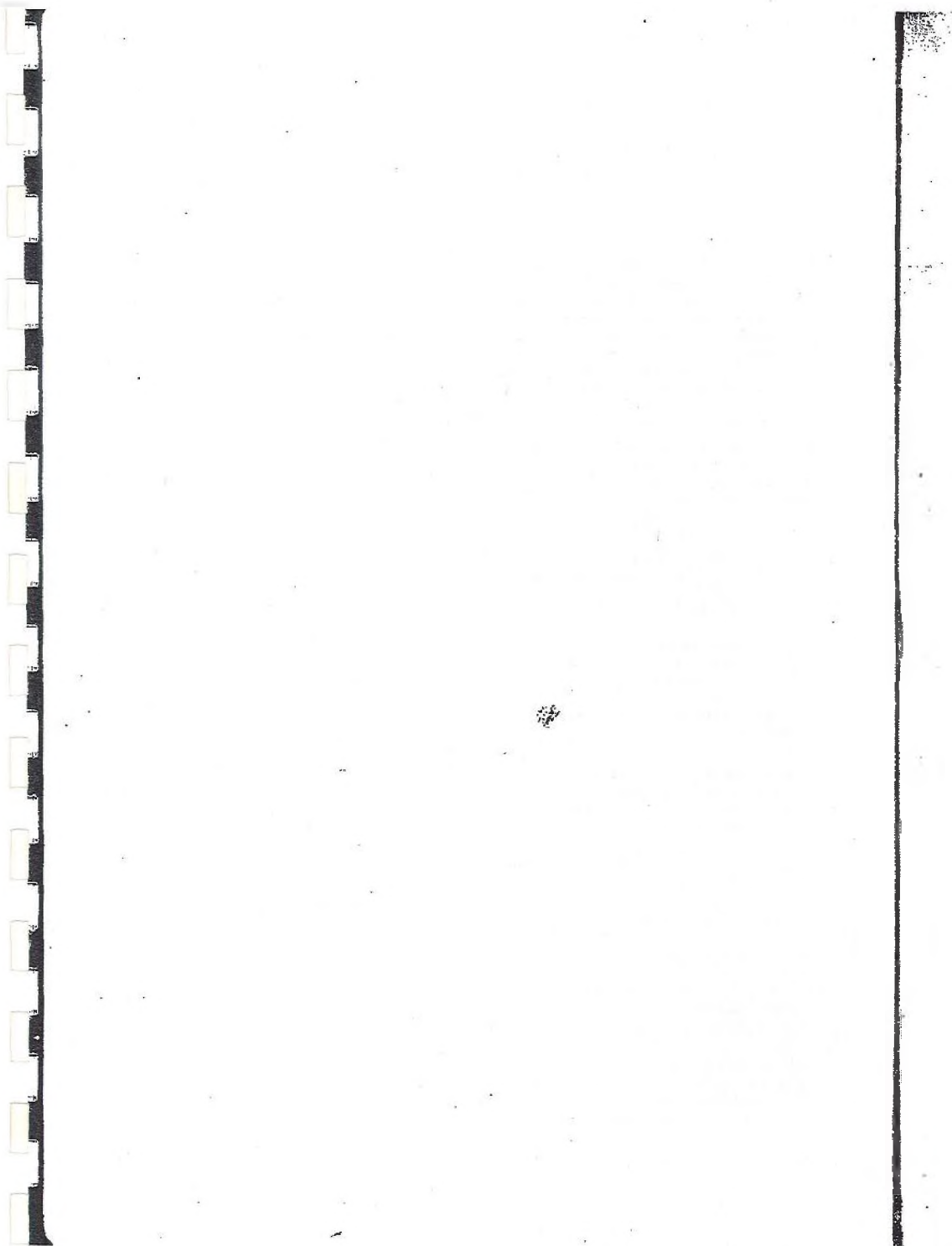




- Драгана Зучовић III, -

Др РАДМИЛА ПОПОВИЋ • др ПЕТАР БОРОВИЋ

ЗДРАВСТВЕНА НЕГА III

ЗА III РАЗРЕД МЕДИЦИНСКЕ ШКОЛЕ

Седмо издање



ЗАВОД ЗА УЧБЕНИКЕ И НАСТАВНА СРЕДСТВА • БЕОГРАД

2004

www.zavod.co.yu

Рецензенти

проф. др Момир Јањић, Медицински факултет, Београд
Олга Јовановић, Медицинска школа, Земун
Нада Коцев, Медицинска школа „Звездара“, Београд

Уредник

Мирјана Јовановић

Одговорни уредник

Небојша Јовановић

За издавача

проф. др Радош Љушић, директор и главни уредник

Министарство просвете Републике Србије, решење број
632-03-96/92-03 од 11. IX 1992. године, одобрило је овај уџбеник
за издавање у употребу у III разреду медицинске школе.

