenjski dejavniki tveganja, ki jih povezujemo s tistimi KNB, ki največ prispevajo k umrljivosti prebivalstva, so kajenje, uživanje alkohola, nepravilna prehrana in telesna nedejavnost. Vedenjske dejavnike tveganja lahko učinkovito obvladamo z zdravim življenjskim slogom, ter tako preprečujemo in zdravimo kronične nenalezljive bolezni ali pa njihov razvoj potisnemo v kasnejše življenjsko obdobje.

Namen našega prispevka je prikazati pogostost izbranih vedenjskih dejavnikov tveganja za KNB, ki so eden od ključnih javno-zdravstveni problemov v Sloveniji. S tem želimo prispevati k poznavanju razširjenosti vedenjskih dejavnikov tveganja, ki vplivajo na nastanek KNB ter povezanosti med KNB in življenjskim slogom.

2 Metode

Podatki, ki jih bomo predstavili, so rezultat raziskav CHMS (CINDI Health Monitor Slovenia oziroma »Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije«), ki so bile izvedene v okviru programa CINDI Slovenija (Zaletel-Kragelj et al., 2004). Raziskave CHMS so bile izvedene v letih 2001, 2004 in 2008. Vključeni so bili prebivalci v starosti 25 - 65 let (do 75 let leta 2008). Vzorec v velikosti približno 15.000 (16.000 leta 2008) je bil pripravljen na Statističnem uradu Republike Slovenije iz Centralnega registra prebivalstva. Podatke smo zbirali na osnovi anket, ki smo jih skupaj s povabilom in opisanim namenom raziskave poslali po pošti. Anketni vprašalnik je poleg osnovnih demografskih vprašanj vseboval vprašanja o koriščenju zdravstvenih storitev, zdravstvenem stanju in življenjskem slogu. Povabljeni v raziskavo so izpolnjen vprašalnik vrnili po pošti. Odzivnost na raziskavo je bila leta 2001 63,8%, leta 2004 57,1%, leta 2008 pa 49%.

Za potrebe primerjalnih analiz smo iz vzorca raziskave leta 2008 izključili udeležence, starejše od 65 let. Vzorec se je zaradi tega sicer znatno zmanjšal, vendar je le tako zagotovljena primerljivost rezultatov glede na leto raziskave.

V našem prispevku smo ugotavljali prevalenco vedenjskih dejavnikov tveganja, ki so povezani z nastankom KNB.

Razliko v prevalenci dejavnikov tveganja glede na leto raziskave smo testirali s testom hi-kvadrat. Vse razlike smo vrednotili kot statistično pomembne pri $p=0,05$. Podatke smo analizirali s programom SPSS verzija 17.0.

3 Rezultati

Razširjenost izbranih vedenjskih dejavnikov tveganja za KNB

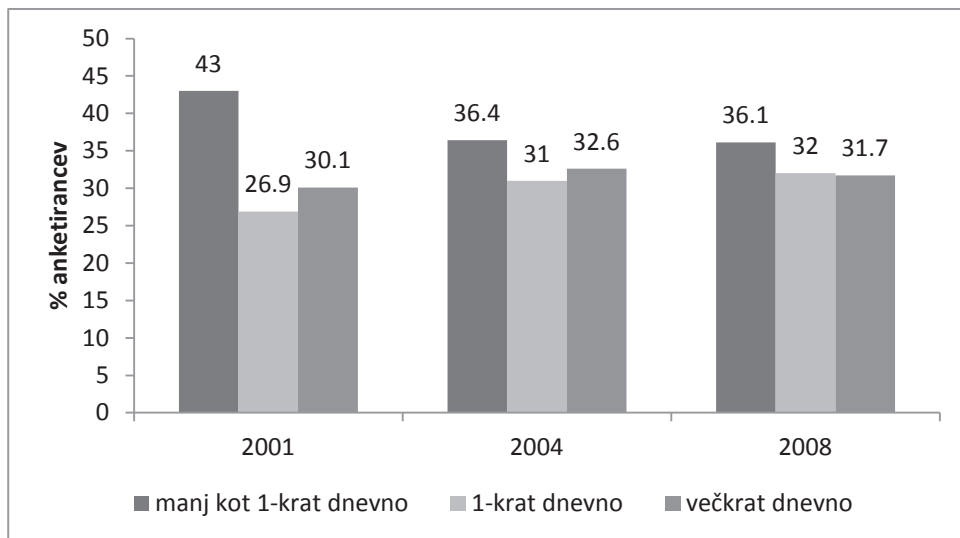
3.1 Uživanje sadja in zelenjave

Slika 1 prikazuje spremembe v pogostosti uživanja sadja glede na leto raziskave. Odstotek anketirancev, ki uživajo sadje manj kot enkrat dnevno se je v letih od 2001 do 2008 zmanjšal s 43% na 36,1%, hkrati pa se je povečal odstotek tistih, ki sadje uživajo enkrat na dan (leta 2001 26,9%, leta 2008 32%). Delež tistih, ki sadje uživajo večkrat dnevno, se ni bistveno spremenil. Razlike glede na leto raziskave so statistično značilne ($p < 0,005$).

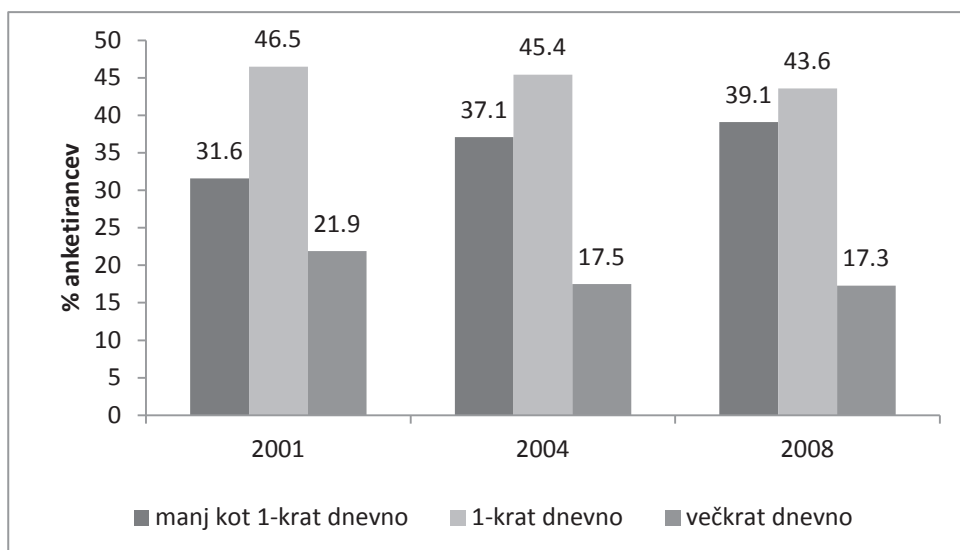
Slika 2 prikazuje spremembe v pogostosti uživanja zelenjave glede na leto raziskave. Odstotek anketirancev, ki uživajo zelenjavo manj kot enkrat dnevno se je v letih od 2001 do 2008 povečal z 31,6% na 39,1%, hkrati pa se je zmanjšal odstotek tistih, ki zelenjavo uživajo enkrat na dan s 46,5%



leta 2001 na 43,6% leta 2008. Zmanjšal se je tudi delež tistih, ki zelenjavo uživajo večkrat dnevno in sicer z 21,9% leta 2001 na 17,3% leta 2008. Razlike glede na leto raziskave so statistično značilne ($p < 0,005$).



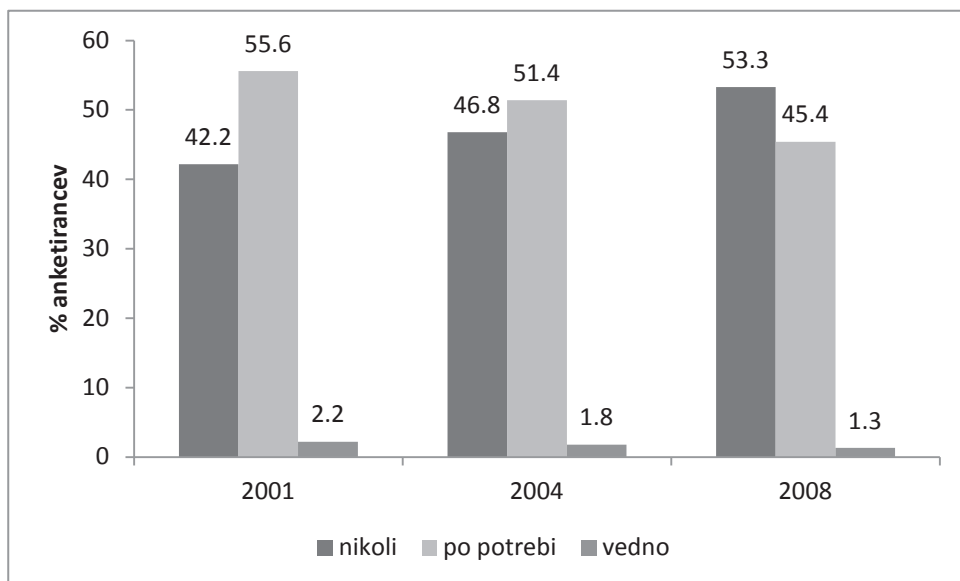
Slika 1: Pogostost uživanja sadja glede na leto raziskave. *Vprašanje v anketi se je nanašalo na uživanje sadja. ** V anketi so tri vprašanja, ki se nanašajo na uživanje sadja: sveže sadje, predelano sadje in 100% naravni sokovi. Za potrebe analize so vsa vprašanja združena v eno spremenljivko- uživanje sadja.



Slika 2: Pogostost uživanja zelenjave glede na leto raziskave.*Vprašanje v anketi se je nanašalo na uživanje zelenjave. ** V anketi sta dve vprašanji, ki se nanašata na uživanje zelenjave: sveža in predelana zelenjava. Za potrebe analize sta obe vprašanji združeni v eno spremenljivko- uživanje zelenjave.

3.2 Dosoljevanje pripravljene hrane

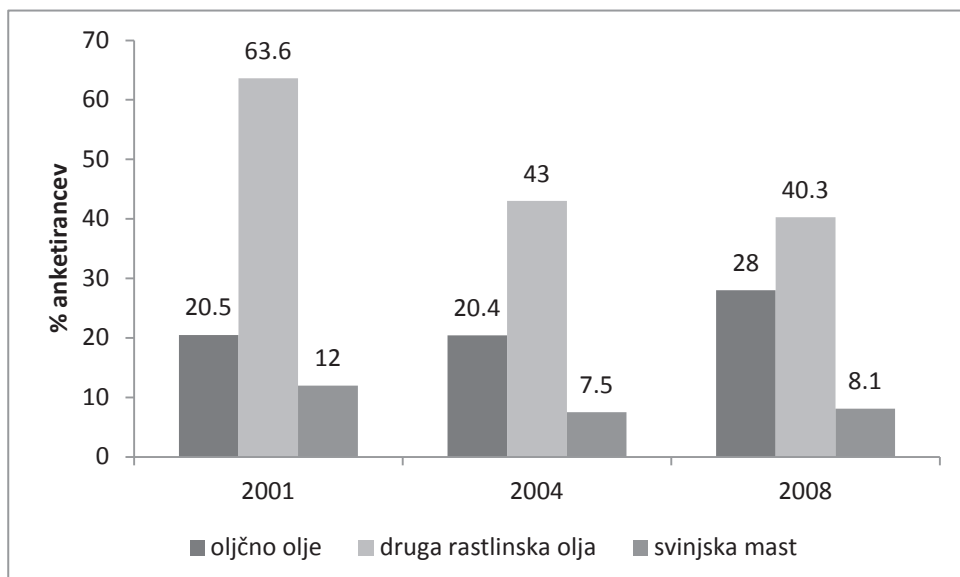
Odstotek udeležencev raziskave, ki hrano pri mizi vedno dosolijo se je od leta 2001 do 2008 zmanjšal z 2,2% na 1,3%. Odstotek tistih, ki hrano dosolijo po poskušanju, se je zmanjšal s 55,6% leta 2001 na 45,4% leta 2008 (Slika 3). Razlike glede na leto raziskave so statistično značilne ($p < 0,005$).



Slika 3: Pogostost dosoljevanja hrane pri mizi glede na leto raziskave.

3.3 Uporaba maščob

Spreminjala se je tudi uporaba maščob pri kuhi (Slika 4). Odstotek udeležencev raziskave, ki uporabljajo oljčno olje, se je z 20,5% povečal na 28,0%, odstotek tistih, ki uporabljajo druga rastlinska olja pa se je z začetnih 63,6% znižal na 40,3%. Uporaba svinjske masti se je sicer zmanjšala z 12,0% na 8,1%. Odstotek je še vedno visok, vendar je opazna razlika glede na regije. V vzhodni Sloveniji je odstotek uporabe svinjske masti 15,1%, v osrednji 2,7%, v zahodni Sloveniji pa 3,5%. Razlike glede na leto raziskave so statistično značilne ($p < 0,005$).

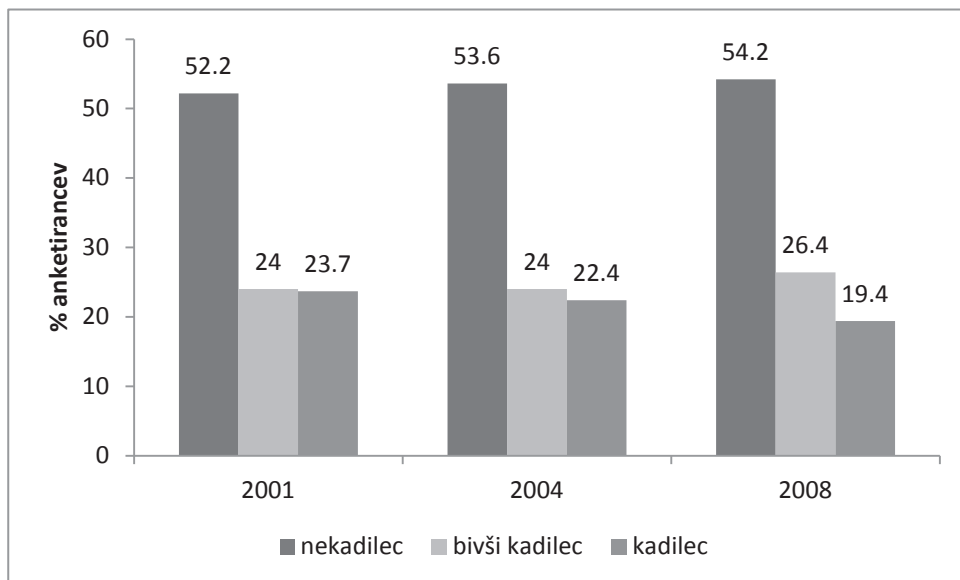


Slika 4: Uporaba maščob pri kuhi glede na leto raziskave.



3.4 Kajenje

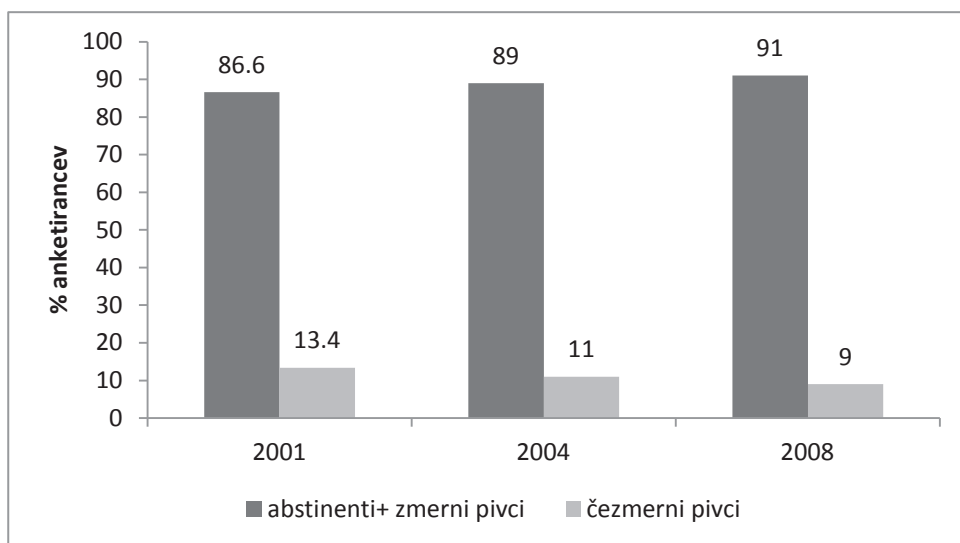
Odstotek kadilcev med udeleženci raziskave se je od leta 2001 do 2008 zmanjšal z 23,7% na 19,4% (Slika 5). Razlike glede na leto raziskave so statistično značilne ($p < 0,005$). Kljub temu, da delež kadilcev upada v celotnem vzorcu, je upad bolj izrazit pri moških kot pri ženskah. Pri moških je delež kadilcev padel z 28,1% na 22,7%, pri ženskah pa z 20,1% na 17%. Glede na starostne skupine je upad deleža kadilcev večji v starostni skupini 30-49 let, manjši pa pri mlajših in starejših.



Slika 5: Delež kadilcev glede na leto raziskave.

3.5 Čezmerno pitje alkohola

Stopnjo pitja alkohola smo izračunali iz podatkov o pogostosti pitja alkohola in količini popitih alkoholnih pijač. Slika 6 prikazuje delež čezmernih pivcev med udeleženci raziskave. Le-ta se je od leta 2001 do leta 2008 zmanjšal s 13,4% na 9%. Razlike glede na leto raziskave so statistično značilne ($p < 0,005$). Upad je opazen v vseh starostnih skupinah, največji je v najstarejši skupini (60-64 let), delež se je zmanjšal z 19,3% na 9,8%. Najmanjši upad je viden pri najmlajši skupini (5-29 let), kjer je se je delež spremenil le malenkostno (z 6,9% na 6,3%).



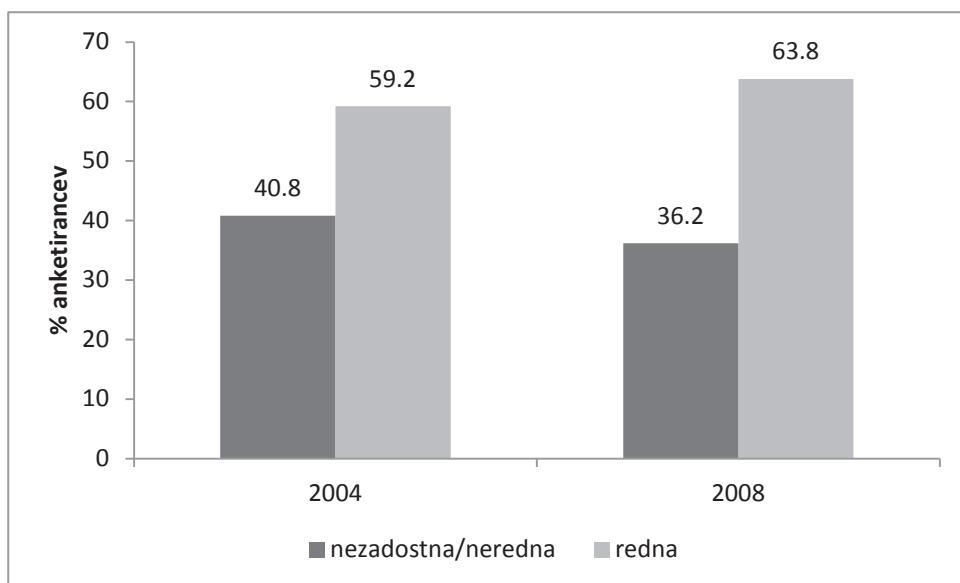
Slika 6: Delež čezmernih pivcev glede na leto raziskave.



3.6 Telesna dejavnost

Primerjava je možna samo med leti 2004 in 2008, ker so se vprašanja o telesni dejavnosti v raziskavi leta 2001 razlikovala od prihodnjih. Zaradi zelo nizke odzivnosti na vprašanja o telesni dejavnosti predstavljamo samo rezultate za rekreativno telesno dejavnost.

Delež anketirancev, ki so redno rekreativno telesno dejavni, se je od leta 2004 do leta 2008 povečal z 59,2% na 63,8% (Slika 7). Razlike glede na leto raziskave so statistično značilne ($p < 0,005$). Delež redno rekreativno telesno dejavnih se je povečal enakomerno v vseh starostnih skupinah razen v najstarejši (60-64 let). Tam se je delež zmanjšal z 66% na 45,6%.



Slika 7: Delež anketirancev, ki so redno rekreativno telesno dejavni glede na leto raziskave.



4 Razprava

Prehranski dejavniki za nastanek prekomerne prehranjenosti in debelosti so neustrezni načini sestave in priprave hrane, neprimerno število in velikost obrokov in dnevna razporeditev le-teh (Frenchetal, 2001). Kljub temu, da se odstotek tistih, ki uživajo sadje vsaj enkrat dnevno, povečuje, še vedno ostaja več kot tretjina tistih, ki sadje uživajo manj kot enkrat dnevno, hkrati pa se odstotek tistih, ki sadje uživajo večkrat dnevno ni spreminjal. Rezultati kažejo, da se navade glede uživanja sadja sicer izboljšujejo, ampak počasi. Sadje ima velik pomen v zdravi prehrani, saj je biološko visoko vredno živilo, z nizko energijsko gostoto. Sadje vsebuje veliko vitaminov, mineralov, antioksidantov, prehranske vlaknine in še številne druge zaščitne snovi. Zato krepi in ohranja zdravje, počutje, imunski sistem ter zmanjšuje tveganje za nastanek bolezni srca in žilja, različnih vrst raka in možgansko kap (Rimm et al., 1996; Block et al., 1992). Zaradi nizke energijske gostote pomaga pri zmanjševanju in vzdrževanju telesne teže (Mahan, Escot - Stump, 2008).

Stanje je še bolj zaskrbljujoče pri uživanju zelenjave, saj se je odstotek tistih, ki zelenjavo uživajo manj kot enkrat dnevno, od leta 2001 do 2008 povečal, hkrati pa se je zmanjšal odstotek tistih, ki zelenjavo uživajo enkrat dnevno ali več. Zelenjava vsebuje številne zaščitne snovi, ki varujejo pred nastankom kroničnih nenalezljivih bolezni. Lahko zmanjšajo posamezne dejavnike tveganja za prezgodnjo obolevnost in umrljivost. Prehrana z veliko zelenjave ima zaradi nižje energijske gostote tudi vpliv na regulacijo normalne telesne teže in preprečevanje prekomerne prehranjenosti in debelosti. Raziskave kažejo, da naj bi nezadostno uživanje sadja in zelenjave povzročilo 19% raka na prebavilih, 31% ishemične bolezni srca in 2,7 milijonov smrti na leto (WHO, 2002).

Pogostost dosoljevanja pripravljene hrane pri mizi se zmanjšuje. Najbolj izrazito se je zmanjšal delež tistih, ki hrano dosolijo po potrebi, vendar je še vedno visok in ukrepi za zmanjševanje porabe soli so nujno potrebni. Prekomeren vnos soli in s tem natrija je dokazan neposredni prehranski dejavnik tveganja za povišan krvni tlak, ta pa predstavlja pomemben vzrok za nastanek možganske kapi ter drugih bolezni srca in žilja. S številnimi raziskavami je bilo ugotovljeno, da prebivalci industrializiranih držav uživamo daleč prekomerne količine soli (WHO, 2003; WHO, 2002; WHO 2006).

Razmerje med vrstami maščob, ki jih anketiranci uporabljajo pri kuhi, se je v času med raziskavami spreminjalo. Najbolj je izrazit upad pri uporabi rastlinskih olj, medtem ko se je uporaba oljčnega olja povečala. Za optimalen vnos skupnih maščob in ustrezno razmerje maščobnih kislin priporočamo izbiro manj mastnih živil živalskega izvora, pri pripravi obrokov pa je priporočeno uporabljati kakovostna rastlinska olja (izmenično oljčno, repično, sončnično, sojino, koruzno ali druga kvalitetna 100 odstotna rastlinska olja) (Pokorn et al. 2008).

Neaktivni življenjski slog oziroma nezadostna telesna dejavnost je pomemben in pogost vedenjski dejavnik tveganja za KNB. Dokazano je, da redna telesna dejavnost pripomore k zmanjševanju bioloških dejavnikov tveganja in k nižji obolevnosti za KNB (Hudon et al., 2008). Rezultati naše raziskave kažejo, da se je delež prebivalcev, ki so redno rekreativno telesno dejavni, povečal. Pri vrednotenju rezultatov je potrebna previdnost, saj so na njih vplivali nizka odzivnost na vprašanja o telesni dejavnosti leta 2008 in različni tipi vprašanj. Primerjali smo samo količino rekreativne telesne dejavnosti, kot redno smo vrednotili ukvarjanje z rekreativno telesno dejavnostjo vsaj 3 krat tedensko. Pri analizi nismo upoštevali transportne telesne dejavnosti in telesne dejavnosti na delovnem mestu. Oboje lahko znatno vpliva na skupno količino telesne dejavnosti posameznika, zato so potrebne še nadaljnje analize za natančnejšo opredelitev stanja v Sloveniji.

Kajenje je najpomembnejši vedenjski dejavnik tveganja za pojav kroničnih bolezni dihal, kot so KOPB, emfizem in kronični bronhitis, in eden najpomembnejših dejavnikov tveganja na pojav bolezni srca in žilja (Forey et al., 2011; Sachs-Ericsson et al., 2009).

Rezultati raziskave sicer kažejo, da se delež kadičev zmanjšuje, vendar neenakomerno glede na spol in starost. Upad je manjši pri ženskah, kar pomeni, da se za prenehanje kajenja odloča manj žensk kot moških. Prav tako je razvidno, da delež kadičev ostaja višji pri mlajših in starejših.



Prekomerno pitje alkoholnih pijač je močno povezano s pojavom nekaterih vrst raka ter bolezni srca in ožilja, kot tudi z ostalimi KNB (Schütze et al., 2011; Chen et al., 2008). S pojmom prekomerno pitje alkoholnih pijač označujemo dva pojava: stalno prekomerno oziroma kronično prekomerno uživanje alkoholnih pijač in alkoholno opijanje, kjer gre za pitje velikih količin alkoholnih pijač ob eni priložnosti. Slednje je bolj značilno za mlajše starostne skupin. V naši raziskavi smo obravnavali kronično prekomerno pitje alkoholnih pijač. Rezultati so pokazali, da se delež prekomernih pivcev zmanjšuje. Upad se povečuje s starostnimi skupinami in je tako najbolj izrazit pri najstarejši skupini. Zaskrbljujoč je podatek, da se delež prekomernih pivcev v najmlajši starostni skupini skoraj ni spremenil.

5 Zaključek

Raziskava kaže na nezdrave prehranjevalne navade slovenskega prebivalstva. V naši prehrani je premalo sadja, predvsem pa zelenjave. Delež kadičev se sicer zmanjšuje, vendar je potrebna še posebna pozornost pri načrtovanju preventivnih ukrepov na področju zmanjševanja kajenja za mlajše starostne skupine in ženske. Mlajši odrasli potrebujejo posebno pozornost in ciljane ukrepe tudi na področju zmanjšanja pitja alkoholnih pijač. Na področju telesne dejavnosti potrebujemo predvsem kakovostne podatke in analize za boljše razumevanje stanja. Osnovne analize kažejo, da je še vedno precejšnji delež prebivalcev nezadostno telesno dejaven, zlasti v starejših starostnih skupinah.

S ciljno promocijo zdravja in dobrimi intervencijskimi programi smo v preteklih letih že dosegli pozitivne spremembe življenjskega sloga. S poznavanjem razširjenosti vedenjskih dejavnikov tveganja so ukrepi lahko še učinkovitejši in z njimi lahko bistveno pripomoremo k ohranjanju in krepitvi zdravja ter boljšemu obvladovanju bolezni tudi v prihodnosti.

Literatura

Block G, Patterson B, Subar A. Fruit, vegetables and cancer prevention: a review of the epidemiological evidence. *Nutr Cancer*. 1992; 18: 1 - 22.

Chen L et al.: Alcohol and bloodpressure: A systematic review implementing a mendelian randomisation approach. *PLoS Med* 2008; 5(3): e 52.

Danaei G et al.: The preventable causes of death in the United States: Comparative risk assesment of dietary, lifestyle and metabolic risk factors. *PLoS Med* 2009; 6 (4): e 1000058.

Forey BA et al.: Systematic review with meta – analysis of the epidemiological evidence relating smoking to COPD, chronic bronchitis and emphysema. *BMC Pulmonary Medicine* 2011;11:36.

French SA, Story M, Jeffery RW. Environmental influences on eating and physical activity. *Annu Rev Public Health* 2001; 22:309-35.

Hudon C, Fortin M, Soubhi H. Single riskfactor interventions to promotephysical activity among patien swith chronic diseases. *Can Fam Physician* 2008; 54: 1130-7.

Mahan K, Escott - Stump S. Krause's Food, Nutrition □ Diet Therapy (12thed). W B Philadelphia: Saunders Company; 2008.

Pokorn D, Maučec Zakotnik J, Močnik Bolčina U, Koroušić Seljak B. Smernice zdravega prehranjevanja delavcev v delovnih organizacijah. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS; 2008.

Rimm EB, Ascherio A, Giovannucci E, Spiegelman D, Stampfer MJ, Willett WC. Vegetable, Fruit, and Cereal Fiber Intake and Risk of Coronary Heart Disease among Men. *JAMA*. 1996; 275: 447-51.

Sachs-Ericsson et al.: smoking cessation behavior in older adults by race and gender: The role health problem sand psychological distress. *Nicotine&Tobacco Research* 2009; 11 (4): 433 -443.



Schütze M et al.: Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. BMJ 2011; 342: d 1584

Sassen B et al.: cardiovascular risk profile_ Cross-sectional analysis of motivational determinants, physical fitness and physical activity. BMC Public Health 2010; 10: 592.

WHO. The World Health Report 2002 – Reducing risks, Promoting Healthy Life. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.

WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. World Health Organization, Geneva, Switzerland; 2003.

WHO. Reducing salt intake in populations: Report of a WHO Forum and technical meeting; 2006-7 October; Paris, France.

WHO Regional Office for Europe. European health for all Database, HFA - DB. Dosegljivo na: <http://www.euro.who.int/hfad>.

Zaletel - Kragelj L, Fras Z, Maučec-Zakotnik J (ur). Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije, I. Značilnosti in povzetek raziskave. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2004: 1 - 38.



ŽIVLJENJSKI SLOG MEDICINSKIH SESTER, RAZISKAVA DMSBZT MARIBOR

Danijela Pušnik, dipl. m. s., Ksenija Pirš, dipl. m. s.
Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor

Izvleček

Izhodišča: Na zdravje in kakovost življenja vplivata poleg bioloških dejavnikov v veliki meri še življenjski slog, socialno ekonomske in družbene razmere ter delovne in okoljske razmere. Medicinske sestre imajo pomembno vlogo v promociji zdravja. Namen raziskave je ugotoviti, kakšen je življenjski slog medicinskih sester in odnos do zdravja ter zadovoljstvo na delovnem mestu.

Metode: Vprašalnik je prirejen po vprašalniku Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, namenjen raziskavi »Medicinske sestre v Sloveniji«. Oblikovan je na spletni strani v Google dokumentih in objavljen na spletni strani Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor. Podatki se zbirajo in avtomatsko obdelujejo v spletnem okolju, kvantitativna obdelava poteka v Excelu in s pomočjo vrtilne tabele. Anketo je izpolnilo 156 izvajalcev zdravstvene in babiške nege, kar je 7 % vseh članov DMSBZT Maribor. Največ anketiranih je starih od 31 do 50 let, medicinskih sester z visoko izobrazbo, so pa sodelovale medicinske sestre vseh poklicnih skupin in iz vseh delovnih okolij.

Rezultati: Medicinske sestre so zadovoljne z delovno situacijo, najpomembnejša vrednota na delovnem mestu je dober medosebni odnos, najmanj pomemben je urnik dela in zaslužek. Obstajajo razlike med osebnim pomenom vrednot in dejanskim stanjem v delovnem okolju. Delo medicinskih sester je fizično obremenjujoče. Ocenjujejo, da so zdrave, od zdravstvenih težav največkrat omenjajo fizično utrujenost in težave s hrbtenico in križem. Ocenjujejo se kot zelo odgovorne in zanesljive in premalo izobražene. Tretjina anketiranih se formalno izobražuje. Dve tretjini anketiranih meni, da je medicinska sestra strokovnjakinja, polovica pa, da je medicinska sestra zdravnikova pomočnica. Večina meni, da imajo premalo prostega časa, ki ga največkrat izrabijo za izlete in delo z računalnikom. Od gibalnih veščin se najpogosteje poslužujejo hoje in kolesarjenja, vadba traja povprečno 40 minut in jo izvajajo povprečno enkrat tedensko. Le polovica anketiranih zaužije zajtrk vsak dan in le dve tretjini uživata dnevno jedi iz skupin žitaric, sadje in zelenjavo. 25 % anketiranih je kadilcev.

Diskusija in zaključki: Iz raziskave je razvidno, da je potrebno več časa nameniti športnim udejstvovanjem in zdravemu načinu prehranjevanja. S tem bodo zmanjšane psihične obremenitve in utrujenost. Zaradi fizičnih obremenitev na delovnih mestih bi lahko uvedli razgibavanja za izboljšanje telesne drže in zmanjšanje bolečin v križu in hrbtenici. Raziskava še ni zaključena, podatki se bodo še podrobneje statistično obdelali.

Ključne besede: zdravje, samopodoba, vrednote, zdrava prehrana, gibanje, sreča



1 Uvod

Blaginjo družbe ne moremo meriti le z družbenim razvojem in ustvarjanjem proizvodov, saj vplivajo nanjo številne druge komponente. V državah OECD (organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj) je leta 2011 nastal kazalnik »Indeks boljšega življenja«. Sestavni del kazalnika je zdravstveno stanje ljudi (»Indeks zdravja«), na katerega vplivajo družbeno ekonomske determinante, ki pogojujejo določen vzorec življenjskega sloga. Dokazano je, da so tveganja za nastanek kroničnih bolezni in krajša življenjska doba v nižjih družbenih slojih izražena močneje kot v višjih družbenih slojih (Bele, Časar, Tominc, 2011).