ISBN 86-17-11636-6

САДРЖАЈ

ПРЕГОВОР

УВОД	7
Историјски развој и значај здравственог васпитања	7
Ка дефиницији здравственог васпитања	8
Циљеви и принципи здравственог васпитања	9
Мотивација у здравственоваспитном раду	9
Планирање и програмирање здравственоваспитног рада	10
Прва фаза – снимање основе	10
Друга фаза – анализа и дефинисање приоритета	11
Трећа фаза – израда програма	11
Четврта фаза – остваривање програма	12
Пета фаза – евалуација	13

МЕТОДОЛОГИЈА ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНОГ РАДА

Индивидуалне методе рада	14
Планирани разговор (интервју)	14
Групе методе рада	15
Организациони састанак	15
Рад у малој групи	15
Рад у великој групи	17
Семинари, курсеви, стручни састанци	18
Питања и одговори	18
Животна демонстрација	18
Изложба	19
Телефонска информација	19
Комплексне методе	19
Саветодавни рад	19
Кућна посета	20
Здравственоваспитни рад у заједници	21
Линк здравственог васпитача	23
Вештина комуникације	24

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНА СРЕДСТВА

Здравственоваспитна средства	26
Класификација здравственоваспитних средстава	27
Очигледна средства	27
Средства масовних информација	27
Садржаји здравственоваспитних средстава	35
Мотивациона заснованост	35
Фактори који утичу на ефикасност здравственоваспитних средстава	36

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИ РАД СА ПОЈЕДИНИМ ГРУПАЦИЈАМА

СТАНОВНИШТВО	38
Место здравственог васпитања у здравственој заштити становништва	38
Здравствено васпитање у здравственим установама	38
Основна здравствена делатност	39
Домови здравља	39
Општа медицина	39
Здравствена заштита жена	40
Здравствена заштита деце и омладине	40
Медицина рада	41
Пнеумофтизиолошка заштита	42
Физикална медицина и рехабилитација	42

Поливалентни патронажа	42
Стоматолошка здравствена заштита	43
Лабораторијска и рендгенска дијагностика	44
Хигијенско-епидемиолошка заштита	44
Кућно лечење и здравствена нега	44
Стационарна здравствена делатност	45
Здравственоваспитни тецај за хоспитализоване особе	46
ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИ РАД СА ПОЈЕДИНИМ ГРУПАЦИЈАМА СТАНОВНИШТВА	48
Здравственоваспитни рад са оболелим од туберкулозе и са члановима породице оболелог	48
Епидемиолошка анкета	48
Асанација породичне средине. Хемиопревенција и хемиопрофилактика	49
Сарадња са стручним службама	50
Здравственоваспитни рад	50
Здравственоваспитни рад са ментално оштећеним особама	51
Узроци и спречавање менталних оштећења	51
Упућивање породице на правилан однос према ментално оболелима	52
Сарадња са установама за ментално здравље	54
Здравственоваспитни рад у спречавању ширења и сузбијања HIV инфекције и СИДЕ	54
Епидемиологија	54
Циљеви	56
Планирања породице	58
Програм планирања породице	59
Здравственоваспитни рад у планирању породице	59
Здравственоваспитни рад на решавању проблема алкохолизма	60
Откривање алкохоличара и придобијање за лечење	60
Укључивање здравствене заштите	63
Сарадња са Центром за социјални рад	64
Здравственоваспитни рад на решавању проблема наркоманије	65
Увод	65
Дефиниције	65
Класификација психоактивних супстанци	67
Зависност од различитих психоактивних супстанци и њене последице	70
Укључивање у рад здравствене службе и спровођење примарне, секундарне и терцијарне превенције	72
Здравственоваспитни рад на решавању проблема пушења	74
Финансијске користи од дувана	75
Физички аспекти пушења	75
Синергија	76
Пушење и имуни систем	76
Пушење и малигне промене	77
Филтри и мушкетере – колико стварно штите?	78
Дим у вашој крви	78
Пушење и респираторни систем	80
Пушење и рак плућа	80
Пушење и кардиоваскуларни систем	81
Пушење и трудноћа	82
Дужности медицинске сестре – техничара у одликовању од ове штетне навике	83
Здравственоваспитни рад у заштити старих особа	84
Здравствени и социјални проблеми старих особа	84
Здравственоваспитни рад у друштвена заштита старих особа	85
Хуманизација услова живота у старости	87
Здравственоваспитни рад са хроничним болесницима	88
Значај хигијенско-дијететског режима	88
Рекреација	89
Животна демонстрација неге непокретних и ограничено покретних особа	90
Значај редовне контроле хроничних болесника	91
Сарадња са службом опште медицине и другим специјалистичким службама	92
Светски дан здравља 1989.	93
ЛИТЕРАТУРА	96

ПРЕДГОВОР

Уџбеник *Здравствена нега III* покушај је аутора да једну веома сложену и исто толико значајну област приближе здравственим радницима и пружи одређена решења и моделе здравственоваспитног рада у свакодневној пракси.

Аутори се надају да ће ученици у овом уџбенику наћи велики део материје која је неопходна за разумевање и савлађивање предмета, јер је у потпуности прилагођена наставном плану и програму за трећу годину медицинских школа. Истовремено, извршене су одређене допуне које прате измене настале у систему организације здравствене делатности, што омогућава да се градиво изложи јасније и систематичније.

Материја изложена у Уџбенику полазна је основа за разумевање предмета, која ће тек кроз наставни процес, уз читање допунске литературе, консултације са наставницима, практични рад у заједници (породица, школа, здравствена установа, предузеће, насеље и др.) и друге активности помоћи ученицима да обогате своја знања и стекну потребна искуства за примену здравственог васпитања у пракси.