2 Zdravje

Pomen javnega zdravja je za ekonomsko rast in napredek držav velik. Vsaka država na podlagi analiz zdravja svojega prebivalstva oblikuje politiko javnega zdravja, ki lahko temelji na javno-zdravstvenih programih bodisi v zakonskih določilih. Na področju Evropske unije (EU) poleg nacionalnih programov velja tudi skupni javno-zdravstveni program EU, saj je EU aktivna na tem področju, ker hoče, da se javno zdravje izboljšuje v vseh državah članicah. Evropska unija sprejema programe na področju javnega zdravstva za več let. Programi morajo biti v skladu z ustanovitveno pogodbo. V vsakem programu Evropska komisija predstavi najpomembnejše grožnje javnemu zdravju in ukrepe s katerimi bi se tem grožnjam najlažje izognili. Cilj programa je doseči čim višjo raven fizičnega in mentalnega zdravja, dobrega počutja in enakost med prebivalci EU ter tako ne le podaljševati življenjsko dobo, ampak tudi izboljšati kakovost življenja. Program ima tri splošne cilje: izboljšanje informiranja in znanja za razvoj javnega zdravja, izboljšanje sposobnosti hitrega in usklajenega odgovora ob ogroženem zdravju in promoviranje zdravja in preprečevanje bolezni z vplivanjem na determinante zdravja (European Commission, 2008 - 2013).

V Sloveniji ima javno zdravje že skoraj stoletno tradicijo. Zdravje populacije ni odvisno le od politike zdravstvenega sektorja, ampak nanj prepleteno vplivajo politike različnih sektorjev. Ocena vplivov na zdravje je nova metoda na področju javnega zdravja, ki na osnovi utemeljene ocene potencialnih vplivov različnih politik na zdravje omogoča informirano politično odločanje (Gabrijelčič Blenkuš, Lock, 2003). Program javnega zdravja v Sloveniji za obdobje 2008- 2011 se imenuje »Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2011: zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«.

Zdravje je v večini sodobnih družb spoznano kot največja vrednota, saj je predpogoj za povečanje blaginje. Nanj vplivajo številni med seboj prepleteni dejavniki, tako imenovane determinante zdravja. Delimo jih na socialno ekonomske dejavnike (makroekonomski dejavniki, izobrazba, bivalno okolje, socialne mreže, zaposlitev), dejavnike z zdravjem povezanega življenjskega sloga (kajenje, alkohol, nedovoljene droge, hrana in prehrana, telesna dejavnost, spolno vedenje), dejavnike fizičnega okolja (predvsem onesnaževanja zunanjega in notranjega okolja), dejavnike promocije zdravja (intervencije za varovanje zdravja, preventiva bolezni, omejevanje tveganj v ključnih okoljih) ter dejavnike zdravstvenih služb in storitev (Gabrijelčič Blenkuš, Lock, 2005).

Krepitev in varovanje zdravja posameznika zahteva celovit pogled in sodelovanje tako posameznika kakor celotne družbe. Svetovna zdravstvena organizacija definira zdravje kot popolno fizično, psihično, socialno in duhovno blagostanje, in ne samo odsotnost bolezni ali poškodb. Čeprav navajamo, da se zdravje nedvomno izboljšuje v zadnjih desetletjih zaradi dobrega socialnega varstva, višje povprečne ravni izobrazbe, boljših delovnih razmer in spremenjenih navad posameznikov, težko govorimo o popolnem zdravstvenem blagostanju, saj smo ljudje dnevno izpostavljeni različnim dejavnikom tveganja. Ob slabi socialni in zdravstveni politiki in negotovem ekonomskem položaju v sedanjem času in tudi v prihodnosti, lahko pričakujemo slabše zdravstveno stanje prebivalstva, predvsem pri ranljivih skupinah – otrocih, starejših, socialno ogroženih.



3 Življenjski slog

Zdravje posameznika je odvisno od posameznikovega življenjskega sloga. Življenjski slog opredelimo kot za posameznika značilen način življenja, ki ga določa skupina izrazitih obnašanj, ki se pojavljajo konsistentno v določenem časovnem obdobju. Glede na tak konceptualni okvir lahko določen življenjski slog vključuje tako zdravju škodljiva kot zdravju naklonjena obnašanja. V literaturi najpogosteje omenjajo zdravju naklonjen/zdrav in zdravju škodljiv/nezdrav življenjski slog (KC LJ).

Življenjski slog se oblikuje pod vplivom izkušenj in življenjskih razmer od ranega otroštva naprej. Med pomembnimi dejavniki, ki vplivajo na oblikovanje življenjskega sloga, so obnašanje staršev in ožje družinske razmere. Vplivajo pa tudi izobraževanje, zdravstveno varstvo ter drugi socialni in okoljski dejavniki. Širši fizični, socialni, okoljski, ekonomski in kulturni dejavniki, ki vplivajo in pogojujejo izbire posameznikov, skupin oziroma skupnosti, so pogosto bolj odločilni kot družinski (KC LJ).

1.1 Življenjski slog medicinskih sester

Medicinske sestre kot zdravstvene delavke imamo v programih izvajanja promocije zdravja pomembno vlogo, saj je zdravstveno vzgojno delo ena od osnovnih oblik dela v zdravstveni negi. Zdravstven vzgoja kot oblika promocije zdravja je namenjena preoblikovanju življenjskega sloga, kadar je ta zdravju škodljiv. Toda, kakšen življenjski slog imamo medicinske sestre? Največ raziskav je opravljenih na področju delovnega okolja in z njim povezanih obremenitev in zdravstvenih težav. Pred desetletjem je bila narejena obsežna raziskava o medicinskih sestrah v Sloveniji, ki jo je izvedlo Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, rezultate pa so predstavili leta 2001 v zborniku »Medicinske sestre v Sloveniji«. Z raziskavo so ugotavljali zadovoljstvo na delovnem mestu, samopodobo medicinskih sester, etičnost, izobraževanje, zdravstvene navade, gibalne aktivnosti in izrabo prostega časa z uporabo kulturnih dobrin. Zupančič (2001) je ugotovila, da so medicinske sestre zadovoljne z delovno situacijo, pri tem so pomembni dejavniki dobri medsebojni odnosi, varnost zaposlitve, pomoč drugim, samostojnost in pripadnost delovni skupini. Medicinske sestre imajo nizko samospoštovanje, premalo spoštovanja do drugih in dopuščajo, da jih tudi drugi premalo spoštujejo (Mrak, 2001). Medicinske sestre se pri svojem delu srečujejo s kršenjem pravic, najpogostejši kršitelji so zdravniki, nezdravstveni delavci in srednje medicinske sestre. Največkrat ukrepajo tako, da kršitelja opozorijo na neustrezno ravnanje (Šmitek, 2001). Kvas (2001) je ugotovila, da ima veliko več medicinskih sester željo po formalnem izobraževanju kot pa se jih dejansko izobražuje. Ugotovila je tudi, da so najbolj zadovoljne z delovno situacijo medicinske sestre z visoko izobrazbo, najmanj pa medicinske sestre s srednjo in fakultetno izobrazbo. So zdrave in srečne in imajo bolj zdrave življenjske navade kot Slovenci (Živič, 2001). V prostem času se ukvarjajo z gibalno aktivnostjo, prevladujejo tiste aktivnosti, v katere lahko vključijo svojo družino (Sima, Eržen, 2001). Preostali prosti čas povprečna medicinska sestra preživlja doma, ukvarja se z ročnimi deli, po telefonu se pogovarja s prijatelji, obiskuje sorodnike, dopust pa preživlja na Hrvaškem (Planinšek, 2001). Vzorci kulturnega življenja med medicinskimi sestrami so izrazito žensko obarvani, uporaba kulturnih dobrin je višja kot pri celotni slovenski populaciji (Klemenc, 2001). Leta 2004 je Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica izvedlo raziskavo med članicami društva o prehranjevalnih in gibalnih navadah ter samopodobi. Rezultati raziskave so pokazali boljše rezultate na področju gibanja, prehranjevalnih navad in prisotnih dejavnikov tveganja za nastanek bolezni v primerjavi s slovensko populacijo.



4 Raziskava

Z raziskavo smo želeli ugotoviti življenjski slog izvajalk in izvajalcev zdravstvene in babiške nege (v nadaljevanju medicinskih sester), članic in članov Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov (v nadaljevanju DMSBZT) Maribor, in sicer:

- kakšno je zadovoljstvo na delovnem mestu,
- kakšna je samopodoba medicinskih sester,
- kako razmišljajo o etičnih vprašanjih,
- kako preživljajo prosti čas,
- kakšne so njihove gibalne navade,
- kakšne so njihove prehranjevalne navade,
- kateri so najpogostejši dejavniki tveganja oz. kazalniki nezdravega življenjskega sloga.

4.1 Metodologija

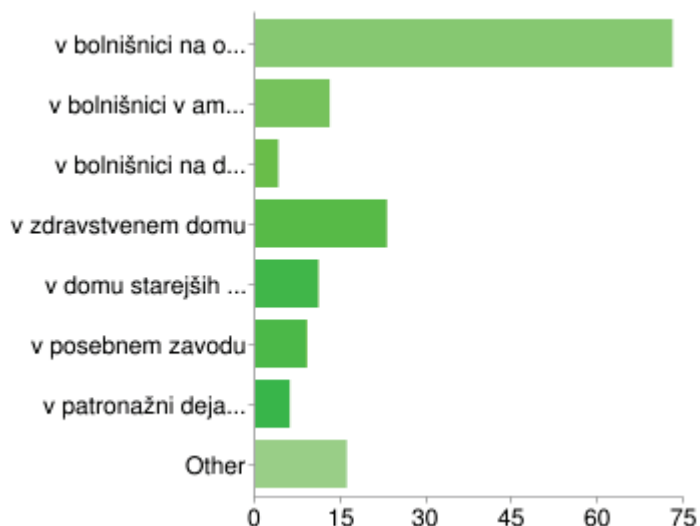
V spletnem okolju v Googlovih dokumentih smo pripravili vprašalnik, ki smo ga povzeli z dovoljenjem po Društvu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana in ga nekoliko priredili. Vprašalnik je bil dostopen na spletni strani Društva medicinskih sester Maribor. Razdeljen je v več področij: delovno okolje, prosti čas, gibalne in prehranjevalne navade, skrb za zdravje.

Vprašalnik je obdelan v Googlovih dokumentih, kjer se podatki avtomatsko obdelujejo sproti, v Excelu in z vrtilno tabelo.

Vprašalnik je bil dostopen na spletni strani društva od aprila 2010 do sredine leta 2011. Na vprašalnik je odgovorilo 156 izvajalcev zdravstvene in babiške nege – članic DMSBZT Maribor, od tega 91 % žensk in 9% moških. DMSBZT Maribor šteje več kot 2200 članic in članov, kar pomeni, da je v predstavljenem vzorcu zajetih 7 % anketirane populacije. Predvidevam, da je samo tolikšen del medicinskih sester sodelovalo v raziskavi zaradi nezaupanja do spletnega vprašalnika in zaradi obsežnosti vprašalnika. Veliko medicinskih sester nikoli ne obišče spletnih strani društva in drugih.

4.2 Rezultati

Največ anketiranih je v starostni skupini od 31 do 40 let (40 %) in v starostni skupini 41 do 50 let (40 %). 31 % anketiranih ima zaključeno srednje šolsko izobrazbo, 5 % višje šolsko izobrazbo, 49 % visoko strokovno izobrazbo, 10 % univerzitetno in 5 % podiplomsko izobrazbo. 47 % anketiranih je zaposlenih na bolnišničnem oddelku, 8% v bolnišnični ambulanti, 3 % v bolnišnični diagnostični enoti. Iz zdravstvenih domov je odgovarjalo na anketo 15 % , iz domov starejših občanov 7 %, 6 % anketiranih je iz posebnih zavodov, 4 % iz patronažne dejavnosti in 10 % iz drugih področij – FZV, zasebna patronažna dejavnost, medicinske sestre pri zasebnikih,...(graf št. 1). Anketirani so zaposleni na različnih delovnih mestih iz kataloga delovnih mest v zdravstveni negi.



Graf št. 1: Ustanove, kjer so anketirani zaposleni v odstotkih

Delovno mesto

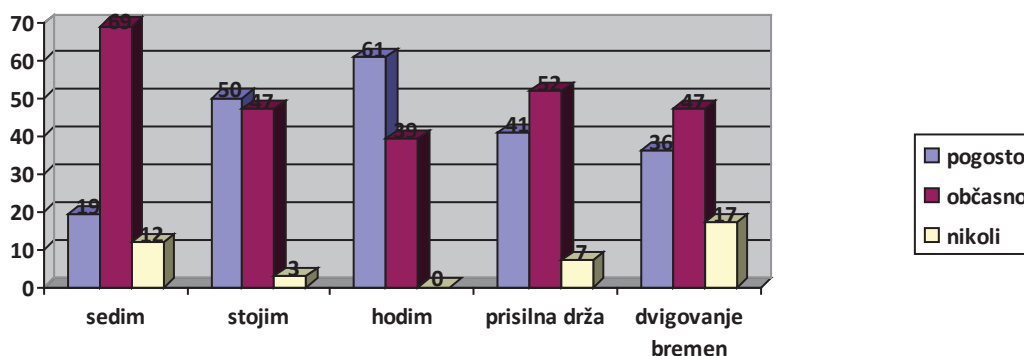
Anketirani so z delovnim mestom zadovoljni, saj so z oceno 4 na lestvici od 1 (popolnoma nezadovoljen) do 5 (zelo zadovoljen) odgovorili v 45 % in z oceno 5 v 16 %, oceno 3 je podalo 30% anketiranih. Kljub temu bi jih tretjina želela poiskati zaposlitev drugje, največ v zdravstvu v Sloveniji (43%).

Tabela št. 1: Značilnosti delovne situacije po osebnem pomenu in v dejanski situaciji (v %)

Ocene:	Osebni pomen			Dejanska situacija		
	1	2	3	1	2	3
Varnost zaposlitve	0	3	97	5	34	61
Dober zaslužek	0	31	69	30	50	20
Veliko možnosti za napredovanja	2	23	75	28	54	18
Dobri medsebojni odnosi	0	2	98	12	44	44
Samostojnost pri delu	0	14	86	3	47	50
Pri delu lahko pomagaš drugim	1	12	87	3	35	62
Kreativnost	0	12	88	10	42	48
Ugled poklica	1	19	80	19	46	35
Uvajanje dokazane dobre prakse	1	17	82	15	50	35
Pripadnost delovni skupini	0	8	92	10	40	50
Uresničevanje svojih sposobnosti	0	9	91	15	52	33
Urn timer dela	1	21	78	16	43	38
Možnost izobraževanja	0	11	89	15	40	45

Legenda: 1= ni pomembno, 2= pomembno, 3= zelo pomembno

Za anketirane je od kategorij delovne situacije najpomembnejši dober medsebojni odnos (ocena 3 v 98 %), sledijo varnost zaposlitve, pripadnost delovni skupini in uresničevanje svojih sposobnosti. Najmanj pomembni se jim zdijo dober zaslužek, možnosti za napredovanja in urnik dela. Pri ocenjevanju dejanske delovne situacije je najvišje ocenjena varnost zaposlitve in možnost pomagati drugim. Najnižje so ocenili možnost napredovanja. Podatki so predstavljeni v tabeli št.1.



Graf št. 2: Ocena fizičnih obremenitev na delovnem mestu

Pri oceni fizičnih obremenitev na delovnem mestu je 49 % anketiranih odgovorilo, da pri delu pogosto stoji, 61 % jih pogosto hodi, 41 % jih ima pogosto prisilno držo in 33 % pogosto dviguje težja bremena (graf št. 2). Delo v nadurnem delu izvaja 56 % zaradi zahteve delodajalca, 29 % pa zaradi večjega zasluga. 27 % anketiranih ne dela v posebnih pogojih dela.

Samopodoba medicinskih sester

Medicinske sestre se na delovnem mestu največkrat predstavijo kot »sestra in ime«, kar v 45 %, 15 % anketirank je navedlo, da se predstavi z »medicinska sestra, ime in priimek«. Na vprašanje, kako vas naslavljajo drugi, jih 38 % odgovorilo »sestra«, 35 % pa »sestra in ime«.

Tabela št.2: Pohvala pri delu, v odstotkih

	nikoli	občasno	pogosto	Brez odgovora
Sodelavci	11	70	13	6
Nadrejeni	21	64	9	6
pacienti	1	40	55	4
drugi	15	52	15	18

Pohvala pri delu je zelo pomembna, saj dviguje nivo zadovoljstva in spodbuja kreativnost. V tabeli št. 2 je prikazano, kako pogosto so medicinske sestre pohvaljene in kdo jih pohvali.

V nadaljevanju so medicinske sestre ocenile trditve, da je medicinska sestra strokovnjakinja, ima dobro srce, delovne roke, je vzdrževalka reda in je zdravnikova pomočnica. Na vse trditve je tretjina anketirank odgovorila, da trditve le delno ustrezajo opisom medicinske sestre. 61 % anketiranih meni, da je medicinska sestra strokovnjakinja, 62 % meni, da ima dobro srce, 71 %, da ima delovne roke, 47 % meni, da je vzdrževalka reda in kar 49%, da je zdravnikova pomočnica.

Vrednote medicinskih sester

Med najpomembnejše življenjske vrednote štejejo družinsko življenje, tako jih meni 98% medicinskih sester, sledi prijateljstvo v 96 %, varovanje narave v 93%, mir na svetu v 92%, svoboda delovanja v 91 %, in red in stabilnost v družbi prav tako v 91 %. Med manj pomembne sodijo avtoriteta (59%), materialne dobrine in moč nad drugimi (46%). Tabela št. 3 prikazuje, kako medicinske sestre ocenjujejo same sebe. Čutijo se zelo odgovorne (89 %) in zelo zanesljive (86 %).



Tabela št. 3: Samoocene v odstotkih

	Sploh ne	srednje	zelo
inteligentni	2	68	30
ustvarjalni	1	53	46
praktični	0	29	71
razumni	0	29	71
dobro izražam misli	3	55	42
izobraženi	0	70	30
samostojni	0	30	70
zanesljivi	0	14	86
kritični	1	42	57
družabni	6	50	44
razumevajoči	0	25	75
odgovorni	0	11	89
plahi	41	53	6
konzervativni	33	60	7
verni	31	57	12
marljivi	1	24	75
Uveljavljam svoje ideje	4	64	32

Etične vrednote

Medicinske sestre so odgovorile, da pogosto razmišljajo o etičnosti svojega ravnanja (67 %). Pri delu so opazile, da je najpogostejše kršena pacientova pravica do zasebnosti v času pogovora, (34 % medicinskih sester je odgovorilo pogosto) in telesna zasebnost (28 % odgovorov pogosto). 54 % medicinskih sester je odgovorilo, da občasno ne upoštevajo predpisov o strokovnem izvajanju intervencij zdravstvene in babiške nege. 56 % jih je odgovorilo, da občasno izvajajo naloge, za katere nimajo kompetenc. Po mnenju anketiranih najpogostejše kršijo etična določila zdravniki, v 49 %, 35% medicinskih sester pa je odgovorilo, da kršijo etične norme sodelavci v stroki zdravstvene in babiške nege ter v 32 % nezdravstveni delavci. Ukrepajo tako, da s tem seznanijo kršitelja (55 %) in obvestijo vodilno medicinsko sestro (26 %). Enak delež jih navaja, da ne morejo ukrepati, saj kršijo vodilni delavci. Kar 13 % anketiranih medicinskih sester meni, da je kršenje etičnih načel stvar posameznika, zato ne ukrepajo.

Skrb za strokovni razvoj

34 % anketiranih medicinskih sester se trenutno formalno izobražuje, pri tem imajo največjo podporo med družinskimi člani. 85 % medicinskih sester je mnenja, da jim delovna organizacija omogoča udeležbo na strokovnih srečanjih. V letu 2009 so se udeležile povprečno več kot 4 strokovnih srečanj, najmanj nikoli in največ 6, nekaj manj kot 1 (0,95) udeležba povprečno je bila aktivna. Največ udeležb so plačali delodajalci (74%), sledi DMSBZT Maribor (27%).

Zdravje in skrb za zdravje

Večina medicinskih sester je na vprašanje, kako ocenjujejo svoje sedanje zdravstveno stanje odgovorilo na pet-stopenjski lestvici kot dobro (52%), 30% zelo dobro in 10% odlično. 18% jih je odgovorilo, da so zadnje mesece bili bolni in nezmožni za druge aktivnosti. Najpogostejše zdravstvene težave, ki jih navajajo so: telesna utrujenost in izčrpanost (56%), 49% jih ima bolečine v hrbtenici in križu, 26% glavobol in 22 % čuti nemir in zaskrbljenost.

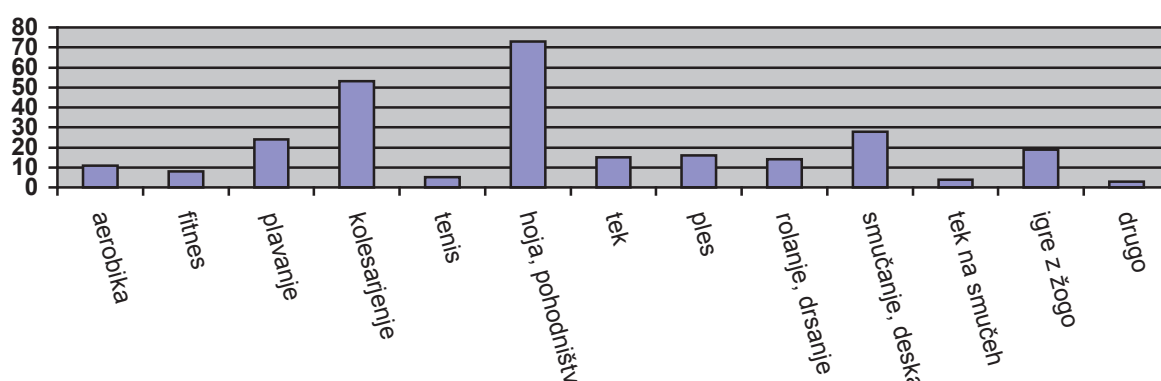


Medicinske sestre se redno udeležujejo preventivnih zdravstvenih pregledov, in sicer pri izbranem ginekologu 69 % anketirank in pri izbranem zdravniku 30%. 60% jih redno obiskuje zobozdravnika, 68% anketirank je navedlo, da imajo v službi redne sistematske preglede.

Prosti čas in gibanje

Na vprašanje, ali imajo dovolj prostega časa, so odgovorili v 23 %, da ga imajo dovolj, 70 % pa meni, da ima premalo prostega časa. Prosti čas preživijo najpogosteje z branjem knjig (66%), hodijo na izlete ali potujejo (56%), s poslušanjem radia in gledanjem televizije (56%), se ukvarjajo s športom in rekreacijo (55%). Pogosto prosti čas preživijo tudi ob računalniku (47%).

Medicinske sestre so različno športno aktivne, nekatere se dnevno ukvarjajo s športom, nekatere sploh ne, povprečje znaša 1x tedensko. Najpogosteje hodijo ali planinarijo (73%) in kolesarijo (53%). Rezultati so prikazani v grafu št.3. Vadbo izvajajo najpogosteje 20 do 40 minut.



Graf št. 3: Prikaz športnih aktivnosti, s katerimi se medicinske sestre ukvarjajo, v odstotkih

Medicinske sestre so odgovorile, da je gibalna aktivnost pomembna v njihovem življenju v 56 %, 39% pa se je opredelilo, da je zelo pomembna. Polovica anketirank meni, da gibalna aktivnost izboljša njihovo psihično kondicijo, polovica pa meni, da zelo izboljša.

Prehranske navade

Medicinske sestre popijejo povprečno 1,5 litra tekočine dnevno, razpon je od 0 do 3 litre tekočine. Za žejo pijejo najpogosteje vodo (68 %), sledijo voda z okusom, sadni sokovi, nesladkani čaj in gazirane pijače. 16 % medicinskih sester navaja, da alkoholnih pijač ne pijejo, 57 % , da pijejo alkoholne pijače zelo redko.

Tabela št. 4: Pogostost uživanja obrokov v odstotkih

Obrok	Vsak dan	Večkrat tedensko	Nekajkrat mesečno	Bolj redko	nikoli
Zajtrk	44	21	20	7	8
Malica	34	28	16	10	12
Kosilo	61	13	13	12	1
Pop. malica	21	20	21	20	18
Večerja	28	23	20	18	19

Dnevno zajtrkuje manj kot polovica anketiranih medicinskih sester, kosilo zaužije 61 % anketiranih vsak dan, dopoldansko malico vsak dan zaužije 32% anketiranih. V tabeli št. 4 so prikazani rezultati pogostosti uživanja posameznih obrokov.



Tabela št. 5: pogostost uživanja posameznih skupin hrane na teden v odstotkih

	5 in več krat	3 - 4 krat	1 - 2 krat	nikoli
Žitarice, testenine, kruh	59	21	16	0
Sadje	66	20	10	1
Zelenjava	64	26	6	0
Meso, mesni izdelki, jajca	37	42	19	0
Mleko in mlečni izdelki	48	30	17	0
Sladice	12	18	63	5
Ocvrta hrana	1	8	67	20

Tabela št. 5 prikazuje koliko krat tedensko uživajo medicinske sestre živila iz posameznih skupin. 59 % anketiranih uživa živila iz skupine žitaric 5 in več krat tedensko, sadje in zelenjavo 66 in 67 % medicinskih sester. Dve tretjini anketirank uživa sladice in ocvrto hrano dva krat tedensko.

Drugi dejavniki tveganja za nastanek obolenj

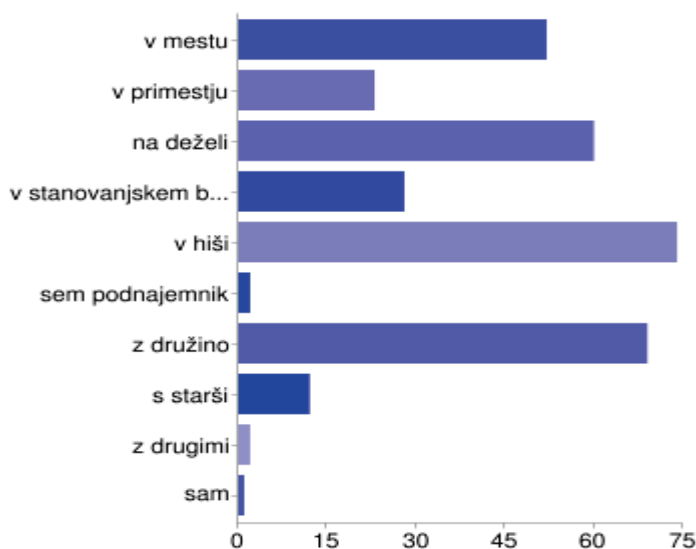
90 medicinskih sester je vpisalo telesno težo in višino. Povprečno tehtajo 69 kg pri povprečni višini 165 cm. Indeks telesne mase znaša povprečno 26 in je nad normalno vrednostjo. Najnižja teža je 48 kg, največja 140 kg. Podatek o obsegu pasu je vpisalo 59 anketiranih. Je v razponu od 56 cm do 160 cm, povprečje je 84 cm.

24 % medicinskih sester kadi, 20 % jih je prenehalo, 56 % jih je nekadilk.

Drugi socialni kazalniki

58 % medicinskih sester je poročenih, 27 % jih živi v izven zakonski skupnosti, 4 % je razvezanih in 9 % jih je samskih. 32 % anketirank je ocenilo svoje spolno življenje kot zelo zadovoljivo, 30 % zadovoljivo in 28 % srednje zadovoljivo. 8 % ni zadovoljnih s svojim spolnim življenjem.

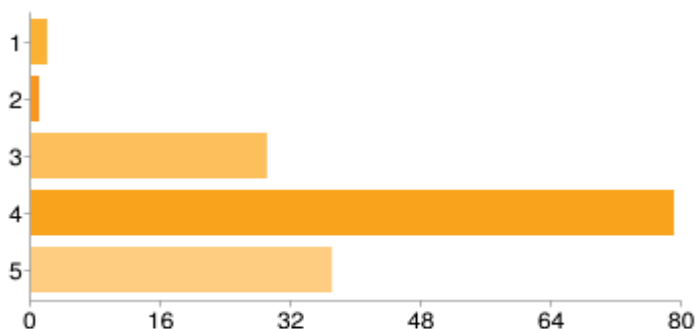
Medicinske sestre se navedle, da se v 35 % pogosto družijo s prijatelji, 63% pa občasno., enaki podatki so tudi za druženje s sorodniki. 68% anketiranih medicinskih sester se s sodelavci družijo izven delovnega časa občasno, 23% nikoli.



Graf št. 4: Stanovanjske razmere



Graf št. 4 prikazuje stanovanjske razmere medicinskih sester. Največ anketiranih medicinskih sester živi na deželi (40%), v hiši (50%) in z družino (46%). Zadovoljni so s svojim življenjskim standardom, 44 % ga je ocenilo s 4 in 42 % z oceno 3 na lestvici od 1 (zelo nezadovoljen) do 5 (zelo zadovoljen).



Graf št. 5: ocena osebne sreče na lestvici od 1 do 5

Anketirani so na lestvici od 1 (zelo nesrečna) do 5 (zelo srečna) označili stopnjo osebne sreče, kar prikazuje graf št. 5. 51% (79) anketirank se je opredelilo za oceno 4, 24% (37) pa za oceno 5.

5 Razprava

Medicinske sestre so v povprečju bolj zadovoljne z delovno situacijo, kot pa ostali zaposleni, kar je v današnjem ekonomsko nestabilnem obdobju razumljivo. Bolj so zadovoljne medicinske sestre z visoko izobrazbo in v starostni skupini od 41 do 50 let. Za dobro organizacijsko klimo so pomembni dobri medosebni odnosi, varnost zaposlitve in pripadnost kolektivu, najmanj pomembne so materialne dobrine in urnik dela. Pri oceni dejanskega stanja vrednot pa je pomembna varnost zaposlitve in pomagati drugim, med najslabše ocenjenimi kategorijami pa je ponovno zaslužek. Velik razkorak je med osebnim pomenom (98%) in dejansko situacijo (44%) na področju medsebojnih odnosov, ter možnost uresničevanja svojih sposobnosti (osebni pomen 91%, dejansko 33%). V primerjavi z raziskavo, ki so jo izvedle medicinske sestre Ljubljanskega društva pred 10 leti, ni razlike v zadovoljstvu in vrednotah delovnega mesta. Enaki rezultati so navedeni tudi v številnih raziskavah, izvedenih v slovenskih bolnišnicah na področju zdravstvene nege s področja medosebnih odnosov in pripadnosti. (Dobnik, Lorber 2011; Lorber, Skela Savič 2011). Avtorji navajajo potrebo po izboljšanju vodenja. Tako bi vodje v zdravstveni negi in v zdravstvenih ustanovah nasploh morale kontinuirano pridobivati znanja menedžmenta in sodobnega vodenja, z upoštevanjem generacijskega ozadja (Draškovič po Hammill, 2010). Obvladovanje različnih načinov komunikacije s predstavniki različnih generacij omogoča učinkovito komunikacijo, medsebojnih konfliktov pa je manj (Draškovič, 2010).

Delo medicinskih sester je fizično obremenjujoče, saj jih tretjina pogosto dviguje težja bremena in 40 % jih je v prisilni drži. Zaradi boljšega zaslužka in zaradi obvez do delodajalca delajo delo preko polnega delovnega časa. Posledično so izgorele, saj okoli polovica medicinskih sester poroča o telesni utrujenosti in prav toliko o bolečinah v hrbtenici in križu. Gibalna aktivnost ima pomemben vpliv na pojavnost bolečine v križu pri zdravstvenih delavcih, tako v prostem času (vsaj dvakrat tedensko aerobne kondicijske vaje in vaje za moč) kot na delovnem mestu (programi pravilne drže, dvigovanja in prenašanja pacientov) (Zurc, 2011). Dobra psihofizična kondicija na delovnem mestu pomeni večjo produktivnost zaposlenih, lažje spopadanje s stresom, manj odsotnosti z dela in pozitivno naravnani tim. Vodje morajo biti pozorni, če opazijo da so zaposleni pogosto na bolniški, da so premalo motivirani in produktivni, da tožijo za bolečinami v križu, hrbtenici, če imajo prekomerno telesno težo in kažejo znake kronične utrujenosti in izgorelosti. V takih primerih je potrebno povečati promocijo zdravega življenjskega sloga med zaposlenimi (Žinko, 2011).



Samopodoba je skupek pojmovanj in predstav o sebi. A. W. Pope (Strojin 2010) definira dobro samopodobo za tisto, ki vključuje realno mnenje o lastnih slabostih, ne pa pretirane kritičnosti do njih. Iz analize vprašalnika je razvidno, da se medicinske sestre še vedno najraje predstavljajo kot »sestra in ime«, torej tudi od drugih ne moremo zahtevati, da nas nazivajo s priimkom in imenom. Ta naziv je očitno zelo zakoreninjen, saj je v raziskavi »Medicinske sestre v Sloveniji« prav tako okoli polovica anketiranih navedla, da so »sestra in ime«. Polovica anketiranih je navedla, da so medicinske sestre zdravnikove pomočnice, 71 % jih meni, da ima delovne roke in samo dve tretjini jih meni, da so medicinske sestre strokovnjakinje. To nakazuje na marljivo medicinsko sestro z nizko poklicno samopodobo, kar morda še vedno izhaja iz zgodovine poklica medicinske sestre/sestre/negovalke. Med vrednotami, ki jih imajo medicinske sestre po anketi izstopajo odgovornost in zanesljivost, ne znamo pa uveljavljati svojih idej.

Pohvala je nagrada za dobro opravljeno delo in ima veliko vrednost. Kljub številnim izobraževanjem na področju menedžmenta in vodenja, nadrejeni še vedno težko izrekajo pohvalo, tudi sodelavci se med seboj le občasno pohvalimo. Medicinske sestre z dobro samopodobo se zanje pohvaliti same. Ker pa je poklicna samopodoba medicinskih sester nizka, tudi redko izrekanje pohval vpliva na počutje na delovnem mestu. Iz raziskave je razvidno, da najpogosteje pohvalijo medicinske sestre pacienti – uporabniki naših storitev, kar pa zagotovo pomeni veliko.

Medicinske sestre se zavedajo etičnih načel, o kršitvah pacientovih pravic veliko razmišljajo, vendar so veliko krat brez moči za ukrepanje, saj so v večini primerov kršitelji zdravniki in drugi nezdravstveni delavci. To kaže na hierarhijo odnosov in kaznovalno politiko, kjer ni možnosti govoriti o varnostnih zapletih in ukrepati v skladu s politiko varnosti in kakovosti.

Aktivni življenjski slog pomembno prispeva k splošni kakovosti življenja, saj ima redna športna dejavnost pomembno vlogo v okviru promocije zdravja, ker varuje zdravje v vseh starostnih skupinah (Berčič, 2002). V anketi so medicinske sestre navedle, da imajo premalo prostega časa, ki ga pogosto izkoristijo za aktivnosti, ki niso gibalne narave, le polovica jih je navedla, da se v prostem času ukvarjajo tudi s športno dejavnostjo. Od gibalnih aktivnosti imajo najrajši hojo in pohodništvo ter kolesarjenje. S športom se ukvarjajo povprečno enkrat tedensko po 40 minut. Po podatkih IVZ (Drev, 2010) za leto 2006, je v Sloveniji bilo okoli 35 % nedejavnih ljudi. V primerjavi s tem podatkom so medicinske sestre manj športno aktivne, pri obeh pa se večina ukvarja z nizko intenzivno vadbo – hojo. Medicinske sestre so navedle, da se po gibalnih aktivnostih psihično boljše počutijo. Po priporočilih športnih pedagogov in v programih zdravega življenjskega sloga, je potrebno vaditi vsaj 5 krat tedensko po 30 minut ali dnevno po najmanj 20 minut.

Poleg redne športne dejavnosti je pokazatelj zdravega življenjskega sloga zdravo prehranjevanje. Poleg dobrega počutja in razpoloženja zagotavlja tudi boljše zdravje, telesno sposobnost in storilnost. Le slaba polovica anketiranih zaužije zajtrk vsak dan, 8 % ne je zajtrka nikoli. Le dve tretjini anketiranih medicinskih sester uživa dnevno žitarice, sadje in zelenjavo. V Sloveniji se le 25 % odraslih ljudi prehranjuje pravilno in zdravo (Gregorič, 2010). Glede na število dnevnih obrokov je le malo medicinskih sester, ki bi vsak dan imele vse obroke, za kar je lahko vzrok tudi narava dela. Medicinske sestre kot nosilke zdravstvene vzgoje bi se morale ravnati po principih zdravega prehranjevanja, večina zdravstvenih ustanov ima zagotovljeno prehrano na delovnem mestu. 34 % Slovencev ima prekomerno telesno težo (Fajdiga Turk, 2010), podatke za medicinske sestre bo potrebno preanalizirati.

V Sloveniji je leta 2007 bilo okoli 25 % odraslih oseb kadilcev (Koprivnikar, 2010), enak delež jih je tudi med medicinskimi sestrami.

Ocena osebne sreče govori v prid medicinskim sestram. Ko smo, če smo srečni, smo zadovoljni in lažje premagujemo stresne situacije. Sreča je psihični vidik osebnega zadovoljstva. Večina medicinskih sester ima družino, zato je pomembno tudi usklajevanje poklicnega in družinskega življenja. Študije so pokazale, da delodajalci, ki podpirajo ukrepe za usklajevanje poklicnega in družinskega življenja, pridobijo na različnih področjih: zmanjšanje fluktuacije in bolniške odsotnosti, izboljšanje zadrževanja in pridobivanja kadrov, povečanje produktivnosti, motivacije, zadovoljstva in



predanosti (Knaflič, Nabergoj, Pahor, 2010). V slovenskem zdravstvenem sistemu je malo zavodov, ki bi bili družinam prijazna podjetja.

6 Zaključek

Ljudje v vsakdanjem življenju oblikujejo svoje vzorce vedenja, kar imenujemo življenjski slog. Prispeva k zdravju in posledično h kakovosti življenja.

Medicinske sestre kot pomembne zdravstvene delavke, moramo skrbeti za lasten zdrav način življenja, da ga bomo lahko promovirale ostalim članom skupnosti.

Iz raziskave je razvidno, da moramo več časa nameniti športnim udejstvovanjem in zdravemu načinu prehranjevanja. S tem bomo zmanjšali psihične obremenitve in utrujenost. Zaradi fizičnih obremenitev na delovnih mestih bi lahko uvedli razgibavanja za izboljšanje telesne drže in zmanjšanje bolečin v križu in hrbtenici.

Raziskava je še v teku.

Literatura

Bele J, Časar D, Tominc P. Nekateri vidiki družbene blaginje na področju zdravstvenega stanja ljudi. NG 2011; 57 (5 - 6): 40 - 51.

Berčič H. Gibalna/športna dejavnost v funkciji zdravja in kakovosti življenja prebivalcev Slovenije. Zdrav Var 2002; 41 (1 - 2): 3 - 11.

Dobnik M, Lorber M. Medosebni odnosi in pripadnost v zdravstveni negi. In: Skela Savič eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj, 4. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, 9.6.2011, Ljubljana, Visoka šola za zdravstveno nego 2011: 220 - 8.

Draškovič U. Medgeneracijska komunikacija. HRM magazin 2010; 8 (37): 16 - 9.

Drev A. Telesna dejavnost. In: Hočevar Grom A, Trdič J, Gabrijelčič Blenkuš M, eds. Zdravje v Sloveniji. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja RS 2010; Dostopno na: www.ivz.si (13. 5. 2010)

European Commission. Health programme 2008 - 2013. Dostopno na: <http://ec.europa.eu/health/index> (17. 5. 2010)

Fajdiga Turk V. Telesna teža. In: Hočevar Grom A, Trdič J, Gabrijelčič Blenkuš M, eds. Zdravje v Sloveniji. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja; 2010. Dostopno na: www.ivz.si (13. 5. 2010)

Gabrijelčič Blenkuš M, Lock K. Ocena vplivov na zdravje, zgodovinski okvir in osnove metodologij. Zdrav Var 2004; 43 (1): 83 - 87.

Gregorič M. Prehrana in prehranjevalne navade. In: Hočevar Grom A, Trdič J, Gabrijelčič Blenkuš M, eds. Zdravje v Sloveniji. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja; 2010. Dostopno na: www.ivz.si (13. 5. 2010)

Klemenc D. Uporaba kulturnih dobrin kot kazalec kakovosti življenja. In: Klemenc D, Pahor M. Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo: Medicinske sestre v Sloveniji, Ljubljana, 4.



december 2001. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2001: 166 - 81.

Klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa. Čili za delo. Dostopno na: <http://www.cilizadelo.si/default-10100.html> (16. 5. 2010)

Knaflič T, Svetina nabergoj A, Pahor M. Kaj podjetju prinašajo družini prijazni ukrepi. HRM magazin 2010; 8 (37): 62 - 7.

Koprivnikar H. Kajenje. In: Trdič J, Gabrijelčič Blenkuš M, Kofol Bric T, eds. Zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2010; 37 - 9. Dostopno na: www.ivz.si (13. 5. 2010)

Kvas A. Stališča medicinskih sester do izobraževanja. In: Klemenc D, Pahor M. Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo: Medicinske sestre v Sloveniji, Ljubljana, 4. december 2001. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2001: 84 - 95.

Lorber M, Skela Savič B. Komunikacija in reševanje konfliktov v zdravstveni negi. Obzor Zdrav Neg. 2011; 45 (4): 247 - 52.

Mrak Z. Samopodoba medicinskih sester. In: Klemenc D, Pahor M. Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo: Medicinske sestre v Sloveniji, Ljubljana, 4. december 2001. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2001: 66-83.

Planinšek I. Prosti čas medicinskih sester. In: Klemenc D, Pahor M. Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo: Medicinske sestre v Sloveniji, Ljubljana, 4. december 2001. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2001: 152 - 65.

Poskrbimo za svoje zdravje: zbornik prispevkov, Ajdovščina, 22. maj 2004 [Trampuž R, Kofol T., ur]. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2004.

Sima Đ, Eržen D. Gibalne aktivnosti medicinskih sester. In: Klemenc D, Pahor M. Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo: Medicinske sestre v Sloveniji, Ljubljana, 4. december 2001. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2001: 142 - 51.

Strojm M. Za kakovostno življenje lahko strimo kaj tudi sami. HRM magazin 2010; 8 (37): 28 - 31.

Šmitek J. Etika in etična razmišljanja v zdravstveni negi. In: Klemenc D, Pahor M. Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo: Medicinske sestre v Sloveniji, Ljubljana, 4. december 2001. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2001: 96 – 107.

Zupančič R. Zadovoljstvo medicinskih sester na delovnem mestu. In: Klemenc D, Pahor M. Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo: Medicinske sestre v Sloveniji, Ljubljana, 4. december 2001. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2001: 96 – 107.

Zurc J. Povezanost med gibalno aktivnostjo in pojavnostjo bolečine v križu na primeru zdravstvenega osebja: pregledna študija. In: Skela Savič eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj, 4. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, 9.6.2011, Ljubljana, Visoka šola za zdravstveno nego 2011: 351 - 60.

Žinko B. Dobra psihofizična kondicija na delovnem mestu. HRM magazin 2011; 9 (44): 86 - 9.

Živič Z. Medicinske sestre o zdravju, zdravstvenih navadah in zdravstveni službi. In: Klemenc D, Pahor M. Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo: Medicinske sestre v Sloveniji, Ljubljana, 4. december 2001. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2001: 130 - 141.





II. sklop: VPLIVI DELOVNEGA OKOLJA NA ZDRAVJE

Moderatorja: dr. Jadranka Stričević, Zvezdana Vražič



INTERAKTIVNA PROMOCIJA ZDRAVJA V PULMOLOGIJI

red. prof. dr. Zvone Balantič

Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede

Izvleček

Izhodišča: Okolja zdravstvenih organizacij so bila v preteklosti usmerjena v prepoznavanje bolezni in njeno zdravljenje, v današnji informacijski dobi pa se vse bolj kaže potreba po koncizni anamnezi in po znanju o samoobvladovanju bolezni. Z utemeljitvijo osnovnih izhodišč in ustreznih mehanizmov mreže promocije zdravja, lahko tudi v pulmologiji povečamo učinkovitost prepoznavne in nadzora pljučnih bolezni.

Metode: S pomočjo analitične metode smo proučili sled pacienta s prihodom v laboratorij, testiranjem v laboratoriju, diagnosticiranjem in zaključnim pogovorom z zdravnikom. Pri koncipiranju mehanizma promocije smo uporabili elemente sintetične metode in metode kompilacije ter oblikovali interaktivni model promocije zdravja v pulmologiji.

Rezultati: Preizkušen je interaktivni model promocije zdravja v pulmologiji s poudarkom na testiranju in diagnosticiranju pljučne funkcije. Ugotavljamo, da interaktivni pristop k testiranju pljučne funkcije, optimira verbalni opis postopka za vsaj 63%.

Diskusija in zaključki: Pozitivni učinki vključevanja regulacijskih zank v klinične postopke diagnosticiranja, lahko veliko doprinesejo k ustrezni pacientovi odzivnosti. Ovire lahko predstavljajo nerazumljivi in zahtevni interaktivni vmesniki. Rast razvoja produkta mora biti stalna in mora vključevati največjo mero dinamične odzivnosti.

Ključne besede: pulmologija, promocija zdravja, e-zdravje, multimedija

1 Uvod

Zdravje je človekova dobrina, ki ni dana sama po sebi in jo je zato potrebno negovati in vzdrževati. V medicini in farmaceutiki morajo subjekti vzpostaviti medsebojno zaupanje, saj se le tako lahko komunikacijski tokovi med njimi neovirano razvijajo. Zdravstvene organizacije so bile v preteklosti usmerjena predvsem v prepoznavanje bolezni in njeno zdravljenje. V krog načrtanih odnosov znotraj strokovne javnosti vstopa tudi splošna javnost. V sodobni praksi si želimo, da bi delo potekalo povezano in brez prekinitev, zato je potrebno poskrbeti za zaključen regulacijski krog, v katerega vključujemo vse prisotne subjekte. V mislih imamo osnovno informacijo, ki jo posreduje upravni sistem oz. zdravnik ali zdravstveno osebje v vlogi generatorja informacije.

Učinkovita informacija je namenjena objektu upravljanja oz. pacientu v sistemu zdravstvene oskrbe. Temeljna informacija torej potuje proti pacientu in je največkrat razpršena ali preveč zgoščena in časovno omejena. Na podobne težave naletimo tudi pri vzpostavljanju zanesljive povratne zveze, ki je nujna za uspešno merjenje odziva pacienta in pri obvladovanju postopka tekočega zdravljenja (Balantič, Fležar, 2004).



V regulacijskem krogu mora veljati zaupanje in prepričanje, da bodo vse povratne informacije korektno obdelane in vgrajene v izboljšane komunikacijske procese (Liaskos, Diomidus, 2002, Balantič Z, 2002, Balantič Z, 2005).

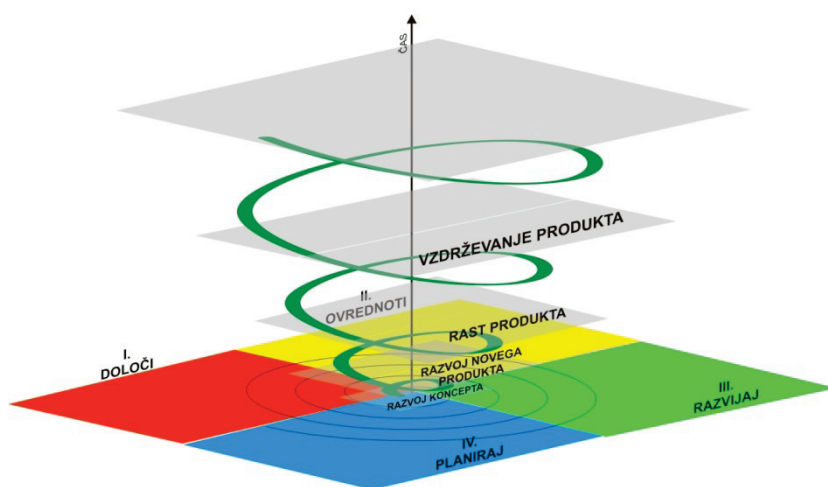
V današnji informacijski dobi se na eni strani vse bolj kaže potreba po jasni in zgoščeni anamnezi, na drugi strani pa potreba po znanju o samoobvladovanju bolezni. Svetovna zdravstvena organizacija je z Ottawsko listino za promocijo zdravja, l. 1986, utemeljila zametke mreže za promocijo zdravja (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986). Tej mreži se pridružujejo tudi nekatere slovenske zdravstvene ustanove (Farkaš, Lainščak, J., Šprajcar, D., Košnik, M., 2011). Z utemeljitvijo osnovnih izhodišč in ustreznih mehanizmov promocije zdravja lahko tudi v pulmologiji povečamo učinkovitost prepoznavne in nadzora pljučnih bolezni.

Pri promociji lahko uporabimo različne metode, od katerih se za zelo učinkovito izkaže t.i. U-učenje (Ubiquitous learning – u - learning), ki je učenje, prisotno vsepovsod in ob katerem koli času – vseprisotno učenje. Znanje torej lahko pridobimo kadarkoli, kjerkoli in kakorkoli. Pri tem mislimo na izkoriščanje pametnih naprav, ki uporabnikom ponujajo prave informacije ob pravem času in to na najbolj ustrezen način. U-učenje je sinteza e-učenja (e - learning; elektronsko učenje, e - training; elektronsko utrjevanje) m-učenja (mobile learning; mobilno učenje) c-učenja (classroom learning; učenje v učilnici) interaktivne TV in Web 2.0 (Wikipedija, blog...) in zagotavlja močan socialni naboj, ki nam nudi učenje prav v tistem trenutku, ko ga najbolj potrebujemo in smo zanj tudi najbolj dovzetni (Balantič, Z., Balantič, B., 2008).

Tehnična podpora, ki jo potrebujemo za izvedbo u-učenja v okolju zdravstvenih ustanov je raznolika in ponuja najbolj neposredno komunikacijo preko zaslonov, občutljivih na dotik (pametni telefoni, tablice, interaktivne table,...). Naš projekt vključuje sodelovanje pacientov v oblikovanju regulacijskega kroga promocije zdravja v pulmologiji. Pri interaktivni komunikaciji uporabimo uporabniku prilagojeno računalniško okolje.

Izsledki raziskav potrjujejo, da sodobna informacijska tehnologijalahko učinkovito pripomore k izboljšanju odzivnosti in natančnosti diagnosticiranja v regulacijskem krogu, kjer sodelujejo pacient in zdravnik ter zdravstveno osebje. Zaradi uporabniku zelo prijazne tehnologije zaslonov, občutljivih na dotik in človeku prijaznega grafičnega vmesnika, se v regulacijski krog lahko aktivno vključuje tudi starejša generacija pacientov.

Za aktualnost programske opreme je potreben stalni razvoj programske opreme (slika 1). Pri tem si lahko pomagamo s t.i. spiralnim modelom sestavljenim iz štirih polj (določi, ovrednoti, razvijaj in planiraj) in štirih nivojev (razvoj koncepta, razvoj novega produkta, rast produkta in vzdrževanje produkta) (Boehm, 1988, Balantič, 2006).



Slika 1: Značilna polja spiralnega modela.



2 Materiali in metode

Učinkovita promocija zdravja zahteva detajlno proučitev teoretičnih principov fiziologije delovanja različnih sistemov v človeškem telesu. V okolju Bolnišnice Golnik, Kliničnega oddelka za pljučne bolezni in alergijo, smo oblikovali in proučili vplive interaktivne promocije zdravja v pulmologiji (PDDS – Pregled delovanja dihalnega sistema). S pomočjo analitične metode smo preučili sled pacienta od trenutka prihoda v ambulantno, nadaljevanja poti v laboratorij, do testiranja v laboratoriju in diagnosticiranja ter zaključka obravnave s pogovorom pri zdravniku. Pri koncipiranju mehanizma promocije smo uporabili elemente sintetične metode in metode kompilacije ter oblikovali interaktivni model promocije zdravja v pulmologiji - PDDS.

2.1 Baza znanja v pulmologiji

Na podlagi predpostavljenega splošnega poznavanja delovanja pljuč (srednješolski nivo), smo postavili bazo, kamor smo vgradili osnovna vedenja o delovanju pljuč in jih usmerili v različne interdisciplinarno povezane smeri medicine, strojništva, elektrotehnike, računalništva, organizacije...

Uporabili smo izčrpno grafično predstavitev razvoja in sestave dihal, pretokov in volumnov, tlakov v dihalnem sistemu, mehanike dihanja, simulacije krivulj izdiha in hitrega dihanja. Predstavili smo vsestransko primerjavo med normalnim in patofiziološko spremenjenim dihanjem. Lotili smo se tudi posebne dimenzije predstavitve pljučne statike in dinamike iz povsem mehanskega zornega kota. V multimedijški predstavitvi najdemo tudi interaktivno oceno pljučne funkcije z metodologijo in z matematičnimi modeli.

2.2 Interaktivnost in e - komunikacija

Interaktivnost opredelimo kot stopnjo do katere informacijsko komunikacijska tehnologija (IKT) ustvarja posredovano okolje, ki uporabnikom omogoča medsebojno sinhrono in asinhrono komuniciranje in sodelovanje v recipročni izmenjavi sporočil (Kioussis, 2002).

Rafaeli (1988), pravi, da se sporočila glede na stopnjo interaktivnosti delijo na tri skupine:

- neinteraktivna sporočila, ki se ne nanašajo na vsebino prejšnjega;
- reaktivno sporočilo, ki se nanaša le na zadnje omenjeno sporočilo v nizu le-teh;
- interaktivno sporočilo, ki je vezano na številna predhodna sporočila in na odnose med njimi.

Interaktivnost omogočamo tudi v našem okolju – promociji zdravja v pulmologiji, kjer v procesu komuniciranja omogočamo aktivno udeležbo.

Sodobna komunikacija je načrtovana s hitrostjo pretoka informacije, vendar na koncu vsakega informacijskega sistema stoji človek, kateremu je določena informacija namenjena. Področje medicine nudi zelo razgibano bazo podatkov in znanj, ki jih je moč ponuditi strokovni in splošni javnosti. E-komunikacija omogoča aktivno in učinkovito učenje, zanesljivo dodaja vrednost učenju, razvija nove spretnosti, razbremenjuje udeležence in dviga kakovost naučenega. Vsebinska priprava e-komunikacijskih okolij mora biti primerno izbrana, saj le tako lahko nudi boljši učinek od klasičnega modela komunikacije. Poseben pomen ima tehnološka priprava e-gradiv. Standard uporabe IT je vse višji, zato sodobna tehnika e-predstavitve zajema tekstovno, slikovno, grafično in video obliko.



2.3 Priprava postopkov promocije zdravja v pulmologiji

PDDS zahteva ustrezen metodološki pristop. Tehniški del razvoja koncepta ter razvoja, rasti in vzdrževanja produkta, sledi spiralnemu modelu interaktivnega okolja. Posnetek realnega stanja delovanja laboratorija (Oddelek za respiratorno funkcijsko diagnostiko Bolnišnice Golnik – KOPA) je bil pripravljen z metodo razčlenitve vsakodnevnih kliničnih poti preiskovancev in postopka raziskave in testiranja pljučne funkcije. Vključili smo celotni nabor potrebnih preiskav.

Pri analizi smo sledili bolniku na njegovi poti:

- prihod v laboratorij,
- testiranje v laboratoriju,
- diagnosticiranje in
- pogovor pacienta z zdravnikom.

S pomočjo združevanja, smo omogočili, da iz samostojnih osnovnih elementov prosto sestavljamo celoto v smeri trenutnih interesnih ciljev. Interaktivnost se torej pokaže v proučevanju predhodnih sporočil in odzivnosti glede na odnose med njimi. Pri tem v komunikacijski krog vstopa komparativna metoda s primerjavo interaktivnega gradiva z izkušnjami iz realnega okolja laboratorija. Zaradi srečevanja z novimi pojmi in spoznanji, je potrebno izkoristiti tudi metodo deskripcije z opisi posameznih novih in že znanih pojmov.

Proučili smo tudi informacijo med bolnikom in laborantom, ki laboratorijsko testiranje tehnično izvaja.

2.4 Strukturna in programska zasnova

Meniji so smiselno razporejeni od začetnega opisa strukture dihalnega sistema do končnega opisa nenormalnega (patološkega) delovanja pri določenih boleznih pljuč. Profesionalno orodje Adobe Dreamweaver, omogoča izdelavo kompleksne interaktivne predstavitve, ki upošteva vse ergonomske značilnosti sodobnega elektronskega delovnega okolja (Balantič, 2010). Orodje nam omogoča zelena fleksibilnost znotraj programskega in uporabniškega delovnega okolja.

Multimedijska predstavitev dihalnega sistema (Balantič, Fležar, 2007) vodi bralca skozi poglavja, brez izgube rdeče niti prikaza zaporednih in navezujočih se dogodkov. Vsestranska predstavitev se brez zapletov dopolnjuje še s celovito video predstavitvijo.

Posebno poglavje nakazuje smeri najnovejših znanstvenih raziskav s področja pljučne dinamike. Matematična modulacija je namenjena zahtevnemu interaktivnemu uporabniku, ki v pljučih vidi podobnost z mehanskimi sistemi. Matematični modeli nastajajo kot plod dolgoletnega znanstvenega dela in vsi po vrsti poskušajo čim bolj verodostojno popisati delovanje pljuč na podlagi enostavno določljivih vhodnih parametrov (spol, starost, telesna višina...). S pomočjo matematičnih analiz lahko uporabnik nadgradi pridobljeno znanje o principih delovanja dihalnega sistema. Matematična modulacija je prvenstveno namenjena pomoči zdravnikom, študentom medicine in najbolj zainteresiranim laikom.



3 Rezultati

Pulmologija vsebuje veliko znanstvenih elementov, kar s pridom vključimo tudi v postopke raziskave in testiranja pljučne funkcije. Preizkušen je PDDS s poudarkom na testiranju in diagnosticiranju pljučne funkcije.

3.1 Oblikovanje interaktivnega okolja

Interaktivni model zajema podatke, pridobljene na izključno najvišji znanstveni osnovi, dokumentirani in dokazani v klinični praksi. Trditve in usmeritve temeljijo na najbolj kompleksnih teoretičnih raziskavah in na praktičnih aplikacijah. Portal z interaktivno promocijo omogoča pot do dodatnih možnosti razvoja znanja in interdisciplinarnih povezav z ostalimi raziskovalnimi področji. Ponuja materijo, ki jo potrebujejo oboleli, rizične skupine, šolajoča se mladina, zainteresirana javnost, študenti in profesorji.

Vsak e - bralec si lahko natančno ogleda svoje interesno področje in sestavlja bazo znanja, ki vodi do diagnosticiranja. Interaktivni del predstavlja fizikalni pregled delovanja dihalnega sistema z diagrami, slikami, shemami in razlagami. Osnovna naloga je čim bolj nazorno prikazati in razložiti določena dogajanja v dihalnih poteh med dihanjem in uporabniku informacije posredovati čim bolj verodostojni fizikalni pregled. Najzahtevnejši in najbolj poljudni del predstavljajo grafične in matematične simulacije delovanja dihalnega sistema. V tem delu so predstavljene zahtevne teoretične vsebine. V dihalnem sistemu sta tlak in volumen direktno povezana, zato je za pravilno razumevanje potrebno dobro poznati nujno vzajemno odvisnost in spreminjanje. Običajna grafična predstavitev je animirana, dinamične spremembe v dihalnem sistemu pa so predstavljene s simulacijo.

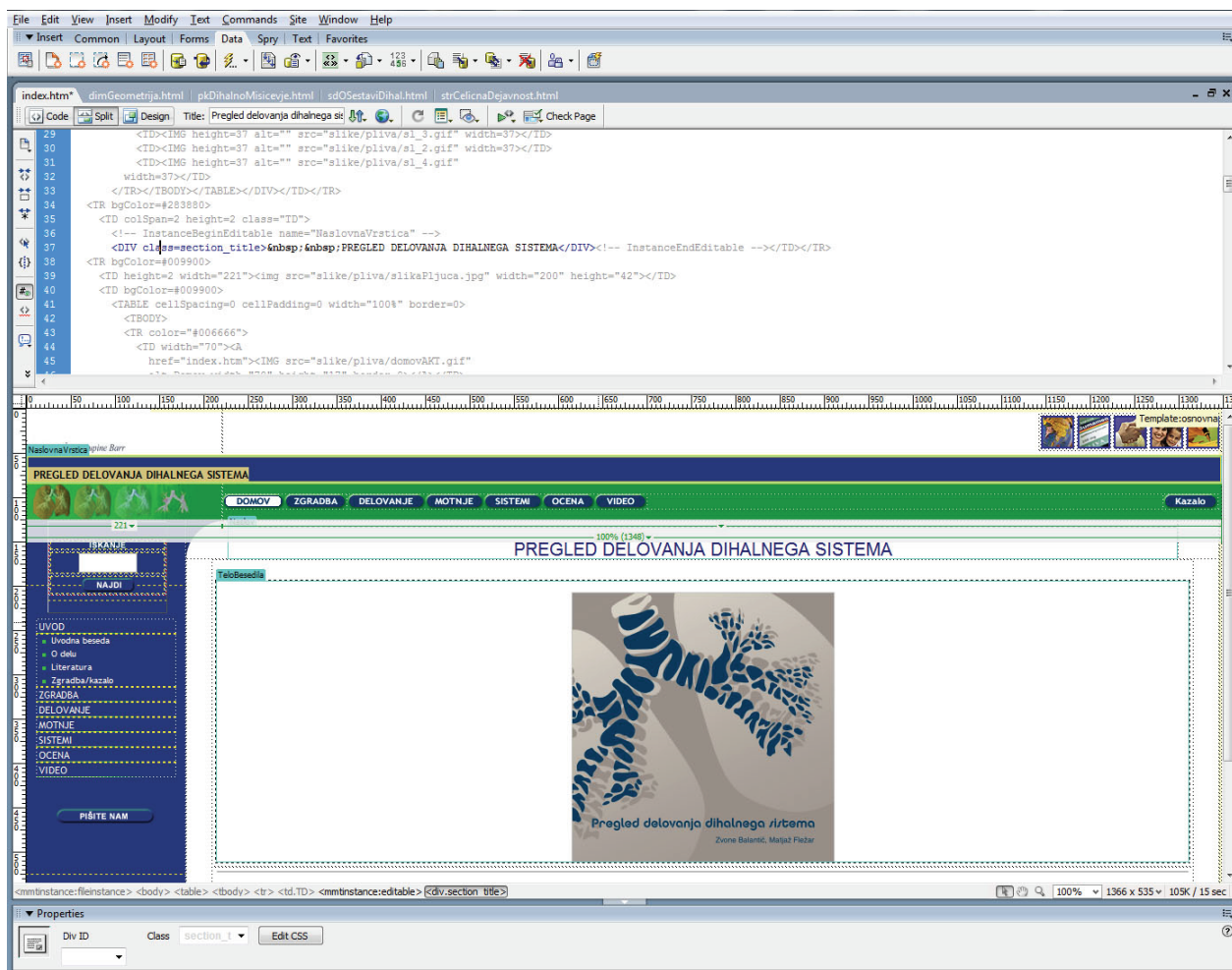
V okviru video predstavitve si lahko ogledamo več tematik, kot so splošna znanja o preiskavi pljučne funkcije, spirometrija, difuzijska kapaciteta pljuč, metaholinski test, pletizmografija, ergospirometrija, ostale raziskave in pogovor z zdravnikom.

Metodologija sestavljanja paketa znanja je odvisna od izbora poti skozi interaktivno e-predstavitev. Končni cilj je informirati bolnika o bolezni, in ga seznaniti s poteki preiskav.

Interaktivno okolje promocije je izdelano s pomočjo programskega orodja AdobeDreamweaver (slika 2), v okviru katerega lahko krmilimo animirane predstavitve pripravljene s programskima orodjema Flash MX in AdobePhotoshop. Interaktivne izračune pa krmilimo s pomočjo macro-jev znotraj MS Excela.

3.2 Testiranje interaktivnega okolja

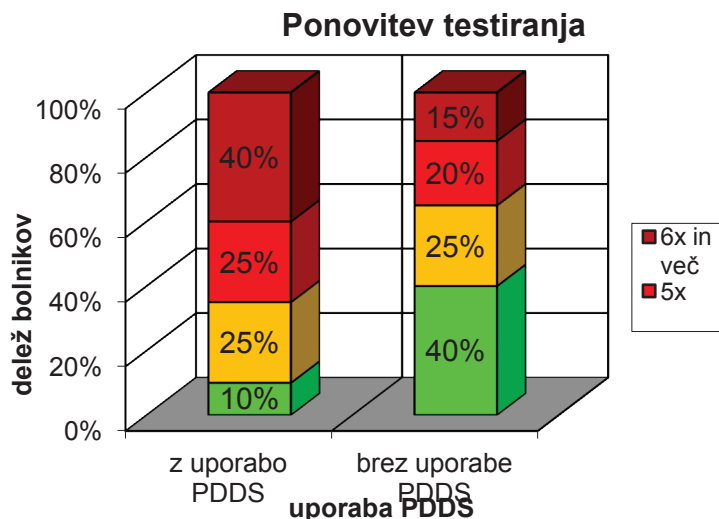
Raziskava je vključila dve skupini naključno izbranih bolnikov (vsaka po 20 bolnikov) od katerih je bila prva informirana o poteku preiskav in testiranju po klasični metodi, druga pa je uporabila interaktivno okolje promocije zdravja (Kuper, 2005). Rezultati testiranja pljučne funkcije jasno opredeljujejo naše predpostavke, da bolniki iz prve skupine (brez uporabe IKT) potrebujejo daljšo in bolj intenzivno pojasnjevanje dogodkov v zvezi s testiranjem pljučne funkcije. Pokaže se očitna razlika med skupinama. Skupina, kjer je bil uporabljen PDDS, je bilo potrebno verbalni opis postopka testiranja ponoviti povprečno 1,9 - krat, v skupini, kjer pa ni bil uporabljen MIP pa je bilo navodila potrebno ponoviti povprečno 3,1-krat. Ugotavljamo, da PDDS in predstavitev postopkov testiranja pljučne funkcije optimirata verbalni opis postopka za 63%.



Slika 2: Načrtovanje Interaktivnega okolja PDDS s pomočjo orodja Dreamweaver.

Protokol osnovnega testiranja pljučne funkcije sicer predvideva, da mora bolnik, zaradi relevantnosti rezultatov testiranja, test ponoviti najmanj 3 - krat. Kadar med testom nastopijo motnje je potrebno test ponoviti večkrat. Na sliki 3 lahko vidimo, da je v primeru brez uporabe PDDS samo 10% bolnikov test ponovilo le 3 - krat. 25% bolnikov je test ponovilo 4 - krat, 25% jih je test ponovilo 5 - krat in kar 40% jih je moralo test ponoviti od 6 - do 8 - krat.

Ob uporabi MIP pa vidimo, da je celo 40% bolnikom bilo potrebno le 3 - krat ponavljanje testa. 4 - kratno ponovitev testiranja je izvedlo 25% bolnikov, 20% bolnikom je bilo potrebni 5 - kratno ponavljanje, le 15% bolnikov pa je moralo testiranje ponavljati od 6 - do 8 - krat.