Ликовни прилози у Уџбенику су из збирке Републичког завода за заштиту здравља и Завода за заштиту здравља у Ћуприји, излагани у оквиру изложбе *Светски здравствени илакај*, те им се овим путем захваљујемо на уступљеном материјалу.

Најтоплије се захваљујемо др Мири Ковачевић из Завода за болести зависности и Слободанки Обрадовић, клиничком психологу Центра за породичну терапију алкохолизма, на свесрдној стручној помоћи.

У овај уџбеник уграђени су напори и резултати дугогодишњег заједничког рада са колегама и сарадницима из Службе за здравствено васпитање Републичког завода за заштиту здравља и свих оних који су допринели развоју и ширењу здравственог васпитања у Србији.

Београд, јула 1992. године

АУТОРИ



УВОД

ИСТОРИЈСКИ РАЗВОЈ И ЗНАЧАЈ ЗДРАВСТВЕНОГ ВАСПИТАЊА



Учинити нешто људима или за људе на плану здравља често је лакше, али и скупо и има краткотрајну вредност. Подстицање и усмеравање људи да преузму одговорност за своје здравље обично траје дужи, али су резултати дуготрајни.

(К. Е. Тарнер)

Свако друштво жели у својој средини формирање таквих облика понашања становништва који ће обезбедити нове квалитете људског живота и здравља. Здравље треба да постане опредељење, начин живота и високо рангирана вредност која се ствара у породици, радној средини, школи, заједници. Како то постићи? Последњих деценија у свету се формира став да једини могући пут ка достизању доброг здравља људи јесте њихово активно укључивање у напоре да се то постигне. Због тога, нашој замљи здравствено васпитање има

посебно место и улогу у здравственој заштити и систему образовања.

Историјски посматрано, здравствено васпитање почиње са ангажовањем новинара да пишу о одређеним здравственим проблемима у новинама, или да сачине што привлачнији штампани материјал (Томић). Проширење ових активности кроз јавне скупове, биоскопске представе, путем радио емисија, или различитих штампаних материјала, чини онај правац у развоју здравственог васпитања који се назива здравствена пропаганда. Она представља покушај да се путем информисања код људи побуди интересовање за њихово здравље. Међутим, ове активности нису дале трајније резултате, па се данас одређени облици здравственог информисања прихватају само као почетна фаза у здравствено-васпитном раду.

Ову фазу смењује период здравственог просвећивања, које се заснива на стицању одређених знања различитим облицима учења, путем курсева или кампања којима руководе здравствени радници. И ове активности нису биле довољне за потребне промене у ставовима и понашању људи јер је недостајала покретачка снага или мотив.

За развој позитивних навика, мотивације, ставова према здрављу и правилног понашања, неопходно је здравствено васпитање. Васпитање не искључује значај образовања чија је функција у стицању основних знања, док је васпитање облик његове практичне примене у свакодневним животним ситуацијама и његова наградња кроз искуство. „За разлику од пропаганде и просвећивања који подразумевају – упознати се и научити – здравствено васпитање подразумева – примити,

уградiti и применiti у свакодневној животној пракси" (Џуџић, Јањић). Сасвим је јасно да је васпитање нешто што траје читавог живота.



Слика 1. – Здравље за сву децу света

КА ДЕФИНИЦИЈИ ЗДРАВСТВЕНОГ ВАСПИТАЊА

У страној и домаћој литератури постоји више одређења којима стручњаци покушавају да на најбољи начин дефинишу појам и природу здравственог васпитања.

Једна од првих и најсажетијих јесте дефиниција групе експерата СЗО, према којој је здравствено васпитање процес учења кроз искуства. Један од најчешће навођених стручњака је Р. Гроут, која здравствено васпитање дефинише као поступак превеђења онога што се зна о здрављу у жељени начин понашања = појединачно и заједничко, путем васпитног процеса.

Маунтајн је допунио овај став, истичући да је здравствено васпитање много више од ширења правилних информација сачињених за општу употребу. Такође истиче да већу пажњу треба усмерити на факторе који мотивишу и уобличавају људско понашање, а тиме се снажно утиче

на промену приступа здравственом васпитању. Интересовања која су била усмерена првенствено на средства и технике комуникације, оријентишу се постепено ка наукама о понашању дајући им нову димензију схватања о примени здравственог васпитања.

У последњој деценији уграђују се нови принципи који богате савремени приступ овој проблематици. Најзначајнији су: еколошка заснованост, која промовише начин живота појединаца (life-style), и примена модела социјалног деловања, који наглашава вредности и норме, који постоје у одређеној заједници. Они у основу здравственоваспитног деловања постављају процес социјализације личности.

У нашој земљи прихваћено је стручно схватање да је здравствено васпитање процес који настаје узајамним деловањем људи, породица, заједнице, с једне, и здравствених радника и здравствених установа, с друге стране. У том узајамном деловању, промене се догађају без обзира на то да ли су их људи свесни и да ли их желе. Отуда, здравствени радници непрекидно врше тај утицај и изазивају промене. Квалитет и врсте промена зависе, пре свега, од квалитета рада, планирања и квалитета односа који се успостављају са становништвом – здравим и оболелим који траже њихову помоћ. Самим тим и ефекти могу бити позитивни, али и негативни. Отуда је рад на здравственом васпитању у свим областима и гранама медицине одговоран задатак свих здравствених радника у појединачном и тимском раду (лекари, стоматолози, медицинске сестре, психолози, педагози и др.).