Slika 3: Prikaz ponovitve testiranja pljučne funkcije (spirometrija)
(Kuper, 2005, Balantič, Fležar, 2004).

4 Razprava

Uporabljen je princip spiralnega modela z namenom spodbujanja zdravja pacientov, spodbujanja konstruktivne soudeležbe zaposlenih, ergonomskih prilagajanj okolij zdravstvenih ustanov in z namenom spodbujanja družbene odgovornosti v zvezi z zdravjem ljudi. Pozitivni učinki vključevanja regulacijskih zank v klinične postopke diagnosticiranja, lahko veliko doprinesejo k ustrezni pacienti odzivnosti. Ovire lahko predstavljajo nerazumljivi in zahtevni interaktivni vmesniki. Rast razvoja interaktivnega produkta mora biti stalna in mora vključevati največjo mero interaktivnosti.

Pljučni bolnik v postopku diagnosticiranja obiskuje laboratorije, kjer lahko s svojimi usmerjenimi dejanji močno vpliva na lažji in enostavnejši potek preiskav. Običajna praksa podobnih laboratorijev je, da so bolniki neposredno pred preiskavo v roke dobili pisno gradivo o protokolu testiranja, ki pa je preveč zapleteno in nerazumljivo. Anketa med bolniki je interaktivno predstavitev ocenila mnogo bolje, kot zgolj pisno gradivo. Bolniki so bili še posebno zadovoljni s pojasnjevanjem protokola posameznih preiskav. Zahtevnejši bolniki pa so našli mnogo poglobljenih informacij, ki so jim približale še fizikalno ozadje njihovega problema.

V regulacijski krog zanesljive informacije je vključen tudi zdravnik in njegova želja je, da bi interaktivna multimedijaska predstavitev posredovala dovolj osnovnih informacij, ki bi omogočale večjo pretočnost pri posvetu z zdravnikom. PDDS bolnika usmeri h ključnim točkam predstavitve in tako bolnika natančneje pripravi na samo preiskavo.

Interaktivna multimedijaska priprava bolnikov na testiranje delovanja pljuč je bila predstavljena v realnem okolju laboratorija Oddelka za respiratorno funkcijsko diagnostiko Bolnišnice Golnik – KOPA. Med bolniki smo izvedli anketo, ki je poskušala potrditi naš prvotni namen – najti in potrditi točko najvišje izobraževalne motivacije pri pljučnem bolniku in mu v tem trenutku ponuditi jasno informacijo o pljučni bolezni in testiranju delovanja pljuč.



Ob neprimerno večjem zadovoljstvu bolnika smo uspeli še dodatno skrajšati čas za pripravo bolnika na preiskavo. Skrajšali smo čas in obseg pojasnjevanja preiskave bolniku, ki ga laborant nameni vsakemu posamezniku. Uspešnost sodelovanja med bolnikom in vsemi, ki sodelujejo pri preiskavi – so neprimerno boljši.

S takim načinom dela smo pridobili pri času, namenjenemu za preiskave in testiranja. Na tak način smo posegli v skrajševanje čakalnih vrst in tako ponudili bolj kakovostno zdravstveno uslugo. Dosegli smo namen praktične uporabnosti interaktivne predstavitve preiskave delovanja pljuč za katero pričakujemo, da bo zaživela v vsakdanji praksi na vseh mestih, kjer se to testiranje izvaja.

Poleg rentgena pljuč je osnovna preiskava ravno preiskava delovanja pljuč, tako, da je populacija bolnikov, ki prihajajo v stik s to preiskavo zelo velika. Segment potencialno vključenih ljudi obsega preiskovance od 5. do 80. leta starosti, ki skupaj z ljudmi, ki že imajo pljučno bolezen, v slovenskem prostoru zajema vsaj 200.000 oseb.

5 Zaključek

Interaktivno okolje PDDS postaja del Mreže za promocijo zdravja v slovenskem prostoru in pokriva splošna znanja o preiskavi pljučne funkcije, spirometriji, difuzijski kapaciteti pljuč, metaholinskem testu, pletizmografiji, ergospirometriji in o fiziologiji razvoja in delovanja dihalnega sistema pri človeku. Bolniki so bili še posebno zadovoljni s pojasnjevanjem protokola posameznih preiskav. Zahtevnejši bolniki pa so našli mnogo poglobljenih informacij, ki so jim približale še fizikalno ozadje njihovega problema. PDDS zadosti tudi zdravnikovi želji, da bi interaktivna multimedijaska predstavitev posredovala dovolj osnovnih informacij, ki bi omogočale večjo pretočnost pri posvetu z zdravnikom. Interaktivna promocija ustvarja pogoje za sodelovanje z zdravniki na višjem komunikacijskem nivoju. Ob neprimerno večjem zadovoljstvu bolnika smo uspeli še dodatno skrajšati čas za pripravo bolnika na preiskavo in obseg pojasnjevanja preiskave bolniku, ki ga laborant nameni vsakemu posamezniku. Na tak način smo posegli v skrajševanje čakalnih vrst in ponudili bolj kakovostno zdravstveno uslugo.



Literatura

Balantič Z. The man - work – efficiency electronic publication and multimedia supported study, Current trends in commodity science, Poznan, 2002.

Balantič Z, Fležar M. Pregled delovanja dihalnega sistema, [elektronski vir], Moderna organizacija, Kranj, 2004.

Balantič Z. The Analysis of Virtual Medical Events with Synergetic influences on the Patients, Synergy of Methodologies, 24th International Conference on Organizational Science Development Slovenia, Portoroz, 2005.

Balantič Z, Fležar M. Razvoj in delovanje dihalnega sistema, Pliva International, Ljubljana (<http://www.pliva.si/dihalnisisitem/>), 2007.

Balantič Z, Balantič B. »U« izobraževanje: odmev iz »E« in »M« okolja, Znanje za trajnostni razvoj / 27. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti, Kranj, Moderna organizacija. 2008: 139 - 147.

Balantič Z. Integration of ergonomics into business, 29th International Conference on Organizational Science Development, 24 - 26 March 2010, Portorož, Slovenia. Kranj, Moderna organizacija. 2010: 1 - 11.

Boehm B. V. A Spiral Model of Software Development an Enhancement, IEEE Computer 21, 1988.

Farkaš Lainščak J, Šprajcar D, Košnik M. Klinika Golnik postala članica Mednarodne mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah, ISIS, maj 2011, Ljubljana, 2011.

Kiousis S. Interactivity: a concept explication, New Media & Society 4 (3): 355 - 83, 2002.

Liaskos J, Diomidus M. Multimediatechnologies in education, Stud HealthTechnolInform. 2002; 65: 359 - 72.

Kuper I. Motiviranje bolnikov pri testiranju delovanja pljuč v bolnišnici Golnik, diplomsko delo, Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, 2005.

Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization, 1986. Dosegljivo na: URL: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf. Zadnji dostop: 27.3. 2011.



POMEN INTERGRATIVNE MEDICINE V SODOBNI ORGANIZACIJI ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Prim. prof. dr. Zmago Turk, dr. med., višji svetnik
Univerzitetni klinični center Maribor

Viš. predav. dr. Jadranka Stričević, univ. dipl. org.,
Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

Viš. predav. dr. Dušan Čelan, dr. med.,
Univerzitetni klinični center Maribor, IFRM

Izvleček

Avtorji razlagajo pomen integrativne medicine, ki združuje konvencionalno medicino z nekonvencionalnimi oblikami zdravljenja. Ugotavljajo, da se polovica človeštva v Evropi in Ameriki zdravi z nekonvencionalnimi - alternativnimi oblikami zdravljenja, brez medicinske in davčne kontrole. Nekatere alternativne oblike kot so akupunktura, manualna medicina, fitoterapija, BodyMinde medicine se uvajajo v konvencionalne oblike zdravljenja in preverjajo s sodobnimi analizami, predvsem neškodljivosti. Medicinska sestra mora biti izobražena in seznanjena z metodami komplementarnega in alternativnega zdravljenja, ki ga uporabljajo pacienti, da bi znala pravilno usmeriti pacienta v sistem zdravstvenega varstva. Ob zaključku avtorji poudarjajo, da je integrativna medicina sodobna oblika organizacije zdravstvenega varstva, saj vključuje vse oblike zdravljenja, s katerimi se danes ukvarjajo po svetu.

Ključne besede: integrativna medicina, alternativne oblike zdravljenja

1 Uvod

Vsaka bolezen je individualni proces, ki zadene celega človeka – telo, psiho in dušo. Zato je tudi terapija in nega individualna, tako po dolžini, intenziteti in moči. Sodobna šolska medicina – ortodoksna medicina je v zadnjih stoletjih educirala terapevte predvsem v somatskem smislu diagnostike in terapije bolezenskega stanja. Zanimaril se je psihosomatski status bolnika v različnih obdobjih zdravljenja. Iz tega razloga se po svetu skoraj polovica prebivalcev zdravi z alternativnimi metodami zdravljenja, ki pa niso strokovno in poslovno vodene in kontrolirane. Razlog za pobeg polovice bolnikov v alternativne ambulate je najti v depersonifikaciji, kemikalizaciji in administraciji organizacije zdravstvenega varstva. Bolniki izgubljajo svojo osebnost, postajajo sužnji farmacevtske industrije ter slabe organizacije zdravstvenega sistema. Dolge čakalne dobe prisilijo ljudi, da iščejo pomoč tam, kjer se jim nudi takoj, prijazno, čeprav strokovno vprašljivo. Nekatere oblike alternativne medicine, kot so akupunktura, manualna medicina, fitoterapija in nenazadnje tudi homeopatija, preživljajo strogo preverjanje sodobnega znanstvenega preizkušanja in se počasi uvajajo v terapevtske programe sodobnega zdravstvenega varstva. V to integriranost se absolutno vključuje spremenjena zdravstvena nega, ki ni več zgolj telesna oskrba človeških potreb bolnika v času bolezni, pač pa medicinska sestra s svojo visoko izobrazbo, visoko moralno in etičnostjo pristopi integrirano, skupaj z zdravniki v proces zdravljenja, tako v kurativnem kot v preventivnem smislu. Organizacija referenčnih ambulant, ki jih vodijo zato izobražene medicinske sestre je prvi korak k integriranosti zdravstvene nege in medicinske sestre v organizirano skupnost, kjer prevzemajo medicinske sestre tudi odgovornost za terapevtske programe, kar doslej ni bilo mogoče. Psihosocialni model oskrbe bolnika, posebej pa še starostnika, je model, ki v integriranosti celostne medicine predstavlja edini



možni izhod za boljše, sodobnejšo in strokovnejšo organizacijo zdravstvenega varstva. Skoraj tretjina prebivalstva po svetu, predvsem v Evropi in Ameriki je prekoračila 65. leto in v okviru starostnih sprememb doživlja tako fizične kot tudi psihične spremembe. Le - te povzročajo tudi karakterne spremembe, ki vise verza vplivajo na dodatno somatsko iztirjenost bolnika. Kronične degenerativne spremembe, ki so bile doslej večinoma podložne medikamentom in fizikalni terapiji doživljajo v celostni medicini psihosomatsko oskrbo, v kateri je diplomirana medicinska sestra pomemben in pogosto odločujoč član tima.

2 Razprava

Svetovni zdravstveni sistem se poslužuje različnih oblik organizacije zdravljenja svojih prebivalcev, in sicer kot:

- šolska medicina
- alternativna medicina

Klasična – sinonimi: ortodoksna medicina, znanstvena medicina, šolska medicina, konvencionalna medicina, so nazivi za sprejet sistem zdravljenja v naši državi. Gre za medicino, katero se uči, predava in prakticira na medicinskih šolah na vseh nivojih zdravstvenega sistema. Ta medicina je etablišana praktično po celi Evropi in predstavlja bazični sistem varstva prebivalcev. Znotraj tega bazičnega sistema se pojavljajo metode tradicionalne medicine, ki so stare tisočletja. Gre za pomnike starih metod zdravljenja skozi preteklo obdobje, ko so si prebivalci na tradicionalni način, predvsem z uporabo naravnih faktorjev, kot so zelišča, voda, blato, toplota in drugo, pomagali olajšati bolečino in poskušali preprečiti bolezni. Še vedno pa se veliki del sveta (kar nekaj milijard) zdravi z metodami tradicionalne kitajske in drugimi vzhodnoazijskimi metodami zdravljenja. Te metode so stare kar nekaj tisočletij in še vedno dominirajo v azijskih deželah. Najbolj predstavljena in analizirana je akupunktura v vseh svojih oblikah in metodah. Zeliščarstvo (herb medicine) je tradicionalna in konvencionalna metoda v vzhodni Aziji, predvsem na podeželju. Posebne oblike meditacij, kot so Tai-či , či-gong in druge oblike, še vedno dominirajo v nekaterih pokrajinah azijskega področja.

Drugi sistem je alternativna medicina. Danes definiramo alternativno medicine kot dejavnost, ki določa nekatere aktivnosti, ki so vezane na človeško zdravje in niso uradno priznane. Uporabljamo tudi nazive: komplementarna, nekonvencionalna, naravna ali dopolnilna medicina. To so sinonimi za oblike zdravljenja, ki jih večina zdravstvenih sistemov v Evropi ne prizna, vendar obstaja dejstvo, da se okoli 40 % vseh ljudi v Evropi zdravi z metodami mimo uradnega zdravstvenega sistema. Zmanjšanje bolečine in preprečitev nastanka bolečine dominira v teh oblikah zdravljenja.

Ortodoksna medicina v Evropi v zadnjih desetletjih doživlja določeno »krizo«, tako v organizaciji, kakor v metodah samih. Vzroke za nastajanje krize zaupanja vidim v depersonizaciji bolnika, kemikalizaciji medicine, instrumentalizaciji sodobnega pristopa medicinske anamneze in slabe organizacije zdravstvenega sistema.

Bolnik postaja vedno bolj številka nekega določenega zdravstvenega postopka, v katerem prevladujejo agresivna zdravila, agresivni kirurški in diagnostični posegi in izredno visoki stroški zdravstvenega sistema. Zaradi vsega gornjega bolniki intuitivno bežijo v roke alternativcev, ki izkoriščajo njihovo stisko, pogosto zaradi svojih materialnih koristi in absolutne nekritičnosti in neodgovornosti za svoje postopke. Pri tem pogosto zamudijo pravočasno obliko zdravljenja za svoje težave in izgubijo možnost sanacije.



Alternativno medicine delimo danes na štiri osnovne veje:

tradicionalno medicino, nekonvencionalne oblike zdravljenja, šarlatanstvo in mazaštvo.

V tradicionalno medicine prištevamo predvsem:

- fitoterapijo (zeliščarstvo), kjer s pomočjo nabiranja, predelovanja in priprave poskušamo iz naravnih zelišč pridobiti substance, ki nam pomagajo pri zdravljenju bolezni. Sem prištevamo tudi nekatere oblike hidroterapije (obloge, tuši, kopeli) in peloidoterapije (fango, zemeljske obloge). Gre za koristne metode, ki v analitičnem prostoru nimajo znanstvene podlage, vendar so med ljudmi dobrodošle in jih uporabljajo.

Nekonvencionalne oblike zdravljenja so tiste, ki imajo visoko uporabno vrednost med ljudmi, vendar niso prenesle znanstvenega testiranja, ki je potrebno za sodobno metodo v zdravstvu. Sem prištevamo predvsem akupunkturo, manualno medicino, homeopatijo, klimatoterapijo in druge sorodne metode. Metode počasi pridobivajo znanstvene podlage in se priključujejo konvencionalnim oblikam zdravljenja. Predvsem sta to dosegli akupunktura, ki je na nekaterih področjih, predvsem v protibolečinskem zdravljenju, prenesla znanstvene preizkuse in postaja del sodobnega zdravstvenega terapevtskega pristopa in manualna medicina.

Zaradi vsega zgoraj navedenega so strokovnjaki v Berlinu, posebej iz berlinske univerze Charité, Stanforda iz Anglije, Harvarda iz Amerike, karolinske univerze iz Švedske, postavili posebno shemo, ki so jo imenovali integrativna medicina. Le-ta predvideva združitev ortodoksne šolske medicine s komplementarno in tako imenovano BodyMind medicine, ki bi jo lahko fakultativno prevedli kot holistično medicino, to je integrirano enoto, ki bi združevala, razvijala in preverjala metode, ki se uporabljajo za zdravljenje ljudi. Kljub ugotovitvam, da so medicinski sistemi in zavarovanja v zahodnem svetu pogosto pomanjkljivi in povzročajo pri bolnikih nezaupanje, nezadovoljstvo, neangažiranost, stoje trdno na stališču, da je osnova zdravstvenega sistema znanje in učenje, ki se pridobi na verificiranih medicinskih šolah (Lazarou, et al., 1998).

Tako imenovano konvencionalno in komplementarno medicino, ki jo želijo priključiti v sistem delijo na tradicionalno medicino, nekonvencionalne oblike zdravljenja, alternativne tretmane in na šarlatanstvo oz. mazaštvo. Nekatere države pa komplementarno medicino dalje delijo na manipulativne in telesne metode, holistično ali BodyMind medicine – biološko osnovane metode. Ponekod k temu prištejejo še energetsko terapijo, prevzeto predvsem iz vzhodnjaških zdravstvenih sistemov. Nekonvencionalne oblike zdravljenja so na nekaterih področjih zelo blizu znanstvenih analiz oz. izpolnitve pogojev, ki jih zahteva šolska medicina za priznanje kot obliko zdravstvene metode zdravljenja. Izpostavljene so bile sodobnim testiranjem, ki jih uporablja zahodna medicina, znanstvenim raziskavam, dvojno slepim poskusom, predvsem pa meta analizam, s katerimi so ugotavljali koristnost, predvsem pa neškodljivost metod, ki so se uporabljale (Dobos et al., 2006).

Posebej je tukaj napredovala akupunktura, ki jo je Svetovna zdravstvena organizacija že leta 1976 priznala kot zdravstveno storitev, kot protibolečinska terapija in pri 49-tih različnih boleznih psihosomatskega značaja (Brinkhaus et al., 2006).



3 Zaključek

Za razvoj takšne integrativne celostne oskrbe bolnika je nujno educirati ves medicinski kader, tako zdravnike, medicinske sestre, fizioterapevte in druge strokovnjake, ki bodo prispevali v integrirani model zdravstvene oskrbe. Potrebno je formirati magistrsko in podiplomsko edukacijo za medicinske sestre, ki bo z novim znanjem pridobila možnost odločanja in sprejemala tudi odgovornost za svoje odločitve. Tako izobražena medicinska sestra bo končno dobila tisti pomen, ki ji gre skozi polpreteklo zgodovino, vendar je bil iz različnih razlogov zapostavljen. Integrativna predstavlja idealno možnost vključitve nekonvencionalnih oblik v šolsko medicino, kjer bodo preverjene njene metode s sodobnimi testi kvalitete, neškodljivosti – Evidence base medicine in selektivno uvajanje v zdravstveni sistem, kjer bodo kontrolirane tako strokovno kakor davčno. Potrebno bo uvesti postdiplomske študije in ustvarjati celovitost, predvsem v korist pacientom.

Literatura

Allensbach Poll (Umfrage): Integrative Medizin und Traditionelle Chinesische Medizin – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage zur Bekanntheit und Bedeutung. Allensbach: Institut für Demoskopie, August 2005.

Brinkhaus B, Witt C, Jena S, Linde K, Streng A, Wagenpfeil S, et al. Acupuncture in patients with chronic low back pain – a randomised trial (ART low back pain). Arch Int Med 2006; 166: 450 - 7.

Brinkhaus B, Teut M, Matthiesen PG, Michalsen A, Heimpel H, et al. Fallcongress of integrative medicine – model for the future. Dtsch Med Wochenschr 2009; 134 (5): 207 - 8.

Dobos G, Deuse U, Michalsen A. Chronische Erkrankung ein integrativ – Konventionelle und komplementäre Therapie. München: Urban & Fischer; Elsevier; 2006.

Lazarou J, Pomeranz BH, Corey NP. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta – analysis of prospective studies. J Am Med Assoc 1998; 275 (15): 1200 - 5.

Rakel D, Well A. Philosophy of Integrative Medicine. In: Rakel DP, editor. Integrative Medicine, 2nd. Churchill Livingstone: Saunders; 2007 (5).

Witt C, Brinkhaus K, Jena S, Linde K, Streng A, Wagenpfeil S, et al. Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee – a randomised trial. Lancet 2005; 366: 136 - 43.



PRISILNA DRŽA, TVEGANJE POVEZANO Z AKTIVNOSTMI ZDRAVSTVENE NEGE

Viš. predav. dr. Jadranka Stričević, univ. dipl. org.,
Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

Prim. prof. dr. Zmago Turk, dr. med., višji svetnik
Univerzitetni klinični center Maribor, IFRM

Viš. predav. dr. Dušan Čelan, dr. med.,
Univerzitetni klinični center Maribor, IFRM

Izvleček

Kostno mišična obolenja, ki so povezana z delom, so resna težava zaposlenih v zdravstvu, predvsem zaposlenih v zdravstveni negi. Glavna skrb so okvare hrbtenice in poškodbe ramen, saj sta tako obe vrsti poškodb precej izčrpavajoči. Izkazalo se je, da je poklic medicinske sestre eden izmed tistih z najvišjim tveganjem za pojav bolečin v hrbtenici. Poglavitni razlog za kostno - mišična obolenja so opravila, povezana z ravnanjem s pacienti, kot so dvigovanje, premeščanje in prestavljanje pacientov.

Članek vsebuje priporočila, ki bodo zaposlenim v zdravstveni negi pomagala zmanjšati število ter resnost kostno - mišičnih obolenj zaradi premeščanja pacientov. Z uvajanjem pravih metod dvigovanja in prenašanja lahko dosežemo precejšen uspeh pri zmanjševanju števila primerov poklicnih poškodb ter z njimi povezanih stroškov nadomestil delavcem.

1 Uvod

Gibanja zdravstvenega absentizma v Sloveniji kažejo na nujnost takojšnjega ukrepanja za njegovo obvladovanje. Navedeni pojav ima namreč široke gospodarske dimenzije, ki se kažejo tako v izdatkih za izplačila nadomestil, kakor tudi v nižji stopnji produktivnosti. Na drugi strani pa se je za uspešno obvladovanje tega problema potrebno zavedati, da gre za izjemno občutljiv pojav, ki ima direkten ali indirekten vpliv na različna področja socialne varnosti. Poseganje na področje zdravstvenega absentizma predstavlja tudi poseganje na področje pravic, ki jih ljudje razumejo in uvrščajo med tako imenovane pridobljene pravice, kar zahteva še večjo pozornost in kaže na izjemno občutljivost in zato terja temeljit razmislek pri izbiri ustreznega pristopa.

Ob upoštevanju kompleksnosti, obsega, gibanja in občutljivosti zdravstvenega absentizma je zato razumljivo, da bi bilo za njegovo obvladovanje potrebno v Sloveniji sprejeti jasno strategijo na podlagi katere bi bile znotraj države natančno opredeljene naloge in pristojnosti države, delodajalcev, delavcev, socialnih partnerjev, izvajalcev zdravstvene dejavnosti, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in drugih.

Akutne in kronične bolezni mišično – kostnega sistema (v nadaljevanju MKS) nastanejo zaradi več vzrokov. Na njihov nastanek in razvoj vplivajo genetski dejavniki, starost, fizikalni ter psihosocialni dejavniki delovnega in življenjskega okolja. Pri pretežnem vplivu fizikalnih ter psihosocialnih dejavnikov delovnega okolja v svetu najpogosteje govorijo o boleznih povezanih z delom, redkeje pa o sumih na poklicno bolezen oziroma o poklicnih boleznih.



Zdravstvena nega je fizično naporna dejavnost in zaposleni v zdravstveni negi imajo več mišično - skeletnih obolenj kot druge poklicne skupine. Ravnanje s pacienti in pridružene aktivnosti se danes ocenjujejo kot primarni faktor vpliva na pojav bolečine v ledvenem delu hrbtenice pri zaposlenih v zdravstveni negi.

V kolikor obstajajo v negovalnem timu negativne posledice opravljanja dela, bi morali sprejeti potrebne ukrepe za ublažitev negativnih posledic. Četudi je v zdravstveni negi veliko potencialno obremenjujočih opravil, raziskovalci v zadnjem času posvečajo pozornost predvsem temam, kot so zahteve, nadzor, ergonomske rešitve, nagrajevanje in podpora zaposlenim (Kawachi et al., 2000). Naloge aktivnega zdravstvenega varstva zaposlenih v zdravstvu potekajo na več ravneh in se stopenjsko nadgrajujejo skozi humanizacijo in oblikovanje dela ter analizo in zdravstveno oceno opravil v zdravstveni negi. Spremljanje in obravnavanje zdravstvenega stanja na osnovi preventivnih pregledov ter analize strukture, ravni in dinamike kazalcev negativnega zdravja delavcev, kaže na problem zaposlenih v negovalnem timu v bolnišnici.

Poznavanje vrste in stopnje obremenitev, škodljivosti pri delu in stopnje obremenjenosti v celoti ter posameznih organskih sistemov zahteva dobro poznavanje kompetenc ter razmejitev del in nalog v zdravstveni negi. V medicini dela je analiza in zdravstvena ocena delovnega mesta pomemben zdravstveni vidik. Analiza delovnega mesta je diagnostična metoda, s katero ugotavljamo, kaj zdravstveni delavec dela (naloge in opravila), v kakšnih delovnih razmerah, s kakšnimi delovnimi sredstvi in kako dela. Preučuje se, kakšne so vrste in stopnje obremenitev, kakšna je obremenjenost posameznih organskih sistemov, katere telesne in duševne lastnosti in zmogljivosti so potrebne. Ugotavlja se tudi, kakšna je stopnja zdravstvene ogroženosti in tveganja za poškodbe pri delu. Analiza delovnega mesta je diagnostični postopek. Nefiziološke delovne razmere se pojavijo povsod, kjer je slaba organizacija dela in delovnega časa. Ritem in intenzivnost dela lahko privedeta do fizičnih in statičnih obremenitev ter preobremenjenosti posameznih organskih sistemov in organov (Bilban, 2005).

Zaradi vsakdanjih delovnih opravil zaposlenih v zdravstveni negi prihaja do različnih dinamičnih kvantitativnih ergonomskih obremenitev pri premeščanju in zdravstveni negi pacienta ter do statičnih obremenitev pri delu z računalnikom. Znanost o delu oz. ergonomija je usmerjena na povezavo med fizikalno energijo delavca, njegovo utrujenostjo in učinkovitostjo (Balantič, 2000). Poškodbe in spremembe na vratnem in ledvenem delu hrbtenice so posledica neusklajenosti med zahtevami obremenitve organizma in možnost organizma, da na te zahteve odgovori (Muftić, 2006).

Poznavanje in izvajanje pravilne tehnike ročnega dvigovanja bremen je za negovalno osebje koristno, vendar eksperimentalne raziskave niso potrdile dolgoročnega učinka za razbremenitev hrbtenice (Nelson et al., 2003a). Engkvist (2004) poudarja, da se negovalno osebje lahko izogne ročnemu premeščanju pacientov samo z uporabo ergonomsko tehničnih pripomočkov. Vpeljava programov z uporabo ergonomskih načel za zmanjšanje biomehaničnih obremenitev pri delu mora postati razumljiv in stroškovno ugoden organizacijski proces (Zalk, 2001).

Strategija za določanje delovnih obremenitev pogosto temelji na opazovanju telesnih leg človeka in oceni sil, ki so potrebne za premagovanje bremen (Jafry, 2000). Na podlagi opazovanja je možno analizirati koliko časa se človek pri delu nahaja v neugodnih telesnih položajih in s kakšnimi bremenimi je soočen. Metode opazovanja telesnih leg se ločijo na manualne in elektronske. Prednost elektronske meritve pred manualno predstavlja njena natančnost, slabost pa nezmožnost kontinuiranega opazovanja zaradi tehničnih, arhitektonskih in etičnih ovir (Kilbom, 1994). Standardizacija predstavlja zadnji člen v postopku organizacijskih in delovnih izboljšav oz. sprememb. Z oblikovanim standardom se trajno določi postopek dela, ki se mora zakonsko upoštevati (Josiah, 2000). Pri delu negovalnega osebja imajo standardi zelo velik pomen, ker so vse negovalne intervencije v zdravstveni negi standardizirane in tudi uporaba ergonomsko tehničnih pripomočkov mora biti standardizirana. Standardi v zdravstveni negi temeljijo na priporočilih mednarodne organizacije za standardizacijo in nacionalne organizacije za standardizacijo, podrobnosti standarda pa so prepuščene vsaki organizaciji posebej (Bilban, 2005). Ta »navidezna svoboda« v zdravstveni negi zaenkrat prinaša v



večji meri stagnacijo kot napredek pri humanizaciji delovnega okolja.

2 Problematika obolenja hrbtenice pri negovalnem osebju

Zdravstveni delavci so že dalj časa identificirani kot rizična skupina delavcev za poškodbe hrbtenice (Engkvist, 2004;). Delo v zdravstveni negi zahteva nenehno fleksijo in ekstenzijo telesa ter dvigovanje bremen (Goldman et al., 2000;). Aktivnosti, ki so povezane z dvigovanjem oz. premeščanjem pacientov predstavljajo za negovalno osebje največjo fizično obremenitev in so po njihovem mnenju najpogostejše povezane s poškodbami (Stričević et al., 2006).

Pri nenadni povečani sili na telo človeka pogosto prihaja do bolečine v hrbtenici, pretegovanja mišic in tudi do poškodbe hrbtenice (Engkvist et al., 2004). Običajno so težave s hrbtenico akutne, kratkotrajne narave, vendar lahko s časom postanejo kronične, še posebej, če se ne upošteva preventiva. Raziskave biomehaničnih obremenitev in človeškega napora v obliki sil so izpostavile aktivnosti v zdravstveni negi, kot so dvigovanje in obračanje pacienta na postelji, premeščanje pacienta s postelje na nosila ali invalidski voziček, z vozička na stranišče in obratno, ki vsebujejo veliko tveganje za pojav bolečine ali poškodbe hrbtenice (Owen et al., 2000/2001). Leta 1981 je ameriški nacionalni inštitut za varnost pri delu in zdravje priporočil zgornjo kompresijsko silo na hrbtenico v višini 3400 N pri ročnem dvigovanju bremen (Nelson, 2003b). Študija kompresijskih sil na hrbtenico pri ročnem dvigovanju (Zhuang et al., 2000) je pokazala, da obremenitev hrbtenice pri obračanju in dvigovanju pacienta v sedeč položaj v povprečju presega priporočene limite, še posebej ko obravnavamo paciente z visoko telesno težo. Tudi študija različnih ročnih dvižnih tehnik pri sodelovanju dveh oseb, kjer je pacient težji od 75 kg, je pokazala kompresijske sile nad 3400 N (Winkelmolen et al., 1994).

Veliko število raziskav potrjuje, da so mišično-skeletne bolezni posledica izpostavljenosti mehanskim dejavnikom (Turk, 2005). Prav tako raziskave potrjujejo, da zmanjšanje biomehaničnih tveganj samo po sebi ni dovolj za odpravo mišično-skeletnih obolenj, temveč se je treba ozirati tudi na stres pri delu oz. psihosocialne faktorje (Burton et al., 2005;). Raziskave so šle tudi v smer indeksa telesne mase (ITM) zaposlenih, ali debelosti, ki predstavlja faktor tveganja, vendar brez jasnih rezultatov, saj se je izkazalo, da tudi nizek indeks telesne mase predstavlja tveganje (Lagerstrom et al., 2003). Starejše raziskave so se ukvarjale tudi s kajenjem in alkoholom in izpostavile uživanje kot tveganje (Frymoyer et al., 1999; Heliovaara et al., 2007). Linton, 2001 ter Rubin (2007) so povzeli faktorje tveganja za nastanek kronične bolečine hrbtenice v starosti, pri ženskem spolu, nižjem življenjskem standardu, nižji izobrazbi, višjem indeksu telesne mase, kajenju, slabšem zdravju, fizičnem naporu, ponavljajočih gibih, prisilni drži, nezadovoljstvu z delom, depresiji, strukturi hrbtenice posameznika in vidnih anomalijah.

Če težave s hrbtenico ločimo posebej za ledveni del in vratni del hrbtenice ugotovimo, da se življenjska prevalenca pojava bolečine ocenjuje približno enako, med 60 % in 80 % (Polajnar, 2000). Prognostične študije za pojav bolečine vratnega dela hrbtenice so redkejšje in dejavniki vpliva manj raziskani. Ugotavlja se, da je bolečina vratnega dela hrbtenice pogosto spremljana z glavoboli in se razprostira na zgornje okončine (Goldman, 2000). Stroški zdravljenja so bili v preteklosti ocenjeni nekajkrat manjši kot pri zapletih z ledvenim delom hrbtenice (Bongers, 2002). Tudi pregled literature je pokazal, da se znanost pretežno ukvarja z bolečino ledvenega dela hrbtenice, kjer finančni vidik prav gotovo vpliva na raziskovalno usmeritev.



3 Ergonomija v zdravstveni negi

Ergonomija v zdravstveni negi se ukvarja s pogoji dela vseh zdravstvenih delavcev, ki sodelujejo v zdravstveni negi pacienta. Ugotavlja obremenitve, ki jih imajo zdravstveni delavci na delovnem mestu in predlaga rešitve za opravljanje le-teh. Negovalno osebje je pri opravljanju zdravstvene nege vsakodnevno izpostavljeno različnim statičnim in dinamičnim obremenitvam, ki v organizmu izzovejo odgovor. Pri poklicnem delu naj bi bili obremenjenost in obremenitev v ravnovesju. Ker pa je to ravnovesje pri delu zdravstvenih delavcev zelo pogosto porušeno, pride do preobremenjenosti, kar vodi do patoloških reakcij v telesu in posledično do poslabšanja kazalcev negativnega zdravja (Stričević et al., 2006). Ko govorimo o ergonomiji, sta varnost in ugodje pri pacientu ter negovalnem osebju v središču našega razmišljanja. S temeljnimi načeli ergonomije moramo preprečiti, da negovalci ne bi postali pacienti.

Telesni položaji se pri negovalnem osebju med delom pogosto spreminjajo. Še večja statična obremenitev nastane, kadar so zahtevnejše naloge, postopki in posegi, ki jih izvaja negovalno osebje, vsakodnevni. Zaradi neprimerne drže pri delu in pogosto sklonjenega stoječega položaja, kar privede do nefiziološke obremenitve sklepov in zlasti izometrične obremenitve mišic, se pogosto pojavljajo obolenja ledvenega in vratnega dela hrbtenice (Stričević et al. 2006).

V mnogih državah so se začeli aktivno ukvarjati s problemom kako zmanjšati fizične obremenitve osebja v negovalnih timih. Na Finskem so oblikovali sistem metod in tehnik varnega dvigovanja in premikanja pacientov, ki se imenuje ergonomija v zdravstveni negi (Par, 2003). Osnovna ideja sistema je v tem, da se pacient in negovalno osebje ne poškodujejo kadar prenašajo in dvigujejo breme. Pacientu ne povzročamo bolečin in mu ne delamo škode. Prav tako pa pravilna uporaba metod varuje hrbtenico pri negovalnem osebju in s tem zmanjšuje možnost nastanka bolečine v hrbtenici. Ko govorimo o ergonomiji v zdravstveni negi sta pacient in negovalno osebje v središču našega razmišljanja. Osnovni principi ergonomije morajo biti naravnani na negovalno osebje. Če ni tako, lahko tudi zdravstveni delavci, ki skrbijo za zdravstveno nego pacienta, postanejo sami pacienti (Pirc, 2003).

Z uvajanjem pravih metod dvigovanja in prenašanja lahko dosežemo precejšen uspeh pri zmanjševanju števila primerov poklicnih poškodb ter z njimi povezanih stroškov nadomestil delavcem. Poleg tega lahko prinese nadaljnje koristi, vključno z zmanjšanjem fluktuacije zaposlenih, stroškov usposabljanja in administracije, zmanjšanjem izostajanja od dela, povečanjem produktivnosti in dvigom morale zaposlenih.

Tabela 1: Vrste preventivnih ukrepov za zmanjševanje tveganja

Vrste preventivnega ukrepa	Kaj?	Kako?
Odstranjevanje tveganja	Izogibanje ročnemu premeščanju	Popolna mehanizacija ali avtomatizacija
Zmanjševanje tveganja	Ergonomsko tehnični pripomočki za premeščanje pacientov	Dvigala, drsne rjuhe, deske za premeščanje, obračalne plošče, zanke za premeščanje ipd.
	Sprememba višine	Postelja, kopalna kad
	Izboljšanje skladiščenja bremen	Skladiščenje pogosto uporabljenih/ težkih bremen v višini pasu
	Izboljšan dostop	Odpravljanje arhitektonskih pregrad
	Organizacijski ukrepi	Načrtovanje dela, alternativne dejavnosti, izboljšana razporeditev nalog



Eden izmed najboljših preventivnih pristopov je odstranjevanje tveganja z izogibanjem neposredni izpostavljenosti delavca, predvsem z izogibanjem ročnemu premeščanju. To vključuje popolno mehanizacijo in avtomatizacijo nalog premeščanja. Število premeščanj pacienta (postelja - voziček, postelja - kopalna kad) vpliva pri negovalnemu osebju na dejavnike tveganja povezane s hrbtenico, predvsem zaradi teže pacientov ali prisilne drže. Tveganemu ročnemu premeščanju se lahko izognemo z uporabo dvigal.

4 Vloga hrbtenice pri dvigovanju bremen

Vsak izmed sestavnih delov v hrbtenici ima svojo vlogo, ki nam skupaj omogočajo svobodno gibanje. Zelo posplošen opis delovanja hrbtenice in njenih sestavnih delov je takšen, da medvretenčne ploščice v zdravi hrbtenici prestrezajo sunke in tresljaje, medtem ko hrbtenična kost zagotavlja hrbtu dovolj močno oporo (Sušnik, 1995). Sklepi v hrbtenici omogočajo natančno prileganje sestavnih delov in hkrati skupaj z vezmi skrbijo, da ne pride do »izpaha« hrbtenice. Živci oz. živčni sistem, opozarjajo na preobremenjenost, izrabo ali druge okvare hrbtenice, medtem ko mišice omogočajo gibanje celote (Strojnik, 2005).

Vsak del hrbtenice, je dodatno sestavljen iz še manjših elementov, ki hrbtenico napravijo hkrati gibljivo in trdno. Če pride do okvare samo enega od teh elementov, nas na to opozori bolečina. Najbolj pogoste poškodbe hrbtenice so oslabljene hrbtne mišice, razrahljane ali oslabele hrbtne vezi, poškodovane medvretenčne ploščice in izrabljeni sklepi (Pirc, 2003). Do poškodb prihaja predvsem zaradi preobremenitve hrbtenice in/ali pomanjkanja gibanja. V obeh primerih začne hrbtenica izgubljati svojo prožnost in gibanje postane omejeno (Turk, 2005).

Hrbtenica podpira oz. nosi zgornji del telesa. Zaradi tega je ves čas obremenjena. Medicinska znanost meri obremenitev hrbtenice s pomočjo pritiska, ki ga ustvarja sila mase telesa, drža in zunanja sila zaradi sile mase bremena (npr. pri dvigovanju) (Balantič, 2001). Najmanjša obremenitev hrbtenice je med ležanjem in znaša 250 N na notranji del medvretenčnih ploščic (Muftić, 2006). Najbolj neverjetno dejstvo, ki ga medicinske raziskave navajajo, predstavlja, da je pritisk na notranji del medvretenčnih ploščic večji pri sedenju, kot pri stoji. Pritisk pri stoji naraste zgolj na 1000 N, pri sedenju pa celo na 1750 N (Sušnik et al., 1997).

V pripognjenem položaju medicinska sestra ali zdravstveni tehnik pripogne ledveno hrbtenico, se skloni v kolkih in lahko tudi zasuka prsno hrbtenico. Do 30° fleksije se hrbtenica upogiba med posameznimi ledvenimi vretenci. Fleksija nad 30° je do tretjine v hrbtenici, ostali dve tretjini pa v kolkih (Turk, 2005). Ko dvigujemo breme, rotiramo kolke in lumbosakralne segmente hrbtenice, koleno lahko upognemo ali pa ostaneta zravnani.

5 Posledice delovnih obremenitev

Fizični napor povzroči takojšnje reakcije različnih organskih sistemov, vključno z mišičnim, kardiovaskularnim in respiratornim sistemom. Številne raziskave, ki so pogostost bolezni gibal opazovale tudi glede na spol, so pokazale, da je prevalenca teh bolezni višja pri ženskah (Sušnik, 1997). Prevalenca bolezni gibal se veča s starostjo, kar potrjujejo različni avtorji (Rainville et al., 2004). Bolezni gibal so pogosto posledica starostno pogojenih sprememb na gibalih. Z nenehnim naraščanjem povprečne starosti zaposlenih lahko pričakujemo v prihodnosti še porast teh bolezni (Santaguida et al., 2005).

Prisotnost bolečine v gibalih je lahko znak ponavljajoče se preobremenitve ali pa zgodnji znak resne bolezni (Turk, 2005). Bolečina v hrbtenici je ena najpogostejših poklicnih težav, ki prizadene zaposleno



populacijo v razvitem svetu (Waddell, 2004). Pogosto so pogojene z dvigovanjem in prenašanjem bremen in izpostavljenosti vibracijam (Olendorf in Drury, 2001). Bolezni zgornjih okončin (prsti, dlani, roke, komolci, ramena, vrat) so pogosto posledica ponavljajočega se ali dolgotrajnega statičnega dela ali pa se zaradi takega dela poslabšajo (Olendorf in Drury, 2001). S ponavljajočimi se gibi in izpostavljenostjo vibracijam so povezane tudi bolečine v hrbtu (Strojniki, 2005). Prevalenca le - teh je sorazmerna s številom ur, porabljenih za ponavljajoče se gibe (Muftić, 2006).

V primeru, ko določena dolgotrajna aktivnost privede do prekomerne obremenitve lahko pride do permanentnih poškodb. Do izčrpanosti pride, ko fizična in psihična storilnost presežeta mejo vztrajnosti (angl. endurance limit) in je maksimalni napor ponavljajoč ter hkrati ni primerno hitro omejen, da bi bilo omogočeno okrevanje. Človek se je pri svojem delu sposoben prilagoditi stopnji obremenitve, v okviru lastnih fizičnih mej, energetske rezerv in storilnosti. Navadno do pojava izčrpanosti ne pride, dokler osebni cilj in namen nista izpolnjena. Podobno je v primerih, ko gre za določena specifična, fizično obremenjujoča dela v zdravstveni negi (Turk, 2005).

Medicina dela predpisuje meje trajne vzdržljivosti, ki opisujejo delo, ki ga lahko povprečna oseba (negovalno osebje) opravlja ves svoj delovni čas ali delovno dobo, ne da bi to pustilo zdravstvene posledice. Ko obremenitve prekoračijo mejo trajne vzdržljivosti, pride do utrujenosti, ki lahko ima tudi kronično obliko. Utrujenost lahko poruši tako delovanje bioloških funkcij kot tudi duševno stanje osebnosti. Utrujenost se pojavi kot posledica predhodne obremenitve in se kaže v povratnem zmanjšanju učinkovitosti in funkcionalnosti, ter v zmanjšanju delovne motivacije pri delu negovalnega osebja v zdravstveni negi. Utrujenost je negativni kazalnik zdravja, ki zmanjšuje učinek pri delovni aktivnosti, in je nastal zaradi pojava te aktivnosti. Utrujenost je znak prevelikih obremenitev tudi pri delu negovalnega osebja in zato zahteva ergonomske ukrepanje (Bilban, 1999).

Za utrujenost je značilno, da se lahko popolnoma odpravi s primernim časom počitka. Utrujenost določimo s subjektivnimi občutki človeka, lahko pa tudi z meritvami (pato) fizioloških procesov v telesu. Čas počitka je tesno povezan s stopnjo utrujenosti: čim večja je utrujenost, tem dlje mora človek počivati, da ponovno doseže svojo prvotno zmogljivost. Počitek je posledica senzorične, mentalne in mišične utrujenosti. Najkrajši odmori trajajo od 30 sekund do pet minut in si jih člani negovalnega tima prilagajajo individualno. Počivati je treba v krajših intervalih in večkrat.

Pri vzravnani stoječi drži del obremenitve medvretenčnih ploščic prevzemajo vezi in mišice (Heliovaara et al., 2007). Pri sedenju pa se mišice in vezi sprostijo, kar poveča obremenitev in pritisk na medvretenčne ploščice. Dodaten pritisk povzroča še nepravilna drža. Zaradi sedečega dela in vedno daljših sedečih intervalov, naše mišice in vezi postajajo čedalje bolj ohlapne. S tem se povečuje obremenitev ostalih sestavnih delov hrbtenice, ki prevzemajo obremenitve neaktivnih delov, kar pripelje do poškodb.

Prekomerna in/ali trajna, časovno dolga obremenitev na medvretenčne ploščice, pa povzroči iztiskanje tekočine, ki jo vsebujejo medvretenčne ploščice. S postopno izsušitvijo medvretenčnih ploščic se zmanjša tudi razdalja med njimi kar pripelje do trenja, posledično tudi do ukleščenja živca ali celo popolnega uničenja medvretenčnih ploščic. To je le eden od glavnih vzrokov za bolečino v hrbtenici, ki običajno nastane zaradi oslabljenih mišic (Polajnar, 2000).

Pri dvigovanju bremen je treba upoštevati: vplive človeka, starosti, spola, zdravstvenega stanja, zmoglosti, vzdržljivosti – reaktivnosti, usposobljenosti, izkušenj, motiviranosti, telesne teže, višine itd. (Muftić, 2006) Pri bremenu je treba upoštevati maso, obliko, velikost, lego, višino dviga, dolžino in hitrost transfera, časovni interval ponovitve itd. Oblika bremena zajema oprijemljivost, obliko in lego oprijemališča, uporabo pomagala, enoročno ali dvoročno dviganje ali nošenje itd. Zaradi tega ne more biti vseeno, ali predpišemo negovalnemu osebju omejitev dvigovanja mase 5 kg ali 15 kg, ne da bi upoštevali vse predstavljene parametre, še posebej skupno maso bremena oz. pogostost dvigovanja ter višino, iz katere oz. na katero je potrebno dvigovati ali spuščati breme, in zdravstveno stanje delavca (Burton, 2005).



Vzrok za bolečino v hrbtenici je v več kot 90 % mehaničen ali pa izvira iz degenerativnih sprememb določenega dela hrbtenice (Bilban, 2005). Bolečina ledvenega dela hrbtenice je najpogostejša bolečina gibalnega sistema. Način življenja sodobnega človeka je dosti bolj statičen, kot je bil v minulih stoletjih (Turk, 2005). Pri ljudeh, ki veliko sedijo, je obolevnost gibal bolj izpostavljena. Problem sodobnega človeka so tudi enostranske obremenitve hrbtenice. Medvretenčne ploščice se pri odraslih prehranjujejo z difuzijo, ki je motena, če se gibljemo premalo. To le še pospeši nastanek degenerativnih sprememb gibalnih segmentov hrbtenice, ki so najpogostejši vzrok tako akutni, kot kronični bolečini v hrbtenici (Muftić, 2006).

Bolečine v vratu so najpogostejše posledica sedečega dela, ki terja prisilno držo zgornjega dela hrbtenice. Delež aktivnega prebivalstva, ki svoje delo opravljajo sede, še nikoli ni bil tako velik, svoje pa doda tudi sedeče preživljanje prostega časa, predvsem za televizijskimi sprejemniki ali računalniškimi zasloni (Muftić, 2006). Bolečine v vratu lahko nastopijo: zaradi neposrednega zunanega pritiska na hrbtenjačo in/ali vratne živčne korenine, zaradi centralne kompresije hrbtenjače, spremenjene oblike in strukture medvretenčnih ploščic, degenerativno spremenjenih vretenc, okvare ligamentarnih struktur in zaradi povečane gibljivosti cervikalnih segmentov (Turk, 2005). Če bi omejevali vsak tip mišično-skeletnih bolezni zgolj na en sam del telesa, bi bilo enako, kot če bi zanikali dejstvo o funkcionalni enotnosti telesa in tako tudi način, kako fiziološki podsistemi delujejo v sinergiji. Nobeden od teh podsistemov ne more delovati neodvisno od telesa. Fiziologija gibanja, gibi in drže so posledica povezanosti premišljenih in prostovoljnih izborov, ki so taktično načrtovani, da dosežemo pričakovani rezultat (npr. premeščanje bremen z enega mesta na drugo) (Bilban, 2005).

Interakcija med fizičnimi in psihosocialnimi dejavniki tveganja pri delu (visoko psihosocialno obremenjenost označujejo velike psihične obremenitve, nizka stopnja kontrole nad delom in majhna podpora iz socialnega okolja) prav tako vpliva na povečevanje tveganja za nastanek bolečine v hrbtenici (Muftić, 2006).

Tabela 2: Izbira preventivnih ukrepov

Vrsta preventivnega ukrepa	Kaj?	Kako?
Odstranjevanje tveganja	Izogibanje ročnemu premeščanju	Popolna mehanizacija ali avtomatizacija
Zmanjševanje tveganja	Mehanske naprave	Uporaba dvigala, podpornega sistema za telo
	Spremembe višine	Postelja, kopalna kad
	Naprave za prenos bolnikov	Drsne rjuhe, deske za prenos, obračalne plošče, zanke za prenos
	Izboljšanje shranjevanja bremena	Shranjevanje pogosto uporabljenih težkih bremen v višini pasu
	Izboljšan dostop	Stopniščno dvigalo
	Organizacijski ukrepi	Načrtovanje dela, alternativne dejavnosti, izboljšana razporeditev nalog



Zaključek

Centralna ovira izvedbe ergonomskega programa prav gotovo predstavlja spoznanje, da se slovensko zdravstvo ne posodablja bliskovito. V številnih splošnih bolnišnicah po Sloveniji primanjkujejo specifični oddelki, ki so nujno potrebni za izboljšanje zdravstvene oskrbe populacije celotne regije. Modernizacija obstoječih oddelkov ima tako dokaj slabe možnosti za izpeljavo pri vodstvu bolnišnic in pridobivanju proračunskih sredstev. Za ergonomsko modernizacijo v smislu humanizacije dela bi morala v prvi meri poskrbeti vlada z jasnimi direktivami o tem, kako mora biti delovno mesto urejeno in kateri ergonomsko tehnični pripomočki so nujno potrebni za razbremenitev dela negovalnega osebja v bolnišnici. Za delovna opravila, kjer prihaja do poškodb bi delodajalec moral biti prisiljen izpeljati ukrepe za zmanjšanje tveganja, glede na vladna priporočila.

Oblikovani standardi aktivnosti zdravstvene nege so nujno potrebni, da se negovalna intervencija z uporabo ergonomsko tehničnega pripomočka pri delu s pacientom lahko vključi v dnevni program dela negovalnega osebja. Uporaba določenih ergonomsko tehničnih pripomočkov, kot je prostostoječe dvigalo, lahko nekoliko podaljša časovni normativ, ki je trenutno v veljavi, vendar ne toliko, da uporaba ne bi bila smotrna. Potrebno je upoštevati tudi fiziološke zakonitosti človeka pri delu, kot sta na primer spočitost in zbranost, ki se pri uporabi ergonomsko tehničnih pripomočkov ohranjata. Tako je možno delati z manj počitka in s konstantno energijo. Ergonomsko tehnični pripomočki povečajo varnost pri delu in preprečujejo zdravstvene posledice nefizioloških prisilnih telesnih leg in omilijo učinek nenadnih obremenitev. Potrebno je zagotoviti organizacijsko oblikovanje delovnega mesta v smislu edukacijskega izobraževanja in osveščenostjo negovalnega osebja v bolnišničnem okolju.

Potrebno bi bilo vložiti več naporov v ergonomsko organizacijske ukrepe, ustrezni zdravstveni nadzor negovalnega kadra, preventivne zdravstvene preglede s katerimi bi lahko že v zgodnjih fazah prepoznali neugodne vplive delovnega okolja na zdravje in delazmožnost osebja v negovalnem timu in pravočasno ustrezno ukrepali. Šele ko bodo organizatorji dela uspeli soočiti težave negovalnega osebja in obremenjujoče delovno okolje in ko bo temu prisluhnilo tudi vodstvo bolnišnic oz. delodajalec, bo nastala

Literatura

Balantič Z. Človek – delo – učinek. Kranj: Moderna organizacija, 2000.

Balantič Z. Ergonomski principi urejanja delovnih okolij sodobnih pisarn. Kranj: Management in globalizacija, 2001.

Bilban M. Medicina dela. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delu, 2005.

Bongers PM, Kremer AM, Laak J. Are psychosocial factors, risk factors for symptoms and signs of the shoulder, elbow, or hand/wrist?: A review of the epidemiological literature. *Am J Ind Med* 2002; 41: 315 – 42.

Burton AK, Balagué F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A, Leclerc A, Müller G, van der Beek AJ. COST B13 Working Group on European Guidelines for Prevention in Low Back Pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2005; 19(4): 541 – 55.

Engkvist I. L. The accident process preceding back injuries among Australian nurses. *Safety Science*, 2004; 42: 221 - 235.

Frymoyer JW, Cats-Baril WL. An overview of the incidences and costs of low back pain. *Orthop Clin North Am* 1999; 22: 263 - 271.



- Goldman RH, Jarrard MR, Kim R, Loomis S, Atkins EH. Prioritizing back injury risk in hospital employees: application and comparison of different injury rates. *JOEM*. 2000; 42, 645 – 652.
- Heliovaara M, Knekt P, Aromaa A. Incidence and risk factors of herniated lumbar intervertebral disc or sciatica leading to hospitalization. *Journal of Chronic Diseases*. 2007; 40, (3), 251 - 8.
- Jafry T, O'Neill DH. The application of ergonomics in rural development: a review. *ApplErgon* 2000; 31(3): 263 - 268.
- Josiah M., jr. *Foundation and extensions* Thousand Oaks (CA). London and New Delhi: Sage, 2000: 215.
- Kawachi I, Kenedy B, Wilkinson R. *The society and population health reader*, New York: New Press: Distributed by W. W. Norton, cop. 2000.
- Kilbom Å. Assessment of physical exposure in relation to work-related musculoskeletal disorders — what information can be obtained from systematic observations? (special issue), *Scand J Work Environ Health*. 1994; 20 30 – 45.
- Lagerstrom M, Wenemark M, Hagberg M, Hjelm EW. Occupational and industrial factors related to musculoskeletal symptoms in five body regions among Swedish nursing personnel. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2003; 68, 27 - 35.
- Linton SJ, van Tulder MW. Preventive interventions for back and neck pain problems: what is the evidence? *Spine* 2001; 26: 778 – 87.
- Muftić O. *Biomehanička ergonomija*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Fakultet strojarstva i brodogradnje, 2006.
- Nelson A, Fragala G, Menzel N, Myths and facts about back injuries in nursing. *American Journal of Nursing*. 2003a; 103 (2), 32 – 40.
- Nelson A, Lloyd J, Menzel N, Gross C. Redesigning patient handling tasks. *AAOHN Journal*. 2003b; 51(3): 126 – 134.
- Olendorf MR, Drury CG. Postural discomfort and perceived exertion in standardized box-holding postures. *Ergonomics*. 2001; 44, 1341 – 1367.
- Owen BD, Keene K, Olson S. Patient handling tasks perceived to be most stressful by hospital nursing personnel. *Journal of Healthcare Safety, Compliance & Infection Control* 2000/2001; 5 (1), 1 - 7.
- Pirc V, Kuhar D, Lorencin T. *Program za zniževanje bolniških odsotnosti*. Ljubljana, 2003.
- Polajnar A, Verhovnik V. *Oblikovanje dela in delovnih mest*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za strojništvo, 2000: 198.
- Rainville J, Hartigan C, Martinez E, et al. Exercise as a treatment for chronic low back pain. *Spine J* 2004; 4: 106 - 115.
- Rubin DI. Epidemiology and risk factors for spine pain. *NeuroClin*. 2007; 25(2): 353 - 371.
- Santaguida PL, Pierrynowski M, Goldsmith C, Fernie G. Comparison of cumulative low back loads of caregivers when transferring patients using overhead and floor mechanical lifting devices. *Clinical Biomechanics*. 2005; 20: 906 – 916.
- Strojnik V. *Vadba za zaščito ledvenega dela hrbtenice*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, Inštitut za šport, 2005.



Stričević J, Balantič Z, Turk Z, Čelan D. Vpliv delovnih obremenitev medicinskih sester na humanizacijo njihovega dela = Influence of ergonomic conditions on workability. V: Rajkovič V. (ur.). Management sprememb: zbornik 25. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti, Slovenija, Portorož, 15.-17. 3. 2006: proceedings of the 25th International Conference on Organizational Science Development, Slovenia, Portorož, 2006. Kranj: Moderna organizacija, 2006: 1565-1573.

Stričević J, Balantič Z, Turk Z, Čelan D. Negativni pokazatelji zdravja kot posledica ergonomskih obremenitev na delovnem mestu medicinske sestre. V: Gazvoda T. (ur.). Zbornik referatov. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2006: 12.

Sušnik J, Bizjak B, Cestnik B. Računalniško podprta ocena združljivosti obremenitev pri delu z obremenjenostjo delavca: razvojnoraziskovalna naloga. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 1995.

Sušnik J. Položaji in gibanje telesa pri delu (analiza efektornega sistema). Ljubljana: Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo v okviru zbirke Knjižnica UZZSV, 1997; 1: 302.

Turk Z. Socialno medicinski vidiki bolečine v križu, Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Rehabilitacija, 2005; IV št. (3 - 4): 9 - 12.

Zalk DM, Tolley JC, Kim Y. Grassroots ergonomics to modify custodial training procedures. Profess Safe. 2001; 42: 21 - 25.

Waddell G, Main GJ. Assessment of severity in low - back disorders. Spine. 2004; 9: 204 - 208.

Winkelmolen G, Landeweerd, J, Drost, M. An evaluation of patient lifting techniques. Ergonomics 1994; 37, 921 - 932.



UPORABA TEHNIČNIH PRIPOMOČKOV PRI ZDRAVSTVENI NEGI BOLNIKOV

Viš. predav. dr. Dušan Čelan, dr. med.,
Univerzitetni klinični center Maribor, IFRM

Viš. predav. dr. Jadranka Stričević, univ. dipl. org.,
Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

Prim. prof. dr. Zmago Turk, dr. med., višji svetnik
Univerzitetni klinični center Maribor, IFRM

Izvleček

Fizične obremenitve pri dvigovanju in premeščanju gibalno oviranih pacientov povzročajo pogoste bolečine v križu pri negovalnem osebju. Poleg edukacije zdravstvenih delavcev o varnem dvigovanju in delu z pacienti je nujno potrebna tudi ustrezna tehnična opremljenost s pripomočki, ki zmanjšajo obremenitve pri delu. V članku so predstavljeni številni tovrstni tehnični pripomočki. Pregled stanja v enem od slovenskih kliničnih centrov je pokazal zelo pomanjkljivo opremljenost s tovrstnimi pripomočki, še predvsem dvigali za premeščanje pacientov. Več pozornosti bo potrebno nameniti ustrezni organizaciji dela in opremljenosti s tehničnimi pripomočki za razbremenitev dela negovalnega osebja.

Ključne besede: bolečina v križu, zdravstvena nega, fizične obremenitve na delu, tehnični pripomočki

1 Uvod

Medicinska sestra je pri opravljanju strokovnega dela pogosto izpostavljena fizičnim obremenitvam na delovnem mestu. Ročno dvigovanje in premikanje pacientov je rizični faktor za nastanek težav s hrbtenico pri negovalnem osebju (Engkvist, 2004). Približno ena tretjina negovalnega osebja javlja bolečine v križu, ki so povezane z obremenitvami pri delu (Owen, West, 1989). Pojavnost teh težav je približno trikrat večja kot pri običajnem industrijskem delavcu. Pogostnost pojavljanja bolečine v križu in predvsem kronifikacija teh težav predstavljajo veliko finančno breme zaradi stroškov zdravljenja in nezmožnosti za delo (Turk, 2005). Nujno potrebni so torej preventivni ukrepi.

Za zmanjšanje fizičnih obremenitev je potrebna edukacija zaposlenih, ustrezna organizacija dela in tehnična opremljenost. Študije kažejo zmanjšanje težav pri organiziranju negovalnih timov („liftteam“), ki so strokovno usposobljeni za varno dvigovanje in premeščanje bolnikov (Charney, 1997).

Uporaba sodobnih tehničnih pripomočkov za razbremenitev fizičnega dela negovalnega osebja prav tako dokazano zmanjšuje incidenco težav s hrbtenico (Collins, Wolf, Bell, Evanoff, 2004).



2 Zakonska ureditev ergonomije na delovnem mestu

Zdravo življenjsko in delovno okolje ima številne pozitivne posledice na kvaliteto življenja posameznika in družbe. Z ureditvijo delovnih pogojev in okolja se poveča zadovoljstvo in delovni učinek delavcev, zmanjšajo pa se škodljive zdravstvene posledice in s tem obseg negativnih pokazateljev zdravja (poklicne bolezni, bolniški stalež, invalidske ocene zmanjšane delazmožnosti ali upokojitve). Iz vidika ekonomije celotne družbe je delo v ergonomsko urejenem okolju produktivnejše in cenejše in tudi zato so sprejeti številni zakonski akti, ki deklarativno urejajo in humanizirajo pogoje na delovnih mestih.

Našteta so nekatera zakonska določila in njihovi členi, ki govorijo o pravicah delavcev do humanih pogojev dela:

1. Ustava Republike Slovenije

72. člen (zdravo življenjsko okolje) - Vsakdo ima v skladu z zakonom pravico do zdravega življenjskega okolja. Država skrbi za zdravo življenjsko okolje. V ta namen zakon določa pogoje in načine za opravljanje gospodarskih in drugih dejavnosti.

2. Zakon o varnosti in zdravju pri delu

4. člen (nacionalni program) - V nacionalnem programu se določi strategija razvoja področja varnosti in zdravja pri delu, katerega namen je varovanje življenja, zdravja in delovne zmožnosti delavca, preprečevanje nezgod pri delu, poklicnih bolezni in bolezni, povezanih z delom.

5. člen (zagotavljanje varnosti in zdravja delavcev pri delu) - Delodajalec mora zagotoviti varnost in zdravje delavcev pri delu. V ta namen mora izvajati ukrepe, potrebne za zagotovitev varnosti in zdravja delavcev ter drugih oseb, ki so navzoče v delovnem procesu, vključno s preprečevanjem, odpravljanjem in obvladovanjem nevarnosti pri delu, obveščanjem in usposabljanjem delavcev, z ustrezno organiziranostjo in potrebnimi materialnimi sredstvi.

11. člen (pravica do varnosti in zdravja pri delu) - Delavec ima pravico do dela in delovnega okolja, ki mu zagotavlja varnost in zdravje pri delu.

3. Pravilnik o zagotavljanju varnosti in zdravja pri ročnem premeščanju bremen

2. člen - Ročno premeščanje po tem pravilniku pomeni vsako fizično delo, ki vključuje dvigovanje, prenašanje, spuščanje, potiskanje, vlečenje, nošenje ali premikanje bremena s človeško silo in druga podobna dela (npr. podpiranje, držanje), ki zaradi svojih značilnosti ali zaradi neugodnih ergonomskih pogojev pomeni nevarnost predvsem za poškodbe hrbta delavcev.

4. člen - Delodajalec mora, kadar je to mogoče, ročno premeščanje bremen nadomestiti s primerno delovno opremo, pripomočki in primernimi mehanskimi pomagali. Kadar se ni mogoče izogniti ročnemu premeščanju bremen, mora delodajalec sprejeti primerne organizacijske in tehnične ukrepe, uporabiti primerno opremo ter pravilen način dela, da bi zmanjšali nevarnost, povezano z ročnim premeščanjem bremen, ob upoštevanju Priloge I, ki je sestavni del tega pravilnika.



8. člen - Delodajalec mora delavce poučiti o značilnostih bremen in drugih dejavnikih, ki vplivajo na varno delo, zlasti pa o teži bremena in središču težnosti najtežje strani, ko je paket naložen ekscentrično. Usposobiti jih mora za tak način dela pri ročnem premeščanju bremen, da se izognejo poškodbam hrbta. Delodajalec mora delavce obvestiti o tveganjih, ki bi jim utegnili biti izpostavljeni ter jih poučiti in usposobiti za varno ročno premeščanje bremen ob upoštevanju Priloge I in prvega odstavka 6. člena tega pravilnika.

Priloga Pravilnika je tudi tabela 1.

Tabela 1: Največja dovoljena masa bremena (v kg) glede na spol in starost delavca

Starost	Moški	Ženske
15 do 19 let	35	13
nad 19 do 45 let	55	30
nad 45 let	45	25
nosečnice		5

4. Pravilnik o seznamu poklicnih bolezni

Seznam poklicnih bolezni:

- Poklicne bolezni povzročene z nevarnimi kemičnimi snovmi, fizikalnimi dejavniki in biološkimi dejavniki;
- Bolezni gibal;
- Okvare medvretenčne ploščice;
- Kronična obolenja hrbtenice zaradi stalnih obremenitev v nefizioloških položajih pri delu, splošnih vibracij in dvigovanja bremen.

Kot je razvidno iz predstavljenih določil, je področje varnosti oz. ureditve delavcu prijaznega delovnega okolja zakonsko dobro urejeno. Kot vedno pa se zaplete v izvedbenem delu pravilnikov, kjer praksa pogosto kaže drugačno situacijo in ne varuje delavca v zakonsko določenih okvirih. Tako je na področju ugotavljanja poklicnih bolezni v Sloveniji zagotovo veliko pomanjkljivosti. V primerjavi z drugimi državami članicami EU bi pričakovali, da bo v Sloveniji letno okrog 1000 primerov poklicnih bolezni, odkritih pa je manj kot 50 (<http://www.cilizadelo.si/default-20400.html>). Prevladujejo sicer bolezni kostno - mišičnega sistema (35 %), vendar je priznanje bolečine v hrbtenici kot poklicne bolezni izjemno redko.

3 Tehnični pripomočki pri zdravstveni negi pacientov

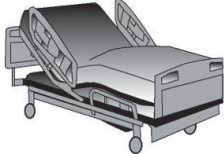
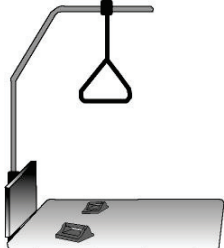
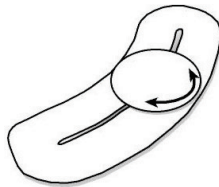
Fizične obremenitve v obliki obračanja, dvigovanja in prenašanja gibalno oviranih pacientov predstavljajo za negovalno osebje rizična opravila, pri katerih obremenitve pogosto presegajo zgoraj navedene dovoljene mase za dvigovanje bremen in potencialno povzročajo težave s hrbtenico, ki bi se lahko priznale kot poklicne bolezni. Za zmanjševanje obremenitev hrbtenice pri teh opravilih imamo na voljo različne pristope.

Osnovni pristop je edukacija delavcev o ustreznem zaščitnem ravnanju na delovnem mestu. S poznavanjem vzrokov za tveganje nastanka hrbteničnih težav in učenjem pravih tehnik dvigovanja in prenašanja bremen se lahko realne obremenitve na delovnem mestu delno zmanjšajo oz. se delavec zna izogniti najbolj problematičnim položajem in gibom (ne vzdrževanje fiziološke lordoze ledvene hrbtenice, slaba aktivacija stabilizacijskih mišic trupa, rotacija trupa ob obremenitvi hrbtenice, daljši

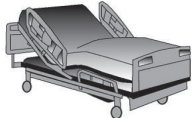


sklonjen položaj, dvigovanje bremena daleč od telesa). Izdelani so sistemi metod in tehnik varnega dvigovanja in premikanja bolnikov, ki upoštevajo načela ergonomije v zdravstveni negi. Ob obveznem upoštevanju varnih tehnik dela pa lahko bistveno boljše razbremenitev dosežemo z uporabo tehničnih pripomočkov, ki zmanjšajo potrebne sile za transfer pacienta. V tabeli 2 so predstavljeni ergonomsko - tehnični pripomočki, ki jih mednarodne organizacije in literatura priporočajo in se tudi najpogosteje uporabljajo pri zdravstveni negi pacienta (Engkvist, 2004; Owen, Keene, Olson, 2000; OSHA).