У оперативном смислу, под здравственим васпитањем подразумева се врста здравствене делатности која је дата одређеним стандардима и нормативима једног броја услуга (здравствено предавање, рад у малој групи, питања и одговори, планирани разговор, интервју, организациони састанак) или је део садржаја друге врсте здравствених услуга (здравствени савет, коришћење здравственоваспитних средстава и сл.). Ови облици здравствене делатности

чине саставни део програма рада сваког здравственог радника и здравствене установе.

ЦИЉЕВИ И ПРИНЦИПИ ЗДРАВСТВЕНОГ ВАСПИТАЊА

Постоје општи и посебни циљеви здравственог васпитања.

Опште циљеве формулисала је група стручњака Светске здравствене организације, као настојање да људске заједнице прихвате здравље као вредност, уз spremност да за остварење те вредности уложе разумне и конструктивне напоре.

У том смислу и данас се настоји да се код сваког појединца, али и у сложеном систему заједнице, покрене осећање одговорности за сопствено и здравље других, као и много активнији однос него што је сада према мерама којима се унапређују и штите индивидуално и колективно здравље и средина у којој се живи и ради.

Поред општих, постоје многобројни посебни циљеви, који се постављају зависно од проблема, особености подручја, карактеристика личности или групе са којом се ради и сл.

У оперативном смислу, циљ је остварити задатак, а природа задатка – проблема суштински одређује методологију рада.

Принципи су основна начела и правила која се примењују у раду са људима. У конкретном случају, принципи произлазе из основног циља у здравственом васпитању, а то је унапређење здравља и побољшање квалитета живљења кроз вођење здравог начина живота.

У односу на концепт савремене здравствене заштите постављена су начела по којима је здравствено васпитање нова медицинска дисциплина која се развила на основама психологије, социологије, андрагогије, менталне хигијене и других наука. Здравствено васпитање је задатак целокупне заједнице, а не само здравствене делатности која се реализује као програмска активност, и начело по коме је у тежишту здравственоваспитног рада здраво становништво, где приоритете

чине деца, омладина, жене у генеративном периоду и радници.

Од принципа који се односе на методiku, и који непосредно утичу на активацију става и измене у понашању, наводи се: принцип активности, повезивање теорије и праксе, принцип доживљаја и искуства и принцип очигледности, веома значајан у раду са популацијом где је недовољно развијено апстрактно мишљење, због конкретизације појмова.

МОТИВАЦИЈА У ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНОМ РАДУ

Мотивација је веома важан чинилац у здравственоваспитном процесу. У психологији, мотив је дефинисан као услов који одређује понашање појединаца или група. У пракси се показало да информације и знање нису довољни за жељене и планиране промене. Људи остају исти упркос свим законским прописима и научним фактима, а информације и знање користе само ако су правилно мотивисани и када је баријера емоционалног отпора правилно уклоњена. Без мотивације знање се не може искористити, односно не постоји вероватноћа за успех здравственоваспитног рада уколико код људи не изазовемо жељу за променом, побољшањем и напретком (Гладстон), или ако се не схвати или занемари чињеница да ће људи прихватити и применити само оно за чим осећају потребу. Здравствени радници морају знати да мотиви проистичу из потреба људи, које су често веома различите, неке уопште не очекујемо или не разумемо, некада нас изненађују или нису су мотив, односно основна покретачка полуга личности.

Здравственоваспитни програм из тих разлога мора имати јасно дефинисане циљеве који су проистекли из свесних или несвесних потреба појединаца или група, некада читаве заједнице. Уколико је овај елемент у програмирању изостављен, неће бити очекиваних резултата, или ће они бити краткотрајни.

За здравственог радника је важно да зна да је природа мотивације подложна стручном и друштвеном утицају, може се развијати и мењати, односно мотиви се могу стварати и неговати (Видаковић).

ПЛАНИРАЊЕ И ПРОГРАМИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНОГ РАДА

Здравственоваспитни програм у једној заједници (насеље, општина, округ, територија републике) чини саставни део годишњег програма и плана развоја здравствене заштите на том подручју. Шематски се може веома прегледно исказати (слика 2). Планирање, реализација и евалуација здравственоваспитног програма одвијају се у неколико фаза.

Значајно је истаћи да дефинисање циљева и утврђивање садржаја здравственоваспитног рада представља основ реалног планирања у здравственом васпитању. Постојећи проблеми одређују приоритет, а природа проблема и могућности средине условљавају приступ и методологију рада. Највише се грешки у селекцији садржаја, јер су могућности практично неограничене. Сваки проблем везан за здравље и болест представља својеврстан садржај рада, али је неопходно да произилази из стварних потреба одређене средине. Најчешће, људи

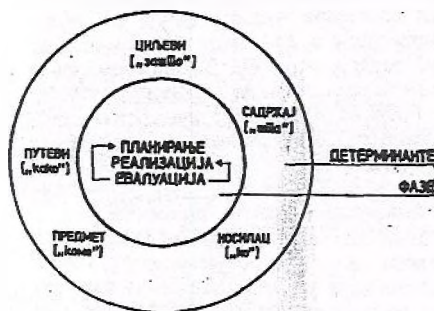
нису у стању да препознају сами своје здравствене потребе, или их не сматрају довољно значајним.