Tabela 2: Seznam priporočenih ergonomsko - tehničnih pripomočkov s sliko

POSTELJNA ENOTA	UPORABA	OMEJITVE	SLIKA
Mehansko dvižna postelja	Možnost nastavitve višine ležišča	Pacient rabi pomoč osebe, ki bo mehanično (ročno) nastavila višino posteljo	
Električno nastavljiva postelja	Možnost nastavitve višine ležišča in različnih položajev ležanja, saj je postelja pregibna na več mestih s pomočjo elektromotornega upravljanja	/	
Posteljni trapez	Za lažje premeščanje in obračanje v postelji	Ne morejo jih uporabljati osebe z dvojno amputacijo udov, paraplegijo, hemiplegijo, tetraplegijo, hudo oslabelostjo po težkih boleznih	
PRIPOMOČKI ZA PREMEŠČANJE			
Stropno dvigalo	Možnost premeščanja pacienta iz postelje na transportno sredstvo in obratno	Posebno pozornost je potrebno posvetiti pasovom, ki fiksirajo osebo na dvigalu	
Prostostoječe premično dvigalo	Možnost premeščanja pacienta iz postelje na transportno sredstvo in obratno	Zagotoviti moramo varno in dobro fiksacijo, da pacient ne zdrsne iz pasov oz. se dvigalo ne premika ali prevrne.	
Podlaga za premeščanje	Možnost lažjega obračanja oz premeščanja pacienta	Podlago je treba namestiti pod pacienta, kjer je lahko potrebna pomoč sodelavca.	
Deska za premeščanje	Možnost lažjega premeščanja pacienta iz postelje na transportno sredstvo in obratno	Ni primerna za paciente, ki so podvrženi razjedi zaradi pritiska pri drsenju.	



Pas za premeščanje	Za zmanjšanje obremenitev hrbtenice in večjo varnost pri prostoročnem premeščanju pacienta.	Pas okoli pacienta mora biti dobro fiksiran, potrebna je pomoč sodelavca.	
Naslon na postelji za lažje vstajanje	Možnost opore pri posedanju pacienta v postelji	Naslon na postelji ščiti pacienta pred padcem s postelje, zato je priporočeno, da je dvignjen ko pacient spi.	
Invalidski voziček s snemljivim naslonom za roke	Zagotavlja lažje premeščanje pacienta na invalidski voziček saj lahko stranico spustimo in pacienta nanj le povlečemo.	Zagotoviti je potrebno pravilno uravnoveženost vozička glede na velikost in težo pacienta	
PRIPOMOČKI ZA OSEBNO HIGIENO			
Posebna kad na višini postelje	Možnost nastavitve višine pri kopanju pacienta, kad je običajno tudi mobilna, zato pacienta ne rabimo premeščati iz bolniške sobe.	Paziti moramo, da pacient ne zdrsne iz kadi in po uporabi moramo strokovno izvesti razkuževanje.	
Posebna kad za umivanje na postelji	Cenejša alternativa posebni kadi na višini postelje. Še posebej uporabna je v primeru arhitektonskih pregrad, ki otežujejo premeščanje pacienta.	Paziti moramo, da pacient ne zdrsne iz kadi in po uporabi moramo strokovno izvesti razkuževanje.	
Dvigalo za kopalno kad	Možnost nastavitve višine pri kopanju pacienta v kopalni kadi. Po kopanju lahko pacienta dvignemo iz kopalne kadi in ga lažje posušimo in oblečemo.	Paziti moramo, da pacient ne pade iz dvignega sedala, po potrebi ga moramo fiksirati z varnostnimi pasovi.	
Stol za kad/tuš kabino	Možnost varnejšega kopanja in tuširanja. Predstavlja cenejšo varianto od dvigala za kopalno kad.	Paziti moramo, da pacient ne pade s stola, po potrebi ga moramo fiksirati z varnostnimi pasovi.	

Vir, (Stričević, 2006).

Tehnični pripomočki imajo v osnovi predvsem naslednje pomembne funkcije:

- izenačitev višine površin pri premeščanju
- zmanjšanje potrebnih sil za premeščanje (drsenje namesto dvigovanja)
- prevzem večine potrebnih sil za premeščanje (dvigala)
- izboljšanje samopomoči in oprijema še delno gibalno sposobnega pacienta
- večja varnost za pacienta in negovalno osebje.



4 Pomanjkljivosti opremljenosti in organizacije dela v zdravstvenih zavodih

Delodajalec je zakonsko dolžan zagotavljati varne pogoje za delo. Za zmanjšanje obremenitev pri fizičnih opravilih je potrebna ustrezna tehnična opremljenost, ki olajša delo z gibalno oviranimi bolniki. Transfer med dvema površinama je bistveno lažji, če sta površini na isti višini – v praksi je potrebna višinsko nastavljiva postelja in tudi invalidski voziček z snemljivim naslonom. V večji bolnišnici (1292 postelj) so podatki o tehnični izvedbi in s tem prilagodljivosti postelj prikazani v tabeli 3.

Tabela 3: Tehnična izvedba bolniških postelj

Bolniška postelja	Število	Odstotek
- mehansko nastavljiva	614	47,5
- električno nastavljiva	156	12,1
- nenastavljiva	522	40,4
SKUPAJ	1292	100,0

Za lažji transfer bolnikov so na voljo številni pripomočki, ki zmanjšajo potrebne sile pri delu negovalnega osebja. Idealni pripomočki – dvigala - praktično prevzamejo vse obremenitve in tako omogočajo fizično najmanj naporno delo. Popis pripomočkov za pomoč pri transferju je prikazan v tabeli 4, jasno je razvidna izrazito pomanjkljiva opremljenost z dvigali.

Tabela 4: Pripomočki za premikanje in transfer

Tehnični pripomoček	Število
- posteljni trapez	868
- stropno dvigalo	0
- samostojne dvigalo	1
- drseča podlaga	28
- deska	11
- pas	3
- posteljni naslon	12
- IV s snemljivim naslonom	75

Rezultati pregleda vrste in števila tehničnih pripomočkov so pokazali pomanjkljivo opremljenost, dodatni vprašalnik o uporabljanju dosegljivih pripomočkov pa je opozoril še na organizacijski problem. Na oddelkih, kjer so bili določeni pripomočki na razpolago, so jih sestre/tehniki uporabljali redko, ker so bili zaradi hitrega tempa dela prisiljeni opraviti časovno najhitrejšo aktivnost – ročni dvig pacienta. Tehničnih pripomočkov ni dovolj, hkrati pa tudi niso v bližini pacienta, da bi bila omogočena uporaba v vsakodnevnem hitrem delovnem ritmu.



5 Zaključek

Problem bolečine v križu ima v sodobnem svetu dimenzije epidemije. Fizične obremenitve na delovnem mestu so povezane z nastankom tovrstnih težav in so zaradi narave dela še posebej pogoste pri negovalnem osebju v kliničnem okolju. Poznane so strategije za zmanjševanje rizičnosti nastanka bolečin v križu na delovnem mestu: edukacija zdravstvenih delavcev, upoštevanje ergonomskih načel, ustrezna organizacija dela in opremljenost s tehničnimi pripomočki, ki zmanjšujejo ali prevzamejo večino fizičnih sil, potrebnih pri delu z bolniki. Čeprav raziskave kažejo nedvomno ugoden učinek optimalne ureditve delovnega mesta na kvaliteto življenja delavcev, varnost pacientov in zmanjšanje stroškov zdravljenja težav s hrbtenico, je trenutno opremljenost negovalnih delovnih mest v slovenskih zdravstvenih zavodih pomanjkljiva. Zagotavljanju varnega in zdravju primerne delovnega okolja bo potrebno posvetiti več pozornosti in sredstev.

Literatura

Charney W. The lifteam method for reducing back injuries. A 10 hospital study. AAOHN J. 1997; 45(6): 300 - 4.

Collins JW, Wolf L, Bell J, Evanoff B. An evaluation of a "best practices" musculoskeletal injury prevention program in nursing homes. Inj Prev. 2004; 10 (4): 206 - 11.

Engkvist I. L. The accident process preceding back injuries among Australian nurses. Safety Science, 2004; 42: 221 - 235.

OSHA: Ergonomics for the Prevention of Musculoskeletal Disorders

Dostopno na: <http://www.osha.gov/ergonomics/guidelines/nursinghome/draft/index.html>

Owen B, West J. The Magnitude of Low-Back Problems in Nursing. Nurs. Res., 1989; 11: 234 - 242.

Owen BD, Keene K, Olson S. Patient handling tasks perceived to be most stressful by hospital nursing personnel. Journal of Healthcare Safety, Compliance & Infection Control 2000; 5 (1): 1-7.

Stričević J, Balantič Z, Turk Z, Čelan D. Vpliv delovnih obremenitev medicinskih sester na humanizacijo njihovega dela = Influence of ergonomic conditions on workability. V: Rajkovič V (ur.). Management sprememb: zbornik 25. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti, Slovenija, Portorož, 15. - 17. marec 2006: proceedings of the 25th International Conference on Organizational Science Development, Slovenia, Portorož, March, 15th – 17th 2006. Kranj: Moderna organizacija, 2006, str. 1565 - 1573.

Turk, Z. Socialno medicinski vidiki bolečine v križu. Rehabilitacija 2005; šte. 3 - 4, letnik IV, str.: 9 - 12.



ABSENTIZEM PRI ZDRAVSTVENIH DELAVCIH IN PROMOCIJA ZDRAVJA

Ines Portenšlager, dipl. m. s.
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Izvleček

Bolniški stalež ali absentizem je družbeno dogovorjena oblika socialne varnosti. Pomeni začasno zadržanost z dela bodisi zaradi bolezni, poškodbe pri delu ali izven dela, nege, spremstva ožjega družinskega člana ali pa zaradi drugih zdravstvenih razlogov. Poimenujemo ga lahko različno: absentizem, zdravstveni absentizem, bolniški stalež, bolniška odsotnost.

V Sloveniji predstavlja bolniški stalež resen družbeni in ekonomski problem. Prav tako predstavlja za delovne organizacije tudi organizacijski problem, kajti delo mora biti opravljeno v enakem obsegu, ne glede na to ali so zaposleni v okrnjeni sestavi zaradi kratkotrajnih ali dolgotrajnih bolniških staležev. Hkrati pa nam bolniški stalež nudi pomemben vir informacij o zdravstvenem stanju aktivne populacije. Zdravstveni delavci so pri delu pogosto izpostavljeni naporom, prekomernim obremenitvam in delu v izmenah. Dejavniki, ki vplivajo na bolniški stalež in predvsem na njegovo dolžino so zelo različni. Eden najpogostejših vzrokov bolniške odsotnosti z dela pa so mišično – kostne bolezni.

Ključne besede: bolniški stalež, absentizem, mišično – kostne bolezni, promocija zdravja, zdravje na delovnem mestu

1 Uvod

Podatki in mednarodne primerjave kažejo, da obstaja dokaj tesna povezanost med višino absentizma v posamezni državi in predpisi, ki urejajo pravice do začasne odsotnosti od dela. Med dejavniki, ki v Sloveniji lahko pozitivno vplivajo na obvladovanje višine absentizma so brez dvoma najpomembnejši: ukrepi za varnost in zdravje pri delu, odgovornost delodajalcev za ustrezno zdravju prijazno delovno okolje, večja motivacija in stimulacija delavcev za redkejšo in krajšo izostajanje z dela oziroma hitrejše vračanje na delovno mesto, raven socialne varnosti, ki naj bi v določenih primerih ne spodbujala izostajanja z dela, ustrezna zakonodaja, ki ne bi dovoljevala posameznikom zlorabljanja pravic, odnos zdravstvene službe do odsotnosti z dela itd. Po oceni Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) je na tem področju ključno zagotoviti predvsem ustrežnejšo zakonodajo s področja socialne varnosti, ki bo evropsko primerljiva in predhodno tudi usklajena s socialnimi partnerji (Vlado RS, predstavniki delodajalcev in delojemalcev), (Fakin, 2010).

Dolga leta se v Sloveniji ukvarjamo s tem, kako bolniški stalež zmanjšati, saj je to čas, ko zaposleni delavec ne dela, oziroma je z dela odsoten. Prav tako pa nam analize absentizma pokažejo nekakšno grobo oceno zdravstvenega stanja zaposlenih.

Pri nas si prizadevamo absentizem zmanjšati in zato je bil sprejet novi Zakon o zdravju in varnosti pri delu.

Želimo si, da s promocijo zdravja pri delu izboljšamo zdravje in dobro počutje na delu vseh zaposlenih. V okviru Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa v Ljubljani so v letu 2005 pričeli s t. i. projektom Čili za delo, ki je v začetku potekal v 3 fazah. Namen tega projekta je vplivati na zaposlene in hkrati na delodajalce, da bodo osvajali veščine in znanja za zdrav delovni in življenjski



slog ter hkrati v delovnih okoljih in na delovnih mestih uvajali spremembe, ki koristijo zdravju. S tem projektom se širi mreža Svetovalcev za zdravje pri delu. Ozavestiti želimo delodajalce, da lahko le z roko v roki dosežemo zmanjšanje bolniškega staleža in s skupnimi naporimi izboljšamo delovne pogoje. Delodajalci, zaposleni in celotna družba lahko s skupnimi prizadevanji dosežemo izboljšanje zdravja zaposlenih (Stergar, Urdih Lazar, 2006 a).

2 Zmanjšanje bolniškega staleža

Zmanjšanje bolniškega staleža je cilj vsake organizacije, saj aktivni, zdravi zaposleni pripomorejo k uspešnosti podjetja.

Kako to doseči?

Projekt »Čili za delo« pozna 8 modulov, ki jih začnemo izvajati postopno:

1. modul: Analiza zdravja delavcev v podjetju.
2. modul: Preprečevanje poškodb pri delu.
3. modul: Ergonomski ukrepi na delovnem mestu.
4. modul: Preprečevanje obremenitev zaradi izpostavljenosti kemijskim dejavnikom tveganja.
5. modul: Organizacijski ukrepi na delovnem mestu.
6. modul: Obvladovanje doživetij preobremenjenosti na delovnem mestu.
7. modul: Preprečevanje uporabe psihoaktivnih snovi na delovnem mestu.
8. modul: Preprečevanje in obvladovanje trpinčenja na delovnem mestu (Stergar, Urdih Lazar, 2006 a).

Na podlagi analize zdravja zaposlenih se odločimo, kje je potrebno ukrepati, kje in kako zmanjšati škodljive vplive dela na zdravje zaposlenih. Analizo vključimo v promocijo zdravja pri delu. Je pomemben pokazatelj zdravstvenega stanja zaposlenih.

2.1 Analiza zdravja delavcev v podjetju

Najprej izvedemo natančno analizo zdravja in redno spremljamo vzroke odsotnosti bolniškega staleža. Podatke lahko dobimo na Inštitutu za varovanje zdravja Republike Slovenije (v nadaljevanju IVZ), kjer te podatke redno spremljajo za celotno populacijo. Po mednarodnem klasifikatorju bolezni (v nadaljevanju MKB), spremljamo najpogostejše vzroke oziroma jih medsebojno primerjamo za vsako leto. Tako lahko v 5 letnem obdobju analiziramo, zaradi katerih bolezni so zaposleni v našem podjetju najpogostejše odsotni. Podatki niso poimenski. Tako lahko ugotovimo, kje se pojavljajo največje težave pri zdravju zaposlenih.

Na podlagi te analize lahko ugotovimo kje je največji problem oziroma, lahko začnemo iskati vzroke za nastanek le - teh. Naredimo program za izboljšanje delovnih mest oziroma za zdrava delovna mesta (Stergar, Urdih Lazar, 2006 b).



2.2 Preprečevanje poškodb pri delu

Ugotovimo, zakaj prihaja do poškodb na delu in katere ukrepe bomo izvedli, da bo teh čim manj. Redno izvajamo ukrepe varnosti pri delu in zaposlene izobražujemo v tej smeri (Stergar, Urdih Lazar, 2006 c).

2.3 Ergonomski ukrepi na delovnem mestu

V sedanjem času dajemo več poudarka na ergonomske ukrepe na delovnem mestu, kar pa predstavlja velik finančni zalogaj za delodajalce. Delovno mesto je potrebno prilagoditi zaposlenemu in ne zaposlenega delovnemu mestu, kar se žal še vedno prepogosto dogaja. Tukaj najdemo največ vzrokov za bolezni mišično - kostnega sistema, prav te pa so najpogostejše. Do sedaj je bilo premalo poudarka na ergonomsko urejenih delovnih mestih. Delovno okolje, narava dela, načini dela so prav tako pomembni vzroki za povečanje bolniškega staleža. Ergonomske pogoje za delo pa lahko dosežemo tudi z minimalnimi vlaganji ali celo brez teh, z natančno analizo delovnega mesta in sodelovanjem zaposlenega, delodajalca in službe za promocijo zdravja (Stergar, Urdih Lazar, 2006 d).

2.4 Preprečevanje obremenitev zaradi izpostavljenosti kemijskim dejavnikom tveganja

Zaposlene moramo redno in dosledno izobraževati o kemijskih nevarnostih, katerim so izpostavljeni na delovnih mestih. Varstvo pri delu je izjemnega pomena (Stergar, Urdih Lazar, 2006 e).

2.5 Organizacijski ukrepi na delovnem mestu

Promocija zdravja je namenjena vsem zaposlenim. Novo zaposlene seznanimo s podjetjem, izvedemo varstvo pri delu in jih seznanimo z brošurami, letaki ali intranetno stranjo organizacije, ki je dostopna vsem. Tukaj napišemo vse, kar je pomembno za zdravo in varno delo. Seznanimo jih z vsemi ukrepi, ki so v naši delovni organizaciji sprejeti za varno delo. Prav tako jih informiramo, na koga se lahko obrnejo v primeru poškodbe na delu.

Usposabljanje za varno in zdravo delo je sestavni del uvajanja v delo (Stergar, Urdih Lazar, 2006 f).

2.6 Obvladovanje doživetij preobremenjenosti na delovnem mestu

Današnji ritem življenja in delo nas vse pogosteje privedeta v situacijo, ko smo preobremenjeni. Preobremenjenost je lahko fizična ali psihična. Delo mora biti pravilno razporejeno. Motivacija zaposlenih je potrebna, če želimo ohraniti dobre medosebne odnose. Vsekakor je ugodna delovna klima v podjetju izrednega pomena (Stergar, Urdih Lazar, 2006 g).

2.7 Preprečevanje uporabe psihoaktivnih snovi na delovnem mestu

Zaposlenim je potrebno svetovati in jih poučiti o škodljivosti psihoaktivnih snovi na delovnem mestu ter dosledno izvajati ukrepe ob morebitni kršitvi. Uporaba psihoaktivnih snovi na delovnem mestu ne sme biti dovoljena. Privede lahko do povečanja poškodb, storilnost zaposlenih se zmanjša (Stergar, Urdih Lazar, 2006 h).



2.8 Preprečevanje in obvladovanje trpinčenja na delovnem mestu

Dobra klima v organizaciji predstavlja motivacijo za zaposlene, lahko tudi preprečuje konfliktna situacija ter spodbuja k aktivnostim. Zaposleni ne smejo biti izpostavljeni nadlegovanju, trpinčenju, šikaniranju ali kakršnikoli drugi obliki nasilja na delovnem mestu (Stergar, Urdih Lazar, 2006 i).

3 Promocija zdravja na delovnem mestu

Sprejet je bil nov Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD - 1), ki vključuje načrtovanje promocije zdravja pri delu.

32. člen (načrtovanje promocije zdravja na delovnem mestu)

(1) Delodajalec mora promocijo zdravja na delovnem mestu načrtovati ter zanjo zagotoviti potrebna sredstva, pa tudi način spremljanja njenega izvajanja.

(2) Minister, pristojen za zdravje, izda smernice za določitev in pripravo promocije zdravja na delovnem mestu iz prejšnjega odstavka tega člena najkasneje do uveljavitve tega zakona.

(3) Smernice iz prejšnjega odstavka tega člena se po obravnavi na Ekonomsko-socialnem svetu objavijo na spletnih straneh ministrstva, pristojnega za zdravje, in ministrstva, pristojnega za delo (Zakon o varnosti in zdravju pri delu, 2011).

3.1 Kaj je promocija zdravja na delovnem mestu?

Po opravljeni analizi zdravja zaposlenih pripravimo načrt za izboljševanje zdravja. V projekt promocije zdravja zapišemo, katere tematike bomo obravnavali in po kakšnem zaporedju. Zaposlene interno izobražujemo s predavanji. Usposabljammo jih za varno delo. V Evropski uniji (v nadaljevanju EU) t. i. Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu priporoča smernice, priporočljive za varno delo in zdrava delovna mesta.

Promocija zdravja na delovnem mestu predstavlja skupna prizadevanja delodajalcev, delavcev in družbe za izboljšanje zdravja in dobrega počutja na delovnem mestu. To dosežemo s kombinacijo:

- izboljšanja organizacije dela in delovnega okolja,
- spodbujanja delavcev, da se udeležujejo zdravih dejavnosti,
- omogočanja izbire zdravega načina življenja in
- spodbujanja osebne razvoja (Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu, 2010).

S projektom Čili za delo želimo v Sloveniji doseči, da se zdravje zaposlenih ohrani čim dlje ter tako izboljšati njihovo produktivnost ter skupaj z delodajalci doseči napredek in izboljšanje vseh delovnih mest.

Izmensko in nočno delo je v zdravstvu skoraj povsod prisotno. Utrujenost je pogostejša, vendar zaposleni svoje delo kljub naporom uspešno opravljajo.

Veliko nevarnost po nočnem delu predstavljajo prometne nesreče. Dogaja se, da po nočnem delu zaradi preutrujenosti ljudje zaspijo za volanom.

Ker je za nemoteno 24 urno oskrbo pacientov delo v nočni izmeni del procesa, naj bodo urniki zaposlenih oblikovani tako, da se jim omogoči počitek in koriščenje prostih dnevvov. S tem zmanjšamo tveganje za poškodbe pri delu. Promocija zdravja na delovnem mestu temelji na ukrepih, ki jih je



smiselno izvajati kot dolgotrajne ukrepe za obvladovanje tveganj. Vključena mora biti v vse delovne procese (Horrocks, Pounder, 2010).

4 Kaj je absentizem ali bolniški stalež?

Absentizem ali bolniški stalež se lahko računa na različne načine in ti se med seboj razlikujejo. Definicija nam pove: bolniški stalež je začasna zadržanost delavca z dela zaradi bolezni, poškodb pri delu, poškodb izven dela, nege, spremstva ali drugih zdravstvenih razlogov.

Odstotek bolniškega staleža (%BS) je odstotek izgubljenih koledarskih dni oziroma delovnih dni v enem letu na enega zaposlenega:

Indeks onesposobljenja (IO) je število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega:

$$IO = (\text{število izgubljenih koledarskih dni}) / (\text{število zaposlenih})$$

Indeks frekvence (IF) je število zadržanosti z dela zaradi BS na 100 zaposlenih, ne glede na dolžino te odsotnosti:

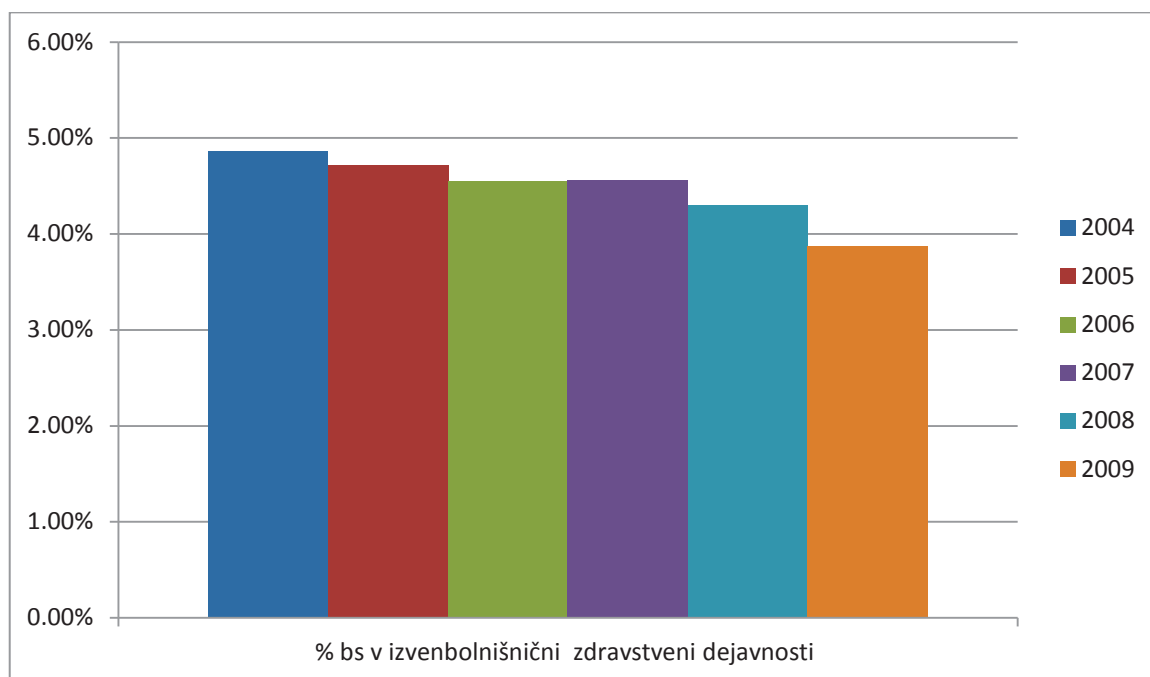
$$IF = (\text{število primerov} \times 100) / (\text{število zaposlenih})$$

Resnost (R) je povprečno število ene odsotnosti z dela oziroma izgubljenih koledarskih ali delovnih dni - trajanje ene zadržanosti z dela. Izraža se v dnevih:

$$R = (\text{število izgubljenih koledarskih dni zaradi enega vzroka zadržanosti z dela}) / (\text{število primerov})$$

(Stergar, Urdih Lazar, 2006 b).

Iz podatkov, ki smo jih pridobili na IVZ, smo izbrali podatke, ki so prikazani v grafu št.1. Podatki prikazujejo odstotek bolniškega staleža v izven bolnišnični dejavnosti, od leta 2004 do leta 2009 in rahel upad staleža.



Graf št. 1: Odstotek bolniškega staleža v izven bolnišnični zdravstveni dejavnosti

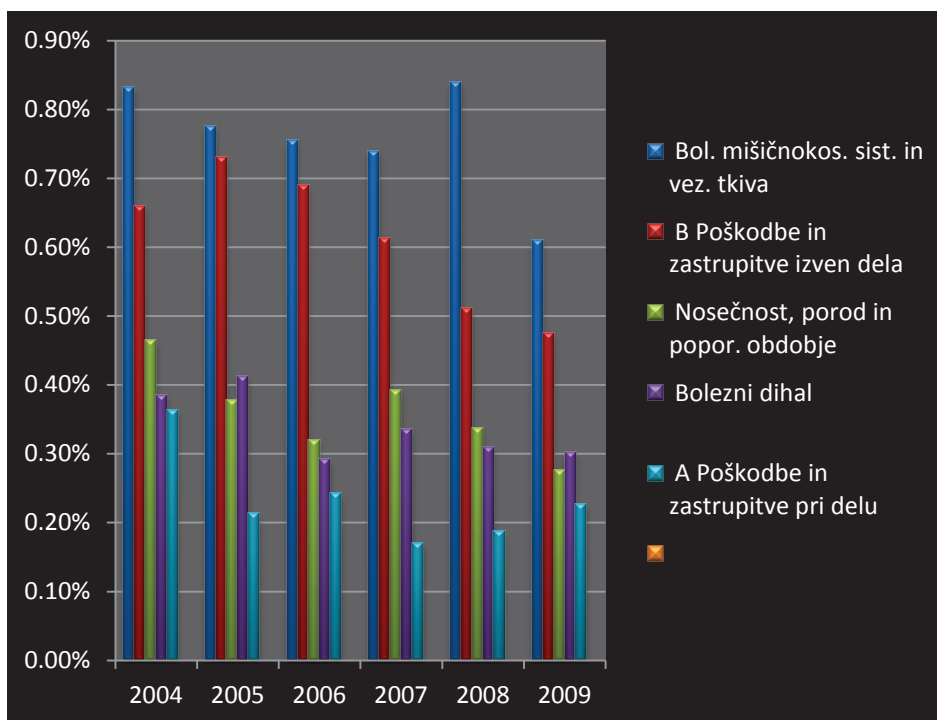
Iz tabele št. 1 je razvidno, da je absentizem v izven bolnišnični dejavnosti primerljiv z absentizmom vseh zaposlenih v Sloveniji. V primerjavi bolniškega staleža med celotno zaposleno populacijo v Sloveniji in zdravstvenimi delavci v izven bolnišnični dejavnosti, lahko opazimo, da zdravstveni absentizem v letih 2004 – 2009 ni naraščal. Videti je celo minimalno zmanjšanje, kar pa je lahko posledica fluktuacije, upokožitev ali celo bojazni pred izgubo službe.

Na kazalo

Tabela 1: Primerjava med izven bolnišnično zdravstveno dejavnostjo in vsemi zaposlenimi v Sloveniji

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
% bs v izvenbolnišnični zdravstveni dejavnosti	4,86%	4,71%	4,54%	4,56%	4,30%	3,87%
% bs vsi zaposleni v SLO	4,84%	4,71%	4,20%	4,40%	4,25%	4,18%

V primerjavi absentizma od leta 2004 do leta 2009 so na prvem mestu vedno bolezni mišično kostnega sistema, tako zdravstveni delavci ne izstopajo v primerjavi z vsemi zaposlenimi v Sloveniji. Žal so mišično kostne bolezni v porastu. Prav tako se med 5 najpogostejšimi vzroki za bolniški stalež pojavljajo poškodbe na delu in izven dela. Na dolžino bolniškega staleža vpliva tudi nega družinskih članov (predvsem malih otrok), stalež v nosečnosti in večji del žensk v dejavnosti (Graf št. 2).



Graf št. 2: Najpogostejši vzroki za bolniški stalež v Sloveniji, v obdobju od 2004 - 2009

Nekaj predlogov kako zmanjšati bolniški stalež:

- Ustvarjanje ugodne pozitivne klime v delovni organizaciji med zaposlenimi.
- Dosledno spoštovanje predpisov s področja zdravja in varnosti pri delu.
- Kontrola bolniškega staleža.
- Usposabljanje in izobraževanje za varstvo pri delu za vse zaposlene.
- Preprečevanje vseh oblik trpinčenja na delovnem mestu.
- Prepoved uporabe psihoaktivnih snovi na delovnem mestu (alkohol, droge).
- Spodbujanje zaposlenih k zdravemu načinu življenja, rekreaciji.
- Promocija zdravja.
- Ergonomska ureditev delovnih mest.

5 Zaključek

Ocenjujemo, da je projekt Čili za delo dobro zastavljen. Mreža svetovalcev za promocijo zdravja na delovnih mestih se vsako leto povečuje, tako bomo pripomogli k izboljšanju zdravja aktivne populacije. Pogosto so potrebne le minimalne spremembe za izboljšanje delovnih pogojev. Bolniški stalež pa je le eden izmed merljivih kazalnikov zdravja zaposlenih.



Literatura

Evidenca začasne odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodb, nege in drugih vzrokov, IVZ 3, 2004 - 2009, Podatki pridobljeni za Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2010.

Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu . Dostopno na <http://osha.europa.eu> (20.11.2011)

Fakin S, Vučković R. Zdravstveni absentizem v Sloveniji. Zbornik primerov iz prakse 14 slovenskih podjetij, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ljubljana 2010

Fakin S, eds. Zdravstveni absentizem v Sloveniji. Zbornik primerov iz prakse 14 slovenskih podjetij. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2010.

Horrocks N, Pounder R, eds. Glasnik KIMDPŠ: Delo v nočni izmeni: priprava, preživetje in počitek - vodnik za zdravnike. Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, 2010.

Stergar E, Urdih Lazar T, eds. Priročnik za svetovalce za promocijo zdravja pri delu. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa 2006.

Stergar E, Urdih Lazar T, eds. Priročnik za svetovalce za promocijo zdravja pri delu: Uvodna poglavja. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa; 2006 a.

Stergar E, Urdih Lazar T, eds. Priročnik za svetovalce za promocijo zdravja pri delu: Analiza zdravja delavcev. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa; 2006 b.

Stergar E, Urdih Lazar T, eds. Priročnik za svetovalce za promocijo zdravja pri delu: Preprečevanje poškodb pri delu. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa; 2006 c.

Stergar E, Urdih Lazar T, eds. Priročnik za svetovalce za promocijo zdravja pri delu: Ergonomski ukrepi na delovnem mestu. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa; 2006 d.

Stergar E, Urdih Lazar T, eds. Priročnik za svetovalce za promocijo zdravja pri delu: Preprečevanje obremenitev zaradi izpostavljenosti kemijskim dejavnikom tveganja. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa; 2006 e.

Stergar E, Urdih Lazar T, eds. Priročnik za svetovalce za promocijo zdravja pri delu: Organizacijski ukrepi na delovnem mestu. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa; 2006 g.

Stergar E, Urdih Lazar T, eds. Priročnik za svetovalce za promocijo zdravja pri delu: Preprečevanje uporabe psihoaktivnih snovi na delovnem mestu. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa; 2006 h.