Здравствени радници самостално дефинишу потребе неке средине, при чему се неретко дешава да становништво буде апсолутно незаинтересовано за предложене мере. Здравственоваспитни рад после почетних успеха регредира и у крајњем исходу не даје очекиване резултате. Због тога је неопходно да садржаји здравственоваспитног рада произађу из поступног усклађивања интересовања становништва и здравствене службе (често се не поклапају), на основу чега можемо очекивати позитивне ефекте у раду.

ПРВА ФАЗА – СНИМАЊЕ ОСНОВЕ

У овој фази врши се увид у све оне факторе који, посредно или непосредно, утичу на здравље. Поред података који се користе за анализу здравственог стања становништва, путем анкетних и других истраживања добијају се допунски подаци о знањима и ставовима здравствених радника и становништва, као и о свим додатним елементима значајним за израду плана.

Елементи за прављење здравственоваспитног програма. – За потребе планирања користе се, пре свега, основни подаци или карактеристике неке територије као што су величина у km^2 , густина насељености, број, врста и развојеност насеља, комуникације, затим бројно стање, састав и структура становништва према старости, полу, занимању, врсти осигурања, писмености и другим карактеристикама од значаја за то подручје. Ови подаци се редовно публикују и могу се наћи у статистичким годишњацима. Поред ових података, користе се и подаци демографске и здравствене статистике, које називамо ИНДИКАТОРИМА. Најчешће се користе natalitet, fertilitet, mortalitet, општи и специфични, morbidity, механичко кретање становништва – миграција, које је најчешћи



Слика 2. – Шема програмирања здравственоваспитног рада

узрок неочекивано brzih промена здравственог стања на некој територији.

Наталитет или рађање је показатељ биолошке снаге популације, док фертилитет представља специфични наталитет, помоћу кога се прати способност (плодност) жена за рађање, односно њихова репродуктивна способност.

ОПШТИ МОРТАЛИТЕТ

Мртворођеност или мортинаталитет представља рађање плода после 28. недеље трудноће, без икаквих знакова живота. Општи морталитет приказује укупну смртност у популацији, док се специфични морталитет употребљава за праћење смртности према старости, полу, болестима и другим карактеристикама. Издајамо морталитет одојчади, односно смртност од рођења до прве године живота, као један од најосетљивијих индикатора здравственог стања.

Индикатори се мере и исказују у столама или се израчунавају у постоцима.

Значајан саставни део програмирања јесу и подаци о здравственој делатности (број, врста, величина и покривеност територије здравственим организацијама, као и њихова опремљеност), као и подаци о здравственим кадровима (број, врста, профил, дистрибуција кадрова), да би се сагледале приступачност и доступност здравствене делатности на одређеном подручју.

$$\text{Наталитет} = \frac{\text{број живорођене деце (R)}}{\text{број (просечан) становника (S)}} \times 1000$$

$$\text{Фертилитет} = \frac{\text{број живорођене деце (R)}}{\text{број жена од 15 до 49 год.}} \times 1000$$

$$\text{Мортинаталитет} = \frac{\text{број мртворођене деце (Mr)}}{\text{број живорођене деце}} \times 1000$$

$$\text{Морталитет} = \frac{\text{укупан број умрлих (U)}}{\text{просечан број становника (S)}} \times 1000$$

$$\text{Специфични морталитет (према болестима)} = \frac{\text{број умрлих од извесних болести (U)}}{\text{просечан број становника (S)}} \times 1000$$

Морталитет одојчади (смртност одојчади)

$$= \frac{\text{број умрле одојчади (Mod)}}{\text{број живорођене деце (R)}} \times 1000$$

Ради сагледавања свих фактора који утичу на здравље и предузимања потребних мера за њихово решавање неопходни су и индикатори спољне средине, као што су: снабдевање водом за пиће, отклањање отпадних материја, услови становања, рада и школовања, исхрана, бука, аерозагађеност и др. које добијамо допунским истраживањима, као и подаци о социјалном и економском стању становништва. За постављање здравственоваспитног програма неопходне су и допунске информације о ставовима, знањима, навикама и мотивацији становништва али и здравствених радника. Ове податке, као друге, додатне елементе који могу бити од значаја за израду програма, добијају се путем анкетних и других истраживања.

Ова прва, или припремна фаза у пракси захтева веома много времена и труда. Уколико је солидно обављена, програм ће бити квалитетнији а његова реализација успешна.

ДРУГА ФАЗА - АНАЛИЗА И ДЕФИНИСАЊЕ ПРИОРИТЕТА

Ова фаза је веома значајна, јер се на основу добијених података моделира програм - одређују се здравствени приоритети и њихов међуоднос са степеном здравствене културе становништва (дијагноза здравственог стања становништва и едукативна дијагноза).

ТРЕЋА ФАЗА - ИЗРАДА ПРОГРАМА

На основу претходне фазе утврђују се циљеви здравственоваспитног рада, задаци и мере које треба реализовати, методологија рада с едукативним јединицама и обимом рада, кадар који ће учествовати, динамика реализације здравственог васпитања, потребна опрема, финансијска средства и параметри за евалуацију.

Одређивање циљева је веома важно за квалитетно планирање. Треба истаћи да се на нивоу здравствене делатности као целине постављају циљеви који ће се остварити уз адекватно учешће становништва и заједнице. То су обично дугорочни циљеви, на пример смањење смртности деце на одређеном подручју, смањење аерозагађења (постављање филтера на фабрикама, мењање режима саобраћаја, уклањање малих котларница и сл.).

На нивоу здравствене установе планирају се циљеви који ће се остварити у сарадњи с одговарајућим сегментима заједнице и који ће обухватити поједине категорије становништва. То су углавном средњорочни циљеви, на пример, смањење деформитета кичме и стопала (у утврђеном проценту) деце школског узраста, побољшање исхране деце предшколског узраста у обдаништима и вртићима, оспособљавање жена генеративног периода за самопреглед дојке и др.

На нивоу служби (тимова) планирају се и реализују циљеви промена решавањем појединачних проблема, уз активно учешће појединаца и група код којих је проблем изражен. Ово су, по правилу, циљеви који представљају операционализацију (непосредан здравственоваспитни рад) средњорочних и дугорочних циљева.

Здравственоваспитни рад без постављеног циља, осим што нема ефекта, може да представља и изузетно оптерећење за здравствене раднике, због стереотипије која је карактеристична за формално спровођење појединих метода рада.

Медицинске сестре планирају здравственоваспитни рад на основу претходно сагледаних и класификованих потреба, које одређују начин и време њиховог ангажовања у здравственој нези. То такође

захтева постављање циљева и прецизне планове рада са утврђеним параметрима. У болничкој нези то је тежина болести „морамо болесника ставити у праву постељу, у право време, са правом негом и спровести одговарајућу едукацију“, у ванболничкој заштити циљеви су приоритети који су раније утврђени обавезним видовима здравствене заштите.

Активно укључивање оболеле или здраве особе, хомогених група, или чак и заједнице (еколошки програми) намеће потребу степенастих програма рада, тзв. малих корака. Оболелој особи се мора пружити шанса да се бори из кревета, да учини први корак, односно да га научи и како. Болестан човек треба да буде у центру активности медицинске сестре, а његов активни однос у лечењу (што је нарочито значајно за исход саме неге) доприноси повезивању са самом суштином процеса здравственог васпитања.

Стога је неопходно да се медицинска сестра у потпуности посвети пацијенту, а да при томе буде ослобођена споредних активности које јој одузимају време, елан и драгоцену присутност. Идентични принципи се примењују и у ванболничкој заштити, при чему се наглашава значајан удео који има степен остварене координације рада медицинских сестара и диспанзера, болнице, поливалентне патронаже и других институција.

ЧЕТВРТА ФАЗА – ОСТВАРИВАЊЕ ПРОГРАМА

У здравственоваспитном раду учествују сви здравствени радници, уз пуно учешће других сегмената заједнице (појединаца, породица, школа, предузећа, месних заједница, савета фондова и др.).

ПЕТА ФАЗА – ЕВАЛУАЦИЈА

У овој фази процењује се успех здравственоваспитног рада, односно утврђује се да ли су остварени програмски циљеви, да ли су наступиле промене одређене циљевима, да ли су људи прихватили програм и сл.

Активност рада процењује се показатељима који су одређени на почетку, у фази израде програма. Њима се, на пример, може утврдити број трудница које су дошле у саветовалиште у раној трудноћи, вакцинални „бедем сигурности“, број жена које су научиле технику самопрегледа дојке, учесталост садржаја из области здравља у средствима масовних комуникација изражена бројчано и др.

Резултати постигнути здравственоваспитним активностима могу се исказати на више начина: као количина и број, квалитет програма, промена знања, промена ставова, промена понашања, промена здравственог стања

Остваривање програма здравственоваспитног рада подложно је сталном утицају фактора који делују унутар самог програма, као и фактора који нису под нашом контролом. Отуда се посебно наглашава да не постоји универзални програм који се може применити на различите проблеме. Заједнички и идентични за све програме су само методологија и принципи на којима се планирање заснива.

МЕТОДОЛОГИЈА ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНОГ РАДА



коментари

У здравственоваспитном раду примењују се индивидуалне и групне методе. Зависно од постављеног циља и природе проблема, бирају се најпогодније методе. Најчешће их комбинујемо у складу са фазом програма. У свакодневној пракси, без обзира на то да ли се ради о основној или специјализованој здравственој заштити, најчешће се примењују здравственоваспитне методе и облици рада који су стандардизовани као здравственоваспитне услуге. Према номенклатури, постоји око 120 здравственоваспитних услуга.

ИНДИВИДУАЛНЕ МЕТОДЕ РАДА

ПЛАНИРАНИ РАЗГОВОР (ИНТЕРВЈУ)

То је метода здравственоваспитног рада која се спроводи по договору, у закажано време, ради разматрања и решавања одређеног проблема појединца, породице, а понекад и шире заједнице. У здравственој установи, предузећу, месној заједници, школи или породици, води се разговор с појединцем, евентуално с два лица, и то искључиво када су у питању деца и родитељи, муж и жена и сл.