Stergar E, Urdih Lazar T, eds. Priročnik za svetovalce za promocijo zdravja pri delu: Preprečevanje in obvladovanje trpinčenja na delovnem mestu. Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa; 2006 i.

Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1), Uradni list Republike Slovenije št. 43/ 2011, str. 5649.





III. sklop: GIBANJE IN PREHRANA

Moderatorja: Anemarija Smonkar, Igor Robert Roj



ZDRAVA PREHRANA KOT PREVENTIVA BOLEZNI

Svetlana Šarenac, dipl. m. s., spec klin. dietetike
Univerzitetni klinični center Maribor, Služba zdravstvene nege

Izvleček

Kronične bolezni prizadenejo različne organe in se po nastanku in razvoju med seboj razlikujejo. Vendar imajo te bolezni večinoma skupne dejavnike tveganja: energijsko preveč bogata, mesna in mastna prehrana, preveč alkoholnih in sladkih pijač, premalo balastnih snovi, zaščitnih snovi (antioksidantov) ter neustrezna kvaliteta maščob. Poleg teh imata kajenje in telesna neaktivnost še dodaten škodljiv vpliv. S pravilno prehrano in spremenjenim življenjskim slogom lahko znatno zmanjšamo vplive dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih bolezni.

Ključne besede: kronične bolezni, zdrava prehrana, dejavniki tveganja.

1 Uvod

Ljudje v sodobnem način življenja, ob stalno dosegljivem obilju hrane vse bolj posegamo po živilih, ki organizmu zaradi svoje sestave ali količine škodijo. Znano je, da obstaja tesna povezava med najpogostejšimi kroničnimi boleznimi v razvitem svetu in sodobnim načinom prehranjevanja ter pomanjkanjem gibanja. Če smo še nedavno tega poznali različne diete za žolč, prebavila, srce in jetra, za otroke, starejše..., pa danes vemo, da tako različne bolezni, kot so srčna in možganska kap, debelost, rak in sladkorna bolezen, zvišani krvni pritisk preprečuje ena sama - zdrava prehrana (Maučec – Zakotnik, Stanič, 1996).

Zdrava prehrana je pomemben dejavnik v človeškem okolju, saj vpliva na pravilen psihofizični razvoj, zdravje, delovno sposobnost, dobro počutje in dolgo življenje. Zdrava prehrana mora zagotoviti vse potrebne esencialne hranilne snovi: vitamine, minerale, esencialne amino - kisline, esencialne maščobne kisline, potrebno količino energijskih hranil (ogljikove hidrate, maščobe in balastne snovi). Prilagojena mora biti fiziološkemu ritmu prehrane. Zdrava prehrana mora ohranjati in krepiti zdravje oziroma preprečevati, da bi se bolezensko stanje še poslabšalo, ali celo zdraviti. V osnovi mora zdrava prehrana biti uravnotežena (Maučec – Zakotnik, Stanič, 1996).

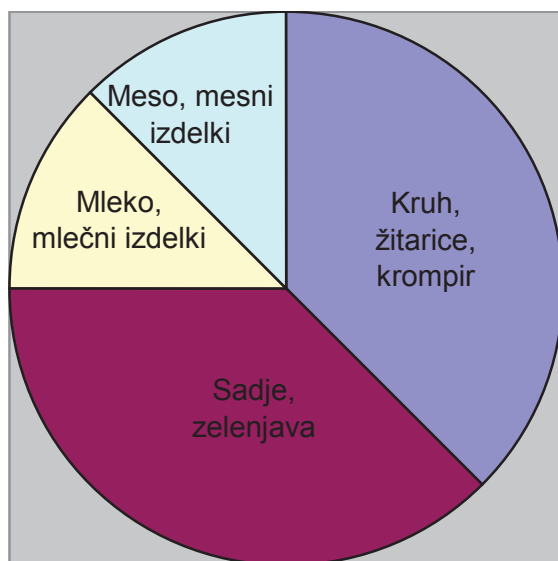
Uravnotežena prehrana ponazarja priporočene količine živil v zdravi prehrani in temelji na petih glavnih skupinah živil:

1. KRUH, ŽITA, ŽITNI IZDELKI, KROMPIR
2. SADJE, ZELENJAVA
3. MLEKO, MLEČNI IZDELKI
4. MESO, RIBE IN ZAMENJAVE
5. Živila, ki vsebujejo VELIKO MAŠČOB IN SLADKORJEV (Maučec – Zakotnik, Stanič, 1996).

Vse kar pojemo imenujemo živila. To so naravne dobrine živalskega, rastlinskega in mineralnega izvora. Živila vsebujejo hranilne snovi: ogljikove hidrate, maščobe, beljakovine, vitamine, minerale in vodo. Najboljši način, da zagotovimo vse hranilne snovi je uživanje zdrave mešane prehrane.



Če uživamo živila pretežno iz prvih štirih skupin, zagotavljamo zadosten vnos hranilnih snovi za normalno delovanje organizma in za vzdrževanje zdravja. Priporočljivo je uživati iz vsake skupine čim bolj pestra živila. Živila iz pete skupine za življenje niso nujno potrebna vendar dodajo naši hrani pestrost in okusnost (Pokorn, 2005).



Slika 1: Prikaz uravnotežene prehrane (Pokorn, 2005).

2 Zdrava prehrana

Zdrava prehrana je eden od pogojev dobrega počutja vsakega človeka. Vpliva na sposobnost za učenje, delo, igro in preprečuje bolezni. Na ustrezno sestavo posebej opozarjajo priporočila zdrave prehrane.

Pravilno sestavljena in pripravljena hrana, ki je enakomerno razporejena skozi ves dan, pokriva naše energijske potrebe in potrebe po hranilnih snoveh. Hranilne snovi potrebujemo za rast, razvoj in pravilen potek vseh procesov v telesu. Tako kot pomanjkanje hrane tudi prevelike količine hrane slabo vplivajo na zdravje.

Kako pomembna je zdrava prehrana, se pogosto zavemo šele, ko zbolimo. Takrat začnemo razmišljati, kaj je zdrava in uravnotežena prehrana in kakšno hranilno in energijsko vrednost imajo živila, ki jih zaužijemo v najrazličnejših jedeh (Lovšin, Suwa - Stanojević, Debeljak, 2008).

2.1 Pravilna sestava hrane (vsebinska razporeditev)

Sestava dnevnih obrokov naj vključuje živila iz vseh skupin (mleko, sadje,

zelenjava, škrobna živila in stročnice, meso, maščobna živila). S tem zagotovimo tudi vse hranilne snovi (ogljikove hidrate, beljakovine, maščobe, vlaknine, vitamine in minerale). Pri sestavi jedilnika pa moramo upoštevati tudi energetsko vrednost vsakega živila.

Ogljikovi hidrati naj pokrijejo 50% do 70% dnevnih energijskih potreb (škrobna živila, stročnice in polisaharidi).



Izbirajmo živila z več balasta (vlaknine), s čimer lahko naredimo obrok energijsko redkejši.

Maščobe naj pokrijejo 15% do 30% dnevnih energijskih potreb. Uporabljajmo maščobe rastlinskega izvora.

Beljakovine naj pokrijejo 10% do 15% dnevnih energetskih potreb. Razmerje med živalskimi in rastlinskimi beljakovinami naj bo največ 3 : 2.

Dnevna potreba soli je 3g do 5g, kar vključujejo že živila sama, zato hrane ne dosoljujemo.

Omejimo pitje alkoholnih, gaziranih in drugih umetnih pijač, za žejo pa priporočamo čisto vodo (Pokorn, 2005).

2.2 Ritem prehranjevanja

Poleg pravilne sestave moramo biti pozorni na pravilen ritem prehranjevanja. Priporočamo 3 do 5 obrokov na dan z razmaki na 3 - 4 ure. Energijska razporeditev dnevnih potreb na obroke naj bo približno takšna: zajtrk - 25%, dopoldanska malica - 15%,

kosilo - 30%, popoldanska malica - 10% in večerja - 20%.

Skupna energijska vrednost obrokov naj glede na delo in način življenja omogoča

približevanje idealni telesni teži (na primer: 60 kg težka ženska potrebuje za lažja

dela 1600 do 1800 kcal, 80 kg težak moški pa potrebuje cca. 2200 kcal) (Pokorn, 2005).

2.3 Pravilen način priprave hrane

S pravilno pripravo hrane ohranimo hranilne vrednosti in zmanjšamo verjetnost onesnaženja. Pri vnaprej pripravljeni hrani (konzerve, zmrznjena hrana) preverimo količino soli

in maščob ter vsebovane presežke upoštevamo pri drugih obrokih. Namesto soli se priporoča uporaba drugih domačih začimb ali zelišč.

Uporabljajo naj se taki načini priprave hrane, ki v živilih čim bolj ohranjajo vitamine in minerale. Cvrtnje se ne priporoča, ker tako pripravljena hrana vsrka preveč maščobe.

Načini zdrave priprave hrane:

Kuhanje z malo vode ohranja minerale in vitamine, ohranimo boljšo aromo, barvo in okus. Primerno je za kuhanje zelenjave in sadja.

Dušenje je kuharska tehnika, pri kateri se jedi pripravljajo na mali temperaturi do 100°C z malo vode in brez maščob. Ker je čas dušenja kratek, ohranimo večino hranilnih snovi. Način kuhanja je primeren za zelenjavo, meso, sadje, žita.

Pečenje v alu - foliji omogoči živilom kuhanje v lastnem soku, brez dodajanja maščob in vode. Folija je obstojna, lahko jo uporabljamo v pečici, na žaru ali v ponvi in je primerna za kuho vseh živil.

2.4 Splošna navodila za zdravo prehrano (12 korakov do zdravega prehranjevanja)

V jedi uživajte. Izbirajte pestro hrano, ki naj vsebuje več živil rastlinskega kot živil živalskega izvora.

Izbirajte živila iz polnovrednih žit in žitnih izdelkov.



Večkrat dnevno jejte pestro zelenjavo in sadje. Izbirajte lokalno pridelano, svežo zelenjavo in sadje.

Bodite telesno dejavni toliko, da bo vaša telesna masa normalna.

Nadzorujte količine zaužite maščobe in nadomestite večino nasičenih maščob (živalskih maščob) z nenasičenimi rastlinskimi olji.

Nadomestite mastno meso in mastne mesne izdelke s stročnicami, ribami, perutnino ali pustim mesom.

Dnevno uživajte priporočene količine manj mastnega mleka in manj mastnih mlečnih izdelkov.

Jejte manj slano hrano.

Omejite uživanje sladkorja in sladkih živil.

Zaužijte dovolj tekočine.

Omejite uživanje alkohola.

Hrano pripravljajte zdravo in higiensko (Pokorn et al., 2008).

3 Prehrana kot dejavnik tveganja pri nastanku kroničnih bolezni

V življenjskem okolju se običajno prepleta več dejavnikov okolja, ki povzročajo ali pospešujejo nastanek kroničnih bolezni. Najbolj pogoste kronične bolezni so: koronarne bolezni, cerebrovaskularne bolezni, sladkorna bolezen, debelost, hipertenzija, hiperlipidemija itd. Dejavniki tveganja, ki povzročajo te bolezni, pogosto opozarjajo na prisotnost drugih dejavnikov in sami zase po navadi niso neodvisni od ostalih. Izbrali smo nekaj najbolj pogostih: prehrana z veliko maščob, prehrana z premalo zaščitnih snovi in balasta, debelost z premalo telesne aktivnosti, preveč soli v prehrani (Maučec – Zakotnik et al., 2001).

Maščobe

Maščobe so vir energije in esencialnih maščobnih kislin. Nekatere spodbujajo absorpcijo v maščobah topnih vitaminov (A, D, E, K). Uživanje velikih količin določenih maščob vzpodbuja nastanek kroničnih bolezni, zlasti bolezni srca in ožilja.

V zdravi prehrani se izogibamo nasičenim maščobnim kislinam (živalske maščobe).

Od priporočenih 20 - 30% maščob v celodnevni prehrani damo prednost poli - nenasičenim in mono - nenasičenim maščobnim kislinam (to so rastlinske maščobe in jih je največ v olivnem olju) (Maučec – Zakotnik et al., 2001).

Zaščitne snovi (antioksidanti)

Antioksidanti so posebne zaščitne snovi, ki nas varujejo tako, da v organizmu 'lovijo' proste radikale. Prosti radikali so stranski produkti presnove, ki lahko poškodujejo (oksidirajo) različno pomembne sestavine celic in prispevajo k nastanku številnih bolezni, od ateroskleroze, hipertenzije, sladkorne bolezni itd. Pogosto je vzrok visokega krvnega pritiska v nesorazmerju med prostimi radikali in antioksidanti. Najnovejši dokazi potrjujejo, da je visok krvni tlak vsaj deloma posledica delovanja prostih radikalov in ga je mogoče omejevati tudi z antioksidanti (Nilson et al., 1992). Pred škodljivimi učinki prostih radikalov se najbolj borijo zaščitne snovi – antioksidanti, ki jih je največ v sadju in



zelenjavi.

Zaščitne snovi ali antioksidanti so: vitamin C, vitamin A, vitamin E, karotenoidi, selen (mineral), vlaknine, flavenoidi, kalcij, itd.

Posebni varovalni učinek imajo sadje in zelenjava. Poleg zaščitnih snovi redčijo strupene snovi in pospešujejo prehod blata skozi debelo črevo.

Med zelenjavo, ki ima zelo veliko zaščitnih snovi sodijo: korenje, česen, čebula, brokoli, paradižnik, ohrovt, zelje, itd.

Sadje z bogato zaščitnimi snovmi je: maline, jagode, ribez, lubenice, dinje, itd.

Zaščitne snovi vsebuje tudi zeleni čaj.

Debelost

Je kronična presnovna bolezen, za katero je značilno prekomerno kopičenje maščob v telesu. Je posledica medsebojnega vpliva genetskih dejavnikov in načina življenja, s pretiranim uživanjem hrane in z nezadostno telesno aktivnostjo, ki privedejo do dolgotrajnega pozitivnega energetskega neravnovesja (Pokorn, 2005). Trenutno prevladuje mnenje, da je debelost stanje, ki ga je težko definirati, je zelo variabilno v svojem poteku in evoluciji v poznejšem življenju in ima pomembne, vendar nejasne učinke na zdravje, je multifaktorne etiologije ter predstavlja velike težave pri zdravljenju (Micetić – Turk, 1992). Definicijo debelosti oz. prekomernega kopičenja maščobe v organizmu otežita še dva problema: kako izmeriti maščobe v organizmu in kako oceniti, kakšen je njen presežek.

Za merjenje debelosti obstajajo različne metode. Tako je danes splošno uveljavljeno, da teža, ki je 20% nad pričakovano težo za višino in spol, pomeni mejo debelosti (Micetić – Turk, 1992). Pri raziskavah debelosti otrok se najpogosteje uporabljajo percentilne vrednosti. Pod 90 percentilov je normalna prehranjenost, nad 90 percentilov je blaga, zmerna ali čezmerna debelost.

Za oceno debelosti uporabljamo še razmerje teža/(višina)² [kg/m²], ki ga poznamo kot BMI (Body Mass Index). Če znaša vrednost BMI do 25, govorimo o normalni prehranjenosti, če od 25 do 30 pa govorimo o zmerni ali čezmerni debelosti. Prekomerno telesno težo in debelost povezujemo z razvojem kroničnih bolezni, ki zmanjšujejo kvaliteto življenja in skrajšajo pričakovano življenjsko dobo. Debelost je lahko samostojen dejavnik tveganja za razvoj kroničnih, nenalezljivih bolezni, kot je na primer arterijska hipertenzija.

Arterijska hipertenzija (zvišani krvni pritisk) je zanesljivo najpogostejša bolezen obtočil. Če človek zaužije večje količine energije kot jih porabi za delo organov v mirovanju in celotno telesno dejavnost se pojavi debelost. Prekomerno kopičenje maščob nastane kot posledica nepravilne prehrane s preveliko vsebnostjo maščob premalo sadja in zelenjave in telesno neaktivnostjo. Patofiziološki razlogi za nastanek visokega krvnega pritiska pri debelosti so povečan volumen krvi, zvečan minutni volumen srca in povečan žilni upor. Te patofiziološke spremembe sprožijo zadrževanje natrija v celicah, povečano aktivnost simpatičnega živčevja, nastanek inzulinske rezistence in še druge komplikacije. Pri zmanjšanju telesne teže se lahko te spremembe ublažijo. Ostali preventivni ukrepi pri zvišanem krvnem pritisku so: omejitev količine soli v dnevni prehrani, nadomeščanje kalija, kalcija in magnezija pri morebitnem pomanjkanju, prehrana z veliko vlakninami in zaščitnimi snovmi, telesna aktivnost, omejitev alkohola in tobaka (Pokorn, 2005).

Sol v prehrani

Ljudje se na okus po soli hitro navadijo in si jedi iz navade dosolijo, ne da bi jo prej poskusili. Zdrava, normalno soljena celodnevna prehrana vsebuje 10 - 14 gramov soli. Preveč soljena hrana je lahko eden od vzrokov prevelikega krvnega pritiska. Dnevno priporočena količina natrija v prehrani naj



ne preseže 5g soli. Če iz celodnevnega jedilnika izključimo vsa slana živila, bo jedilnik vseboval še vedno 1 - 2g soli. Takšen jedilnik priporočamo za strogo neslano dieto (Pokorn, 2005).

Tabela 1: Shujševalni jedilnik z omejeno količino soli

beljakovine maščobe ogljikovi hidrati		19,7% od celodnevne energetske vrednosti 25,1% od celodnevne energetske vrednosti 55,9 % od celodnevne energetske vrednosti					
HRANILNA SESTAVA ŽIVIL							
obtok	živilo	količin živila	beljakovine (g)	maščo (g)	oglj.hidrat (g)	kj	kkal
zajtrk	Neslani kruh	30 g	2,4	0,6	12,9	279,7	66,6
	Manj mastni sir	20 g	5,8	4,6	0,5	280,6	66,8
	pomaranča	150 g	1,2		14,2	220,5	52,5
Dopol ska malica	Neslani kruh	30 g	2,1	0,6	12,0	259,6	61,8
	piščančje prsi v ovitku	15 g	2,8	0,3		61,7	14,7
	paradižnik	25 g	0,2		0,7	14,7	3,5
	kivi	100 g	1,0		9,0	168,0	40,0
kosilo	Posneta juha	2,5 dl	0,2	0,5	0,7	39,9	9,5
	telelina	80g	17,0	2,5		379,7	90,4
	krompir	100 g	2,1	0,1	20,8	365,4	87,0
	korenje	50 g	0,5		4,0	75,6	18,0
	brokoli	50 g	1,5	0,2	1,4	52,5	12,5
	radič	200 g	2,4		3,4	100,8	24,0
	rastlinsko olje	10 g		10,0	-	378,0	90,0
popold malica	Neslani kruh	30 g	2,4	0,6	12,9	279,7	66,6
	Jogurt z 1,6%M	100 g	3,4	1,6	3,9	184,8	44,0
	jabolko	100 g			10,0	168,0	40,0
večerja	riž	60g	4,2	0,6	46,8	879,5	209,4
	pusta govedina, mleta	30g	6,4	0,9		162,5	38,7
	Zelena solata	200 g	7,7	0,2	4,4	117,6	28,0
	Rdeča pesa	100 g	U	0,1	7,0	134,4	32,0
	rastlinsko olje	10 g		10,0		378,0	90,0
	jagode	50 g	0,3		3,1	54,6	13,0
skupaj			59,2	33,4	167,7	5035,8	11199,

Vir: Brodarec, 1997.

Varovalna prehrana kot preventiva nastanka bolezni

Mediterranska oblika prehrane ima poseben varovalni učinek na telo in jo zato priporočamo kot varovalno obliko prehranjevanja. Varovalna prehrana nas obvaruje pred sodobnimi boleznimi.

Za to prehrano je značilno, da dnevni jedilnik, poleg žit in zelenjave ter sadja, vključuje tudi olivno olje in stročnice, večkrat tedensko priporoča ribe in le nekajkrat na mesec pusto meso klavnih živali (govedino, teletino, svinjino, ovčetine itd.).



Slika 2: Piramida mediteranske prehrane (Pokorn, 2005).



Tabela 2: Primer jedilnika mediteranske prehrane

Zajtrk z dopoldansko malico	Kosilo s popoldansko malico	Večerja s povečerkom
napitek (kava, čaj, mleko, kakav, sadni sok itn.)	juha (mesna, zelenjavna itn.)	beljakovinsko živilo (jajčna, sirova ali druga jed)
škrobno živilo (kruh, kaša, polenta, žganci itn.)	mesna jed ali zamenjava (jajca, sir, stročnice, itn.)	zelenjavna prikuha in/ali surova solata
beljakovinsko živilo (jajčna jed, sir itn.) maščobno živilo (maslo, itn.)	škrobno živilo	škrobna priloga (kruh, riž, testenine itn.)
sladkorno živilo (med, marmelada itd.)	zelenjavna prikuha in/ali surova solata ali sladica	sadje
sadje in zelenjavna jed (npr. solata)		sladica

Vir: Pokorn, 2005.



4 Zaključek

Pravilna prehrana je med najpomembnejšimi varovalnimi dejavniki pri preprečevanju številnih kroničnih bolezni. V varovalni prehrani je pomembna energijsko uravnotežena prehrana, pri normalni prehranjenosti in pravilno razmerje med esencialnimi hranilnimi snovmi.

Lahko zaključimo, da je varovalna prehrana tista hrana, ki je revna pri maščobah, zlasti nasičenih oziroma živalskih maščobah. Dnevna prehrana naj ne bi presegla več kot za 30% maščob glede na celodnevno količino zaužite energije.

Za vzdrževanje normalne (idealne) telesne teže, ki je prav tako pogoj za uspešno preventivo različnih bolezni, je poleg splošne omejitve energijskih hranil (ogljikovih hidratov in beljakovin) potrebna tudi redukcija maščob.

V dnevni prehrani povečamo količino sadja in zelenjave ter izdelkov iz polno mletih žit, v taki količini, da dosežemo vsaj 20 - 30 g dietnih vlaknin v celodnevnem obroku hrane. Izbiramo živila (sadje, zelenjava), ki so bogata z zaščitnimi snovmi: vitamini A, C, E, karoteni, selenom, kalcijem...

Čim bolj se izogibamo dosoljevanju hrane pri mizi ter slanih živil. Prav tako iz dnevne prehrane izključimo prekajena živila (meso) in ocvrto hrano. Omejimo tudi uživanje večjih porcij mesa oziroma ga nadomestimo z ribami.

Za ohranjanje zdravja uživajmo zdravo prehrano. Velik pomen ima pravilen način priprave hrane, saj od tega zavisi tako okus, kot izgled. Tudi zdrava hrana je lahko privlačna za oko, okusna in v manjših količinah zadosti potrebe organizma.

5 Literatura

Brodarec A. Tablice Republiški zavod za zaščito zdravja, 197; 77 - 99.

Maučec - Zakotnik J., Koch V., Pavčič M., Hrovatin B. Manj maščob – več sadja in zelenjave. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2001.

Mičetič - Turk D. Debelost v otroški dobi. Zbornik predavanja: 8.srečanje pediatrov v Mariboru 1992; 149 - 157.

Nilsson PM, Linholm LH, Schersten BE. Lifestyle changes improve insulin resistance hyperinsulinaemic subjects: a 1-year intervention study of hypertensives and normotensives in Dalby. J. Hypertens 1992; 10 : 1971 – 8.

Pokorn D. Dietna prehrana bolnika. Ljubljana: Marborna, 2005.

Pokorn D., Maučec - Zakotnik J., Močnik – Bončina U., Koroušić – Seljak B. Smernice zdravega prehranjevanja delavcev v delovnih organizacijah. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2008.

Suwa – Stanojević M., Lovšin F., Debeljak B. Bivanje in okolje, hrana in prehrana. Ljubljana: DZS, 2008.



TELESNA DEJAVNOST KOT SESTAVNI DEL ŽIVLJENJA

Manuela Pendl Žalek, promotorka zdravja,
inštruktorica fitnesa in aerobike AFA, FŠ, ACE

Center za promocijo zdravja in Sayonira, društvo za zdravje in vitalnost

*Nihče ni tako star, da ne bi hotel še kako leto živeti in nihče ni tako mlad,
da ne bi mogel takoj umreti. (portugalski pregovor)*

Ključne besede: gibanje, telesna dejavnost, zdravje, aktivno življenje, zdravo življenje

Skrb za zdravo in aktivno življenje

Živeti aktivno pomeni vnašati v vsakdanja opravila čim več telesnih dejavnosti in gibanja. Vloga redne telesne dejavnosti za preprečevanje bolezni srca in ožilja je namreč brezmejna. Možnost zaščite pred temi boleznimi je pri tistih, ki so začeli aktivno živeti, celo večja kot pri tistih, ki so prenehali kaditi.

Že več let strokovnjaki za šport in rekreacijo spodbujajo ljudi, naj namenijo več časa različnim telesnim dejavnostim. Poudarjajo predvsem hojo, tek, kolesarjenje, plavanje in druge podobne dejavnosti, ki ohranjajo vzdržljivost srca, ožilja in pljuč. Ne glede na vse govorjenje in pisanje o pomenu telesne dejavnosti za boljše počutje in trdnjše zdravje, pa je delež telesno neaktivnega prebivalstva še vedno zelo visok. Izgovor, da za rekreacijo ni dovolj časa, je postal že pravo pravilo, kako se izogniti skrbi za svoje telo in ga prepustiti zobu časa.

Z aktivnim in zdravim načinom življenja lahko po podatkih, ki so jih zbrali ameriški strokovnjaki, za svoje zdravje naredimo kar petkrat več kot celoten sistem zdravstvenega varstva – natančneje 10% sistem zdravstva, 17% dedni dejavniki, 22% dejavniki okolja, 51% življenjski slog (Berčič, 2001 str. 37).

Telesna dejavnost krepi telo in duha

Telesna dejavnost je edina dejavnost, ki daje več energije, kot je porabi. Telesu koristi vsaka tehnika. Dobro mu dene že kratek občasen sprehod, čeprav je bolje hitro prehoditi daljšo pot. Še bolje pa je redno hoditi tako hitro, da se pošteno segrejemo. Če telo obremenimo, zaradi tega ne oslabi, temveč postane močnejše in bolj odporno.

Vsaka telesna dejavnost človeku prinese številne koristi, tako duševne kot tudi fizične. Pomaga pri boljšem počutju, energiji in nadziranju zdrave telesne teže. Redna telesna dejavnost ugodno vpliva tudi na zdravje, krepi srce in pljuča, pa tudi kosti postanejo čvrstjše. Pomaga pri preprečevanju različnih bolezni, kot so bolezni srca in ožilja, rak na dojki in drugih rakavih obolenjih, osteoporoza... Poleg tega so podatki iz različnih študij pokazali, da imajo telesno dejavni ljudje gibalne in funkcionalne sposobnosti na približno enaki ravni, kot dvajset do trideset let mlajši, ki se s športom ne ukvarjajo.



Tudi počasi se daleč pride

Redne, četudi zmerne, telesne dejavnosti pripomorejo k boljšemu videzu in počutju, predvsem pa izboljšujejo kakovost življenja in ga tako lahko tudi podaljšujejo. Z razširitvijo pojma telesna dejavnost na zmerno intenzivna dejavnost se krog možnosti zelo poveča. Poleg teka, kolesarjenja in plavanja, lahko izbirate tudi med plesom, aerobiko, plezanjem, planinarjenjem, smučanjem, igrami z žogo, tenisom, hojo, gospodinjskimi opravili, vrtnarjenjem in drugimi. Besedna zveza aktivno življenje je s tako razširitvijo vedno pogostejša in spodbuja ljudi k iskanju užitka pri vsakodnevnih opravilih.

Aktivno življenje pomeni vključevanje kakršnih koli preprostih vsakodnevnih opravil, kot so hoja do trgovine namesto vožnje z avtomobilom, vzpenjanje po stopnicah namesto vožnje z dvigalom in podobno. Čeprav gre za majhna opravila, so kljub temu vsa pomembna. Številni poskusi narediti velik korak iz neaktivnega življenja v življenje, ki vključuje redno telesno dejavnost tudi med prostim časom, so nas naučili, da je pri tako velikih preskokih mnogo ljudi obupalo ali tega sploh nikoli ni poskušalo storiti.

Pot do boljšega zdravja in počutja ni nujno naporna in boleča!

Ker je bil obseg predstavljenih dejavnosti pogosto zelo ozek, so ljudje velikokrat dobili občutek, da si je za to treba prizadevati na vso moč. Z drugačnim pristopom, predstavljenim v knjigi, ki jo pravkar prebirate, lahko tudi tisti, ki imate zelo malo časa in športa nimate posebno radi, končno začnete živeti bolj aktivno. Zato berite dalje in naredite prvi korak.

Kmalu boste opazili spremembe

Koncept aktivnega življenja omili preskok iz neaktivnega v aktivni življenjski slog in ga razdeli v številne manjše korake. Vsak zase morda res ne pomeni veliko in na začetku tudi ne prinese opaznih sprememb na zdravju in počutju, pa tudi pri postavi ne. Vendar vsi dobro vemo, da se tudi počasi daleč pride in kmalu boste opazili spremembe. Morda bo to barva lic, svežina v gibanju, nekaj več energije ali nov življenjski zagon. Prav gotovo vas bo vsaka izmed njih še dalje spodbujala k novim izzivom. Še preden se boste zavedali, bo vaše življenje veliko aktivnejše, kot je bilo prej. Spoznali boste, da za to ni bil potreben velik napor, le dobra volja in želja po boljšem zdravju in počutju.

Človeško telo je narejeno za gibanje

Gibalno dejavnost so s človekovo sposobnostjo povezovali že v času starih Kitajcev, Grkov, Rimljanov in Indijancev. Galen in Hipokrat sta denimo ugotovila, da telesna dejavnost ugodno vpliva na določene sposobnosti, pomanjkanje gibanja pa je škodljivo. Leta 1700 je zdravnik Ramazzini opisal slabšanje telesne sposobnosti krojačev in čevljarjev zaradi njihovega statično sedečega dela v primerjavi s hitronogimi poštarji. Ljudem s sedečimi poklici je že v tistem času priporočal kakršno koli telesno vadbo, ki naj bi si jo privoščili vsaj en dan v tednu, na primer ob nedeljah, da bodo lahko potem spet cel teden sedeli.

Dandanes pa je povečevanje odvisnosti od računalniško vodenih naprav, ki nam sicer prihranijo veliko dela in časa, ogromno ljudi spremenilo v tako imenovani »coachpotato«. Ljudje se ne zavedamo niti nimamo v navadi, da bi se spraševali, kakšen bi bil skupen seštevek časa, ki ga čez



dan presedimo. Sedimo ne le na delovnem mestu, temveč tudi večino preostalega dneva. Sedimo med prehranjevanjem, če že nismo pred televizorjem, se usedemo pred računalnik, beremo knjige, revije in časopise, sedimo v družbi, kinu...

Človeško telo je zgrajeno tako, da se moramo gibati. Naši daljni predniki so bili lovci in nabiralci. Zato ni prav nič čudnega, če se telo negativno odzove na pomanjkanje telesne dejavnosti. Razvojno gledano so preživela le tista živa bitja, ki so bila najmočnejša in najbolj vzdržljiva. Kljub temu, da je današnji način življenja popolnoma drugačen kakor v pradžini, moramo biti tudi danes v dobri formi, da smo lahko kos vsakodnevnim psihičnim stresom modernega življenja.

Postanite aktivni

Telesna nedejavnost zmanjšuje voljo do dela, slabi zdravje in počutje. Dva izmed najbolj običajnih izgovorov sta: »Tako zelo sem utrujen - a!« in »Nimam časa!«. Edini izhod iz tega začaranega kroga je v vsakem trenutku izkoristiti še tako majhno priložnost za telesno dejavnost in z njo začeti takoj.

Da bi ostali ali postali duševno in telesno »fit«, se sploh ni potrebno odpraviti v fitnes center ali telovadnico. Z malo domišljije lahko, celo tisti najbolj neaktivni, v svoj vsakdan vključijo nekaj telesnih dejavnosti in naredijo nekaj za svoje telo, dobro počutje in trdnjše zdravje. Če se ne želijo ali ne morejo pridružiti kakšni rekreativni skupini, naj poskusijo vsaj s hojo, vrtnarjenjem in podobnimi opravili, ki od človeka zahtevajo nekaj telesnega napora. Ko bodo ljudje spodbudili svojo domišljijo, bodo spoznali, da obstaja neskončno število možnosti, kako povečati telesno dejavnost. Namesto da otroke peljejo v šolo z avtomobilom, jih naj raje pospremito peš. Ne se izogibati stopnicam...

POZOR! Če je cilj kaj drugega kot izboljšanje počutja, na primer spreminjanje postave, seveda tovrstne dejavnosti ne bodo zadostovale. Za doseganje zelenih ciljev bo treba vložiti veliko več truda in potu ob premišljeno sestavljenih vadbenih programih in jedilnikih.

Po nekaterih definicijah je telesno nedejaven tisti, ki ni aktiven vsaj 30 minut na dan.

V državah Evropske unije je več kot 60 % populacije premalo telesno dejavne.

Na vrat na nos...

Tudi pri preprostih telesnih dejavnostih sta potrebni zmernost in strpnost. Zlasti pri ljudeh, ki večino dneva opravljajo sedeča dela, se rezultatov ne sme pričakovati prehitro. Začne se naj z vsaj petimi minutami telesne dejavnosti na dan in čas postopoma podaljšuje vsakič, ko se posameznik počuti pripravljen za to. Sčasoma bo oseba bolj »fit« in pripravljena tudi na bolj intenzivne in dalj časa trajajoče telesne dejavnosti. V kratkem času bo brez težav zmogla 30 minut zmerne obremenitve 5-krat na teden.

Svetovna zdravstvena organizacija priporoča redno zmerno intenzivno telesno dejavnost vsaj 30 minut na dan, 5 - krat na teden.



Kaj je zmerna intenzivnost?