Ова метода се примењује када је потребно извршити дубљи утицај на кључне личности („key persons“), како би их придобили за сарадњу, затим у случајевима када се у здравственоваспитном раду наилази на отпор чији се узроци не могу одмах да сагледају, и као припрему за групну ди-

скусију. С обзиром на дужину трајања (припрема и извођење), то је прилично скупа метода, па је треба врло брижљиво планирати и примењивати. Према појединим ауторима (В. Илић), ово је тзв. информативни интервју. Садржај рада је специфичан и зависи од конкретне ситуације. Ефекат је снажан, јер лични контакт обезбеђује повољне емоције и појачава мотивацију за прихватање разговора. Очигледно здравственоваспитно средство – агитка и слично, које се примењује у току или после разговора, делује ефикасно јер употпуњује информацију.

Информативни интервју, који је краћи и траје око 10 минута, назива се и здравствени савет, и саставни је део лекарског прегледа или неке друге услуге. Садржи кратка, сажета упутства о врсти дијете, употреби лекова, чувању прехранбених производа и др.

У непосредној пракси спровођења индивидуалног здравственоваспитног рада морају се обезбедити одређени услови. Неопходно је да пре примене ове методе здравствени радник прикупи што више информација о лицу које ће интервјуисати, и то не само о проблему због кога приступа извођењу ове методе него и о едукативном потенцијалу здраве или оболеле особе, што се најчешће превиди или се не сматра значајним.

Потребно је створити пријатну атмосферу и омогућити равноправан однос у току вођења разговора, како би се отклонила, или барем ублажила емоционална

барјера. Никада не треба инсистирати на тренутним одлукама, изузев ако се ради о мерама чија природа захтева неодољно спровођење. Увек треба понудити више решења, а коначни избор и одлуку треба препустити особи са којом се води планирани разговор.

Веома је важно обезбедити неометаност у раду (заседна просторија и др.) и поштовати заказано време.

ГРУПНЕ МЕТОДЕ РАДА

ОРГАНИЗАЦИОНИ САСТАНАК

Организациони састанак је метода која се најчешће примењује у почетним фазама здравственоваспитног програма, односно овом методом програм почиње да се остварује због чега се још назива „копча за заједницу“. Организациони састанак је најпогоднији облик за међусобно информисање. Циљ ове методе је да учесници на најпогоднији начин – кроз информацију коју даје стручњак (у овом случају здравствени радник), упознају значај и суштину одређеног проблема, најефикасније мере за његово решавање, задатке који се преузимају у подели рада, као и значај сарадње и координације активности током читавог процеса.

Садржај ове методе обухвата сагледавање и обраду једног или више проблема (начин заштите од заразних и паразитарних болести, хигијенска заштита средине, спровођење вакцинације, спровођење допунског obroка у школама, интензивирање здравственоваспитног рада са родитељима деце у предшколским установама и др. (планирање активности, праћење њихове реализације, евалуацију извршених мера и др.).

Организациони састанак захтева претходну припрему – проучавање проблема, избор и благовремено обавештавање учесника, што је од посебног значаја, припрему и достављање материјала, као и обезбеђење просторије (најбоље у институцији за чију је делатност проблем непосредно везан), вођење документаци-

је, систем даљег информисања (достављање закључака и др.).

У припреми и одржавању организационог састанка, као и у свим осталим методама које су у вези са радом у заједници, импровизације могу да нанесу непоправљиву штету целокупном програму. Стога је потребно да се веома брижљиво припремају и реализују.

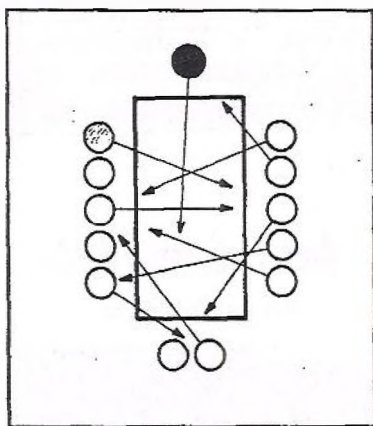
РАД У МАЛОЈ ГРУПИ

Рад у малој групи је веома ефикасна здравственоваспитна метода. То је метода избора за потребе едукације. Зашто? Пре свега, зато што појединац – члан групе, у највећем броју случајева жели да остане у оквирима своје околине и важећих друштвених норми. У групи, уз помоћ модератора и одговорних особа, инсистирамо на модификацији тих норми, а активно и равноправно учешће чланова групе условљава промену ставова и претварање групне одлуке у сопствену, личну обавезу. Основ за добро функционисање групе је стање осећања „ми“, односно осећање припадности групи, што није ни лако ни једноставно.

Пре формирања групе треба посебно нагласити да се под малом групом не подразумева аутоматски свака формална група или било какав скуп особа – погон у фабрици, разред у школи, мањи колективи и сл. Да би рад у групи био успешан, неопходно је да учесници имају истоветне или приближне потребе и интересовања. Отуда се пре формирања групе испитују заинтересованост за област и потребе учесника, утврђује проблем, врше се припреме за непосредно учешће у раду и обезбеђују одговарајући услови (просторија, очигледна средства, пројекциони апарат, дијапројектор и др.).

Најважнија карактеристика групе је да мора бити хомогена у односу на постојање основног циља. Поред тога, пожељно је да чланови групе буду слични по нивоу образовања, старости, професионалној припадности или неким другим обележјима.