Zmerno intenzivnost je nedvomno težko opredeliti, saj intenzivnost posamezniki različno zaznavamo. Vsekakor ne pomeni, da smo po obremenitvi popolnoma prepoteni ali da nam srce divje razbija. Pomeni prijetno utrujenost in zmerno zadihanost, ki nam še omogoča dokaj normalno govorjenje. Med zmerno aktivnostjo, kot so živahna hoja, kolesarjenje, ples, plavanje, zahtevnejša hišna in gospodinjstva opravila, vrtnarjenje in podobno, porabimo približno 4 do 7 kalorij na minuto.

Kaj je aktivno življenje?

Aktivno življenje ni nič zapletenega in prav nič revolucionarnega, je le preprosta ideja, kako živeti bolj aktivno. Pojavila se je že pred časom, vendar se še vedno razvija in izpopolnjuje. Pomeni vrnitev k nekaterim dobrim osnovam – preprostosti, zmernosti, raznolikosti... Upošteva radost, vrednosti in koristi različnih telesnih dejavnosti, kar pomeni ukvarjati se z dejavnostmi, ob katerih boste uživali in od njih tudi imeli koristi.

Pri aktivnem življenju gre za »zdravo« izbiro, vendar je ta predvsem vaša. Telesne dejavnosti, za katere se boste odločili, so odvisne od številnih dejavnikov. Najbrž boste pri šestdesetih izbirali drugače kot pri tridesetih. Spet drugače se boste telesnim dejavnostim posvečali pri študiju in starševstvu. Vsekakor pa so odvisne predvsem od vaših sposobnosti in želja. Aktivno življenje je za vsakogar drugačno, vendar vsakomur nekaj ponuja.

Aktivno življenje je način življenja, pri katerem so različne telesne dejavnosti vključene v vsakdanja opravila. Šteje vsaka, še tako majhna dejavnost.

Aktivno življenje in posameznik

Aktivno življenje pomeni ukvarjati se na primer z vrtnarjenjem, hoja, tek, ples, igra s prijatelji ali otrokom, plavanje, kolesarjenje, tudi pranje avtomobila, košnja trave in podobno.

Aktivno življenje je:

- splet dejavnosti, ob katerih uživate in prav nič se ni treba ubadati z dejavnostmi, ki jih ne marate;
- dejavnost biti aktiven, četudi gibanja po vašem mnenju ne potrebujete;
- aktivno preživljanje prostega časa in izmenjava izkušenj s prijatelji;
- sodelovanje pri skupinskih dejavnostih ali tekmovanjih;
- poskušanje novih dejavnosti – njihovo učenje in pri tem odkrivanje samega sebe;
- uživanje v aktivnostih na prostem, v naravi;
- predvsem način življenja, pri katerem so telesne dejavnosti del vsakdana.



Aktivno življenje in družba

Aktivno življenje ni namenjeno samo posameznikom. Vključuje tudi druženje in medsebojno sodelovanje. Pomeni ustvariti si družbo, ki je prijazna in daje podporo – to je v veliko pomoč pri spremembi življenja iz neaktivnega v aktivno. Gre za družbo v naselju, službi, šoli in še kje.

Nagrada za aktivno življenje

Strokovnjaki za šport in rekreacijo že zelo dolgo poudarjajo pomen redne telesne vadbe. In po rezultatih mnogih raziskav je dandanes »telesna neaktivnost« tudi uradno priznana kot dejavnik tveganja za nastanek bolezni srca in ožilja. Ukvarjati se z zmerno intenzivnimi telesnimi dejavnostmi – »živeti aktivno življenje« – prinese veliko koristi. Vendar žal teh ni mogoče »skladiščiti«. Uživate jih lahko, dokler z gibanjem ne prenehate. Nekatere koristi so dolgoročne, spet druge bolj trenutnega značaja. Vsaka od njih pa je bila dokazana z dolgoletnimi znanstvenimi raziskavami.

Dolgoročne koristi

Z redno telesno dejavnostjo in aktivnim načinom življenja izboljšujemo zdravje oziroma preprečujemo nastanek številnih bolezni in zdravstvenih težav. Telesna dejavnost je neke vrste »preventivna medicina«.

Redna telesna dejavnost:

- krepi srce in pljuča ter izboljšuje prekrvavitev;
- uravnava krvni pritisk;
- uravnava maščobe in holesterol v krvi;
- izboljšuje obrambni sistem telesa;
- izboljšuje ravnotežje, koordinacijo in hitrost;
- ohranja čvrste mišice in gibljive sklepe;
- krepi kosti in pomaga preprečevati osteoporozo.

Takojšnje koristi

Redna telesna dejavnost omogoča veliko koristi, ki jih lahko uživamo praktično takoj.

- Nekaj takojšnjih koristi:
- lepši videz;
- več energije in življenjskega elana;
- več zabave in užitka od življenja;
- bolje spopadanje z vsakodnevnimi nalogami, opravili in stresi;
- učinkovito sproščanje in boljši spanec;



- uživanje v zdravi in uravnoteženi prehrani;
- učinkovito nadziranje optimalne telesne teže;
- učinkovito nadziranje življenja;
- boljše počutje;
- več samozavesti.

Veliko ljudi se odloči, da bodo bolj dejavni zaradi dolgoročnih koristi – ker je to dobro zanje, ker vedo, da bi to morali početi. Nekateri pa vztrajajo pri telesni dejavnosti le zaradi takojšnjih koristi. Vsakdo, ki se nekaj časa ukvarja s telesno dejavnostjo, zlati tisti, ki to počne »na novo«, vam bo rade volje priznal: »Počutim se veliko bolje!« Seveda ima to za vsakogar drugačen pomen. Štiridesetletni oče dveh otrok bo morda dejal: »Zdaj se lahko na dvorišču podim z otroki za žogo, ne da bi takoj ostal brez sape!« Spet nekdo drug bo dejal, da je njegov »swing« pri golfu boljši in da tudi v igri veliko bolj uživa.

Kdaj se bodo pokazali rezultati?

Nekatere koristne učinke redne telesne dejavnosti se da opaziti skoraj takoj. Počutimo se bolj sveže in polni energije. Spanec je boljši in v kratkem se začnemo tudi bolj zdravo prehranjevati. Po približno šestih tednih je moč opaziti večje in vidnejše spremembe na postavi, kar bo še posebej opazno, če je redna telesna vadba združena z zdravo prehrano. Mišice bodo bolj čvrste in napete, izgubili boste nekaj centimetrov in morda tudi kakšen kilogram. Če boste vztrajali pri izbranem vadbenem programu, boste pridobljeno tudi ohranjali in dosegli še večje in boljše rezultate.

Ne pozabite pa, da nobena »telovadba« ne more nadomestiti slabih prehranjevalnih navad.

Literatura

Berčič VH. eds. Zbornik Slovenskega kongresa športne rekreacije 2. slovenski kongres športne rekreacije. Rogla: Športna unija Slovenije, 2001.



PREDSTAVITEV UČNE DELAVNICE »ZDRAVO HUJŠANJE«

Zvezdana Vražič, dipl. m. s., spec. klin. dietetike
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Oddelek za promocijo zdravja

Izvleček

Prevelika telesna teža je dokazano povezana z zvišanim krvnim tlakom, koronarno boleznijo in možgansko kapjo. Zaradi dejavnikov povezanih s telesno težo, se vedno več ljudi odloča za hujšanje. »Zdravo hujšanje« ni samo učna delavnica, ampak tudi pot k zdravemu načinu življenja in spreminjanju življenjskih navad.

Ključne besede: življenjski slog, zdravo hujšanje, gibalna aktivnost

1 Uvod

Bolezni srca in ožilja so še vedno pomemben vzrok obolevnosti in umrljivosti v razvitem svetu in tudi pri nas. Nezdravo prehranjevanje in nezdrav način življenja pripomoreta k nastanku le teh. V razvitem svetu dobiva vse večji pomen preprečevanje bolezni (preventiva). V Evropi se je umrljivost do 64. leta zaradi teh bolezni zmanjšala za celih petnajst odstotkov. Slovenci pa zbolevamo in umiramo zaradi bolezni srca in ožilja še vedno pogosto prav zaradi premajhnega upoštevanja načel zdravega življenja. Umrljivost zaradi bolezni srca in žilja je pri moških 33 % in pri ženskah 10 % (Accetto, 2008).

Prevelika telesna teža je dokazano povezana z zvišanim krvnim tlakom, koronarno boleznijo in možgansko kapjo. V Ljubljani je pretežkih 43 % moških in 54 % žensk.(Accetto, 2008).

Zvišan holesterol v krvi je dejavnik tveganja, ki je tesno povezan z nastankom arteroskleroze, le tega ima v Ljubljani 67 % moških in 60 % žensk.(Accetto, 2008).

Tveganja za nastanek in razvoj srčno žilnih obolenj lahko uspešno zmanjšamo s slogom življenja, ki mu pravimo zdrav način življenja. To ni zdravljenje, govorimo o normalnem zdravem načinu življenja, kar je cilj slehernega človeka. Vsi »ogroženi«, torej vsi, pri katerih so prisotni dejavniki nevarnosti za razvoj bolezni srca in žilja, pa morajo storiti še več. Nevarnosti morajo najprej poskušati odpraviti sprva s strožjim dietetskimi in drugimi ukrepi brez zdravil, večkrat pa je potrebno tudi jemanje različnih zdravil pod nadzorom zdravnika (Accetto, 2008).

Pri preprečevanju bolezni srca in ožilja velikokrat govorimo o tem, da je potrebno znižati telesno težo. Bolniki se na žalost prevečkrat odločajo za nepravilne diete, ki lahko privedejo do prehrambne motnje srčne mišice. Zaradi pomanjkanja beljakovin in kalorij lahko postane srčna mišica tanka in mlahava (Kladnik Januš, 2008). Zato se takšnim bolnikom priporoča, da se udeležijo organiziranih učnih delavnic v zdravstvenih domovih in pod zdravstvenim nadzorom poskrbijo za povrnitev ali izboljšanje zdravstvenega stanja.

2 Življenjski slog in zdravje

Na zdravstvenem področju stil življenja ali življenjski slog pomeni življenjski vzorec, ki je povezan z določenim zdravstvenim stanjem. Kljub temu, da naj bi življenjski slog pojasnil le tretjino variance



v zdravju, obstajajo številni epidemiološki dokazi, da določen življenjski vzorec deluje kot varovalni dejavnik, ki krepi zdravje, podaljšuje življenje in veča njegovo kakovost, ali pa kot nevarnostni dejavnik, ki slabi zdravje ter vodi v bolezen in v prezgodnjo smrt (Kvas, Seljak, 2004: 82).

Zdrav način življenja bi lahko opredelili kot skupek vedenjskih vzorcev, ki krepijo zdravje, preprečujejo nastanek bolezni, večajo kakovost življenja in vodijo v aktivno starost (Lazar, Premik, 1997: 17).

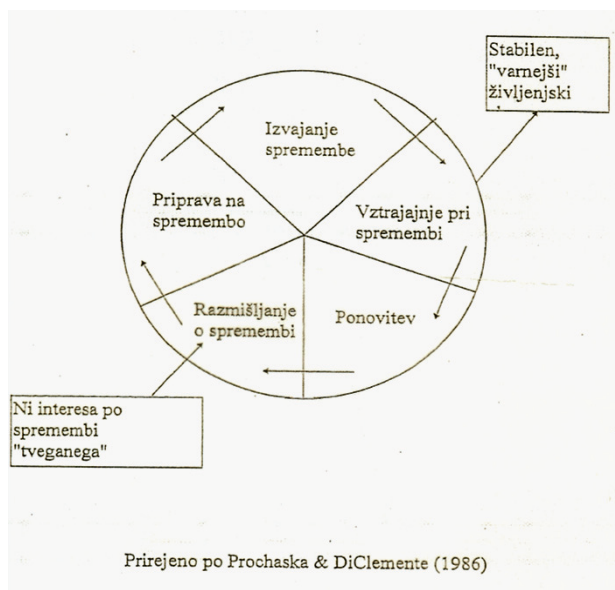
Prochaska in DiClemente sta razvila enega od modelov, ki je poglobljen in uporaben pri sprejemanju in dojemanju spreminjanja življenjskega sloga (CINDI, 2005).

Bolnikova stopnja v procesu spremembe:

Predstopnja: Stopnja pred zavedanjem problema.

- 1) Stopnja razmišljanja.
- 2) Stopnja odločenosti, pripravljenosti na spremembo.
- 3) Stopnja delovanja.
- 4) Stopnja vzdrževanja.
- 5) Vrnitev v staro stanje, vedenje (relaps).

Slika 1: Krog spreminjanja.



Vir: Maučec Zakotnik, 2000

Pomembno je, da prepoznamo posameznikovo mesto/ stopnjo v procesu spreminjanja, da ga ne prehitevamo, temveč z ustreznimi motivacijskimi strategijami spodbujamo napredovanje. V nasprotnem primeru samo krepimo posameznikov odpor in neželjeno obrambno delovanje, prihaja do prekinitev sodelovanja ali pa do zgolj navideznega sodelovanja v obravnavi (Vidmar, Pogorevc, 2006).

3 Predstavitev učne delavnice »Zdravo hujšanje«

Za organizacijo in nadzor nad izvajanjem skupinskih delavnic programirane zdravstvene vzgoje za odraslo populacijo "Program svetovanja za zdravje" je zadolžen Oddelek za promocijo zdravja.



Skupinska obravnava se izvaja v petih učnih delavnicah:

1. učna delavnica "Promocija zdravja in dejavniki tveganja", ki obsega tri sklope:
 krajša delavnica "Življenjski slog",
 krajša delavnica "Test hoje",
 krajša delavnica "Dejavniki tveganja".
2. učna delavnica: "Zdrava prehrana".
3. učna delavnica: "Telesna dejavnost – gibanje".
4. učna delavnica: "Zdravo hujšanje".
5. učna delavnica: "Da, opuščam kajenje".

Pacienti, ki se vključijo v Program svetovanja za zdravje, pričnejo najprej s prvim sklopom učnih delavnic »Promocije zdravja in dejavnikov tveganja«. V sklopu le teh prvič opravijo tudi Test hoje, ki je v veliko pomoč pri svetovanju glede postavitve ciljev za gibanje in telesno težo.

Zaradi pomena gibanja pri vzdrževanju in tudi izgubi telesne teže, smo se odločili da učni delavnici »Zdrava prehrana« in »Telesna dejavnost - gibanje« izvajamo skupaj ob istem terminu. S tem se je povečala učinkovitost dela in tudi za paciente je lažje, da se delavnic udeležijo enkrat tedensko. V učni delavnici »Zdrava prehrana« se pacienti prvič srečajo z jedilniki in izračunavanjem kaloričnih vrednosti le teh. S tem osnovnim znanjem se po zaključku vključijo v učne delavnice »Zdravo hujšanje«, ki trajajo 16 srečanj.

Takoj na začetku izračunamo stanje prehranjenosti in na osnovi le tega postavimo cilje vzdrževanja ali zmanjševanja telesne teže. Telesna teža ni edino merilo pri zdravem hujšanju, upoštevati je potrebno tudi obsege, tako trebuha, nadlahti, kakor tudi bokov in stegen, saj se z redno telesno vadbo pričnejo razvijati mišice in izgorevati maščoba, kar pomeni, da se obsegi manjšajo, ni pa pravilo, da temu premo sorazmerno padajo tudi kilogrami.

3.1 Vodnik za uspešno hujšanje (CINDI, 2005)

- Če pacient jemljete zdravila, naj se glede hujšanja posvetujte z zdravnikom. To je še posebej pomembno pri kroničnih bolnikih, katerim se hujšanje po novih smernicah odsvetuje in se jim priporoča vzdrževanje telesne teže z povečano gibalno aktivnostjo.
- Pacient naj »prehranski dnevnik« kaj je pojedel, okoliščine in počutje, zraven naj vodi tudi dnevnik gibanja, saj s tem odkrije kdaj in kje nanj preži največ skušnjav
- Potrudi naj se jesti manj mastnih in sladkih jedi z več vlakninami, torej več zelenjave in sadja.
- Obroki naj bodo redni, predvsem pa se odsvetuje izpuščanje zajtrkov.
- Pacient naj se potrudi da, vsak teden izgubijo 0,5 do 1 kg in ne več, saj je le to pot do dolgoročnega uspeha.
- Tehtanje naj bo 1X na teden, vedno na isti tehtnici, ob isti uri in priporoča se, da je tehtajoči oblečen v enako vrsto oblačil.
- Prehranjevanje zunaj doma ima pasti katerih se lahko pacient izogne, če upošteva, da naroča hrano, ki vsebuje malo maščob in sladkorjev, meso ali ribe naj bodo raje pečene na žaru kot ocvrte, priloge naj bodo dušene in ne cvrte, zelenjava naj bo pripravljena brez maščob itd.
-



- Priporoča se zmanjšanje količine popitih alkoholnih pijač:
 - zamenjava alkohol s kakšno drugo pijačo,
 - vinu se doda mineralna voda,
 - manj kalorične pijače – predvsem naravne vode in nesladkani čaji,
 - napitke se da razredčiti tudi z ledom,
 - nujno je izogibanje sladkim brezalkoholnim pijačam.
- Redna gibalna aktivnost naj postane bistveni del shujševalnega programa.

3.2 Spreminjanje prehranskih navad - načrt v 10 korakih (CINDI, 2005):

1. Priporoča se uživanje večjih količin zelenjave in sadja.
2. Pomembno je zmanjševanje uživanja slaščic, peciva, prigrizkov ipd.. Le ti se lahko zamenjajo s sadjem, a tudi tu je potrebna omejitev zaradi skritih sladkorjev.
3. Priporoča se uživanje škrobnih živil (npr. kruh, krompir, testenine, kaše, riž), ker dajejo občutek sitosti. V primeru, da so jim dodane maščobe naj le te ne bodo polnomastne, v manjši količini. Predvsem pa se priporoča izogibanje nasičenim maščobam.
4. V trgovini se priporoča izbira pustega mesa in mesnih izdelkov z manj maščob in soli, ter pri pripravi mesa odstranitev ali odlitje vidnih maščob.
5. Piščančje meso naj se je brez kože, ribe se pripravijo na žaru ali pečene v posodi brez maščob ali v pečici na vroč zrak.
6. Namesto polnomastnega mlaka se priporoča pije posnetega mleka, a ne z manj kot 1% mlečne maščobe.
7. Proč z ocvrto in mastno hrano, namesto tega se priporoča priprava na žaru ali v pečici.
8. Pri pitju čaja ali kave se priporoča zmanjšanje količine sladkorja, ali še bolje pitje toplih in hladnih napitkov brez sladkorja.
 - Izbira naj se le tiste brezalkoholne pijače, ki ne vsebujejo dodatnega sladkorja – najbolje vodo.
9. Namesto mastnih sirov se priporoča izbira lahkih sirov, kateri vsebujejo manj kot 25% mlečne maščobe.
10. Odsvetuje se kuhanje po receptih, ki vsebujejo veliko maščob in sladkorja.
 - v receptu navedene količine maščob in sladkorja naj se zmanjšajo,
 - smetana se lahko zamenja z jogurtom,
 - bolje je dodati 1 žličko sladkorja kot 2.

3.3 Telesna dejavnost oz. gibalna aktivnost in hujšanje (CINDI, 2005)

1. Začeti je potrebno zmerno in vadbo izgrajevati postopoma.
2. Glede učinka telesnih vaj na zdravje ob prisotnosti kakršnih koli kroničnih ali akutnih obolenj, se priporoča posvet z zdravnikom.



3. Ob bolečini, vrtoglavici, neobičajni utrujenosti ali slabosti je potrebno nemudoma prekiniti vadbo. Če se simptomi ne poležejo ali povrnejo, ali če je posameznik zaskrbljen, se priporoča da se posvetuje z zdravnikom.

Izkušnje kažejo, da je kombinacija diete s telesno dejavnostjo veliko bolj učinkovita pri znižanju telesne teže kot vsaka zase. Ob zmanjšanem kaloričnem vnosu se zmanjšuje tudi ne maščobno tkivo in kalorične potrebe za bazalni metabolizem, zaradi česar se nižanje telesne teže upočasni. Telesna dejavnost do neke mere pospešuje porabo nakopičenega maščevja in s tem se povečujejo kalorične potrebe organizma (Bratanič, 2004).

Telesna dejavnost naj se vključi v vsakodnevno življenje (peš v šolo,...), poskrbeti je potrebno za postopno dodajanje telesne dejavnosti, ki mora biti redna. Priporočila so, da je dovolj 30 do 60 minut na dan različnih telesnih vaj, ki jih večina družin lahko uresniči (Bratanič, 2004).

S telesno aktivnostjo dosežemo večjo porabo energije in tudi, kar je enako pomembno, porast mišične mase. S porastom mišične mase se poveča bazalni metabolizem. To pa prepreči »yo-yo« efekt, ki je značilen za različne shujševalne diete, ki delujejo samo na principu izgube telesne teže s kratkotrajnim spreminjanjem prehranskih navad brez povečane telesne aktivnosti (Pišot, 2004).

4 Zaključek

Zdravje je ena najpomembnejših sestavin kakovosti življenja, zato skozi zdravstveno vzgojo želimo doseči, da bo pacient spremenil vedenje v prid zdravju, da bo oblikoval nova stališča ali spremenil že obstoječa, sprejel vrednoto zdravje za svojo, saj bo le ta temelj motivacije za zdravo obnašanje. Za doseg tega izjemno zahtevnega cilja je pomembno informiranje, učenje, vzgajanje, svetovanje v kombinaciji in z različnimi poudarki v različnih fazah vzgojnega procesa. Imeti veliko informacij, znanja in spretnosti, je šele osnova za vzgojo, torej spremembo in oblikovanje zdravega življenjskega stila (Hoyer, 2003: 271).

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

Naše delo ne more biti popolno in tudi ne uspešno, če ni sodelovanja vseh členov verige, tako zdravnikov, kateri napotijo paciente, ter njihovih medicinskih sester, katere ob napotitvi opravijo tudi zdravstveno vzgojno delo in motivacijo, ter nas, kateri pacienta dobimo v različni fazi procesa spreminjanja. In ta sposobnost prepoznavanja v kateri fazi je pacient je tudi ključ boljše komunikacije in motivacije pacienta.



Literatura

Accetto R. Nevarnosti za srce in žilje, e Zdravje, <http://www.ezdravje.si>, 2008.

Bratanič N., Debelost pri otrocih zbuja skrb. <http://tux.kabi.si>, 2004.

CINDI Slovenija. Šola za promocijo zdravja in preprečevanje in preprečevanje kroničnih bolezni v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2005.

Hoyer S. Učenje in vzgoja bolnikov v psihiatrični zdravstveni negi. ObzorZdr N 2003; 37: 271.

Kladnik Januš B. Srce in njegove bolezni, Mariborske lekarne Maribor, <http://www.mb-lekarne.si>, 2008.

Kvas A., Seljak J. Mesto zdravnikov in medicinskih sester v različnih modelih zdravja. V: Kvas A., Seljak J. Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2004: 15 - 28.

Lazar I, Premik M. Odnos slovenskih zdravnikov do zdravega načina življenja. Zdrav Var 1997; 66: 17 - 20.

Maučec Zakotnik J., Prekomerna telesna teža, Nacionalni program CINDI Slovenija, Ljubljana 2000.

Pišot R., Vloga in pomen gibalne / športne dejavnosti v šolskem obdobju, Bilten slovenske mreže zdravih šol 1/04, 24 - 33.

Vidmar J., Pogorevc R. Osnove vedenjske-kognitivne terapije debelosti, Zbornik predavanj, 16. srečanja pediatrov v Mariboru 2006, 203 - 209.





IV. sklop: KOZMIČNE ENERGIJE IN »JAZ« (DELAVNICE ZA DOBRO POČUTJE)



BARVE IN BARVNI SISTEM COLOUR MIRRORS

Izr. Prof. Dr. Tadeja Jere Lazanski

Prorektorica za mednarodno sodelovanje
Univerza na Primorskem

Spoznali boste skrivnosti, kako uporabljati barve v življenju in kako njihov vpliv prepoznavati v medsebojnih odnosih. Pokazali vam bomo, kako uporabljati skrivnosti barv z namenom:

- da se bolje spoznate preko svojih najljubših barv,
- da lahko samozavestno združujete barve,
- da povečate svoj občutek dobrega počutja,
- da prepoznate barvne odnose v družini in okolju,
- da ustvarite okolje, ki vam bo najboljše služilo – doma, v šoli, okolju ali na delu.

Barva ima učinek na naše misli, naše telo in čustva, hkrati pa pomeni jezik, s katerim želimo povedati, kako se počutimo in kako odgovarjamo v družinskem in prijateljskem okolju. Skozi praktične in učinkovite vaje boste izvedeli:

- kaj je barva in zakaj vpliva na nas,
- kako prepoznati in določiti različne odtenke barv,
- kako barva oblačila vpliva na vašo osebnost,
- kako barva vpliva na vaše počutje,
- kako uporabiti barvo, da bi spodbudili odgovore, ki nam jih daje naše okolje,
- kako uporabiti barvo v podporo zdravju, samozavesti in dobremu počutju,
- kako ustvariti uspešne in čudovite barvne kombinacije,
- kako z barvami povedati kaj čutimo,
- kako z barvami spodbujati sebe in okolje.



ZDRAVILEN ZVOK GONGOV in TIBETANSKIH POSOD

Lucija Ungar

Človeško telo je podobno zelo zapletenemu, edinstvenemu in natančno uglasenemu glasbenemu instrumentu. Vsak atom, molekula, celica, tkivo in organ neprestano oddaja frekvence na telesni, čustveni, mentalni in duhovni ravni. Zvok je pokazatelj telesnega zdravja na vseh štirih ravneh obstoja. Vzpostavlja zvezo med posameznikom in osupljivo mrežo vibracij, ki se imenujejo kozmos.

Zvok je močna vibracija, je energija, ki jo neprestano ustvarjajo telesa v gibanju, pa če tudi so še tako majhna kot atomi ali tako velika kot planeti. Zvok je energija, ki zdravi, zato segajo začetki zdravljenja z zvokom v prazgodovino in še dlje, v območje mita, religij in spomina duše.

Gongi in tibetanske posode so instrumenti, katerih zvok so že pred 4000 leti pr.n.š. uporabljali v zdravilne in duhovne namene. Zvok in vibracije gonga in tibetanskih posod blagodejno vplivajo na naše telo. Gong je instrument z izredno transformacijsko močjo. Njegov zvok je bogat v spektru nad in pod tonov. Tibetanske posode in gongi oddajajo zvok OM, ki ustvarja notranjo tišino, ravnovesje in harmonijo.

Kaj se dogaja v človeku, ko prisluhne zvokom gonga in tibetanskih posod?

Na začetku zaslišimo mehak kozmični ton, ki kot val potuje skozi telo in tako vpliva na človeka. S tem, ko postaja ton glasnejši, telo, misli in čustva postanejo superprevodni in regenerativni. Ko gostota zvočnih celic v ozračju in možganih doseže določeno točko, se naš um utiša, nastopi stanje alfa ali celo theta, ljudje pa pri tem pogosto izgubijo občutek identitete s svojim telesom, kot snovnim objektom. Meje telesa izginejo, kot da se širimo in lebdimo v prostoru sredi ničesar. Zavemo se obstoja zavesti brez telesa, zdi se, kot da sanjamo, četudi smo budni. Zvoki gongov in tibetanskih posod prečiščujejo vse znotraj in tudi zunaj nas. Gre za stanje popolne harmonije telesa, čustev, uma in duše. Toni ves čas resonirajo v našem telesu. Naše telo in vsak najmanjši atom v njem je prepojen z zvoki, ki regenerirajo celice našega telesa. Spekter zvokov gonga in tibetanskih posod je tako obsežen, da se naš instrument telo lahko uglesi. Predvsem se uglasijo tisti deli, ki so poškodovani in v ne sozvočju. Podobno kot glasbene vilice uglasijo klavir. Poslušanje zvokov gonga in tibetanskih posod je veličastna meditacija, ki vpliva na energetske centre, je uravnovešanje fizičnega, čustvenega, mentalnega in duhovnega, nas postavlja v ravnovesje s samim seboj in okolico.

Človekova narava danes vedno bolj stremi, da bi ponovno odkrila starodavni duh, ki je razumel zvok in glasbo kot simbol načela medsebojnega sporazumevanja. Zvok glasbe je pot čaščenja življenja in je v svoji univerzalnosti popolna komunikacija.



JOGA SMEHA V DELOVNEM KOLEKTIVU – POT K ZDRAVIM IN USPEŠNIM ODNOSOM

Simona Krebs dipl. m. s., učiteljica joge smeha

Delovno okolje je postalo zaradi velike količine stresa preveč resno in zmotno je mišljenje, da so resni ljudje tudi bolj odgovorni in produktivni. Bolj ustvarjalni, kreativni in produktivni ljudje so tisti, ki svoje delo jemljejo resno, sami sebe pa lahko. Znano je dejstvo, da lažje sodelujemo s tistimi, s katerimi se tudi skupaj smejemo. S smehom je veliko lažje izražati svoja resnična čustva in tudi marsikatero konfliktno situacijo so lažje rešljive če vemo, da bomo slišani, sprejeti in da se nimamo česa bati. Izjemnega pomena za uspešen delovni kolektiv so medčloveški odnosi, ki so ključni pri ustvarjanju pozitivnega delovnega okolja in mikroklima v podjetju.

Smeh je človekovo prirojeno vedenje, s katerim izraža zadovoljstvo in srečo. Je del vedenja, ki ga urejajo možgani. Človeku pomaga vzpostaviti socialne interakcije z drugimi. Je nalezljiv in že ena oseba, ki se smeje, lahko izzove isti odziv v drugih.

Leta 2007 je bila zaključena raziskava, ki je dokazala, da je joga smeha ključno orodje pri grajenju uspešnega delovnega kolektiva. V raziskavi so uporabili serijo učnih treningov Joge smeha. Pred učno uro in po njej so merili stres in čustvene spremenljivke. Rezultati raziskave so bili neverjetno pozitivni: v skupini, ki se je udeležila Joge smeha, so zabeležili počasnejše bitje srca, povečanje pozitivnih čustev za 17% in zmanjšanje negativnih čustev za 27%, zaznavni stres se je občutno zmanjšal in aleksitimija se je zmanjšala za skoraj 9% - pokazatelj izboljšanja čustvene inteligence.

Drugo pomembno študijo so izvedli v Združenih državah Amerike, vplivi Joge smeha na osebno učinkovitost na delovnem mestu. Jogo smeha so vadili vsak dan 15 minut, skupaj 14 dni. Rezultati kažejo občutno izboljšanje pri skupini, ki se je udeležila Joge smeha in sicer na vseh področjih; na nekaterih področjih so bile zabeležene 100% pozitivne spremembe.

Počutje zaposlenih in njihove misli igrajo vitalno vlogo v uspešnem timu. Visoko motivirani zaposleni in tisti, ki se počutijo dobro ter imajo pozitivno mnenje o sebi, lahko dvignejo v takšno razpoloženje tudi ostale, ki se morda ne počutijo tako. Razlog je v tem, da smo občutljivi na čustva drugih ljudi. Smeh je orodje, ki poveže ljudi, da lahko delujejo kot tim.

Z vajami smeha se lahko pripravimo za zelo stresne situacije in so orodje, s katerim premagamo sram ali strah pred javnim nastopanjem.

Kako joga smeha vpliva na delovni kolektiv?

Egoizem: Ljudje so včasih ekstremno egoistični in niso pripravljeni na kompromise, še bolj, če so na vodilnih položajih. Negativna čustva vplivajo na produktivnost.



Z joga smeha akumuliramo pozitivno energijo in kadar se ljudje smejejo, skupaj ustvarjajo pozitivno energijo skupine z mislimi, občutki in čustvi. S tem odstranijo negativna čustva in misli.

Neučinkovita komunikacija: komunikacija je ključ do dobrih delovnih odnosov. Nezaupljiva komunikacija je posledica, ko se zaposleni težko izrazijo. Pomanjkanje zaupanja in strah zavirata ljudi, da bi izrazili informacije, ki bi bile pomembne tudi za druge.

Smeh izboljša komunikacijo in dovoli več odprtosti drug do drugega. Zaposlenim pomaga, da se izrazijo bolj svobodno in jasno.

Pomanjkanje fokusa: Kritičen element v delovnem kolektivu je, kadar zaposleni ne sledijo svojim delovnim ciljem, kar bi posledično vodilo do skupnega zastavljenega cilja. Joga smeha deluje tako, da vzpodbuja vzdušje med zaposlenimi, da skrbijo in podpirajo drug drugega. Uči razumevanja drug do drugega in vpliva na vsa področja življenja. Zmanjšuje stres in ustvarja harmonijo in ravnovesje, kar vodi v kreativno razmišljanje in usmerjenost k zastavljenim ciljem.

Vodstvene sposobnosti: konfliktne osebnosti v podjetju rušijo odnose med zaposlenimi. Smeh povezuje ljudi in ustvarja močno povezavo med tistimi, ki se smejejo skupaj. Cilj joga smeha je povezati ljudi na srčni ravni brez obsojanja. S tem dosežemo vodstvene sposobnosti, ki gradijo atmosfero zaupanja in iskrenosti. Med smejalno vadbo vzpostavimo očesni kontakt in se smejimo drug drugemu, kar v podzavesti ustvarja bližino in povezanost, ki je bistvena za uspešen delovni kolektiv.

Nizka samopodoba: V delovnem okolju je veliko stresa, ki posameznika vodi k vedno večjim ciljem, tekmovanju in dokazovanju. Vse to lahko vodi k nizki samopodobi in strahu. Joga smeha omogoča skupinsko interakcijo, ki pomaga posamezniku okrepiti samozavest.

Smejalka vadba je tako učinkovita tehnika za zdravje, kot tudi za medčloveške odnose, da so jo po svetu vključili v različne delovne organizacije. Vadbo izvajajo v vrtcih, šolah, bolnišnicah, policiji, zaporih, na poslovnih srečanjih in še kje.

Smeh je zdravilo, tako za posameznika kot za celoten delovni kolektiv.