Ни један од ових услова није пресудан, већ само доприноси ефикасности групног рада. Група може имати најмање пет, а највише двадесет учесника. Најпродуктивнија је кад броји 10–15 чланова. У раду с групом мањом од пет чланова слабе могућности иницијативе, смањује се разноврсност предлога, мања је могућност да се дође до изражаја, а самим тим слабе изгледи за промену ставова и успех рада у целини. Пожељно је да рад у групи траје 30 минута и да се понови неколико пута, јер је потребно време да се група обликује, сазри и оспособи за доношење и прихватање заједничких одлука.



Слика 3. – Групна динамика

Процес рада у малој групи има специфичне фазе понашања, а њихово познавање олакшава рад у групи. То су следеће фазе:

1) фаза индивидуалне оријентације, која се карактерише радозналешћу и очекивањем, па чак и сумњичавошћу чланова групе у вези са оним што ће им се дешавати;

2) смотивни статус и конфликт – чланови групе појављују се са својим основним особинама и ставовима који се могу разликовати. Те разлике могу да

изазову конфликте, некада толико јаке да доводе до распада групе. Најчешће се то превазилази, што умногоме зависи од вештине и способности председавајућег групе;

3) фаза консолидације се развија када се међу члановима групе јави разумевање, односно када су спремни да своје различитости и неке личне интересе „жртвују” зарад групе;

4) фаза кохезије настаје када се група сасвим оформи, када је успостављено осећање „ми”. Тек тада се креће ка заједничком обликовању и решавању проблема због кога је заправо група и формирана.

Улоге појединих чланова групе су веома важне. Основну улогу има руководилац – особа са знањем и искуством у групном раду (лекар или сестра) која иницира, координира и управља групом. Председавајући групе треба да стимулише учешће сваког члана групе „демократски председавајући”. Уколико председавајући успоставља само једносмерну комуникацију, ако се обраћа члановима групе, понекад нешто запита да би добио одговор или формулисао предлоге и сл., група неће дати очекивани резултат. Такав тип руковођења називамо ауторитарним. Руководилац групе не мора истовремено да буде и председавајући, већ ту улогу може да повери неком члану групе.

Следећу улогу има репортер или таписничар који се такође бира између чланова групе. Он бележи најважније дискусије и закључке које ће касније изнети у пленуму. Опсервер, или посматрач, посматра понашање у групи и успешност у кретању ка циљу. Он има право да понекад скрене пажњу групи на њено понашање. Експерт или ресорна особа је заправо стручни консултант групе по појединим значајним питањима.

У раду групе испољавају се често неке особине учесника које могу да искомпликују и отежају рад. То су агресивност, затим стално опонирање и супротстављање, испољавање осећања надмоћности и др. Можда су за почетнике најкомпличованији проблем индиферентне особе

или one koje se bore samo za svoj sopstveni problem i interes.

За рад у групи могу се обучити и они који су ван струке, али за лекаре и сестре, нарочито у примарној заштити, то је обавеза. Осим многоstrukих резултата, ова метода даје и осећај задовољства кроз дружење и дељење заједнички одабраних одлука. Примењује се у раду са:

- мајкама здраве и оболеле деце (саветовалиште, амбуланта, вакцинални пункт),
- трудницама и породиљама (у саветовалишту и породилишту),
- хроничним болесницима,
- особљем у објектима друштвене исхране (вртићи, обданишта, школе, предузећа),
- радницима и групама становништа изложених ризику (предузећа, насеља и сл.).

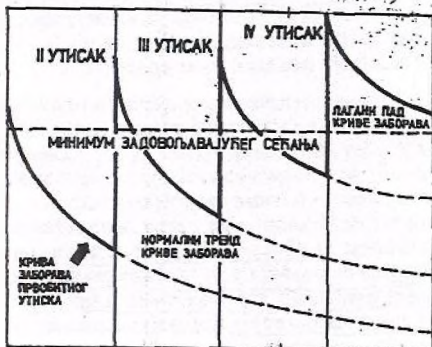
Садржај рада се одабира у складу са проблемом, а место, обим и време извођења се утврђују планом рада.

РАД У ВЕЛИКОЈ ГРУПИ

Предавање. – Предавање је једна од најчешћих метода рада. Користи се за информисање веће групе слушалаца о одређеном здравственом проблему.

Предавање се мора унапред припремити. Уз остале елементе, припрема подразумева и избор неколико питања која ће подстицати дискусију. При казивању предавања добро је навести неколико најважнијих теза, да би се слушаоци припремили за активно учешће. Добро припремљено предавање је услов за успех примене ове методе. У току предавања најважније је држати се основног концепта, да је излагање прецизно и јасно (нарочито ако је материја страна слушаоцима), изражавати се кратким реченицама, односно прилагођавати се тако да се подстакне интересовање. Препоручује се коришћење очигледних зраственоваспитних средстава – филма, дијафилмова, флаелогографа и пр., уз напомену да садржај треба да одговара основној теми и нивоу знања слушалаца.

Добро здравствено предавање не траје дужи од 30 минута. Оно треба да буде само увод и да пружи основне информације о одређеном проблему, а разрада материје и доношење закључака следи кроз дискусiju. Од предавања не треба очекивати резултате као када се ради о малој групи. Међутим, предност је у томе што се добрим предавањем делује мотивационо на већи



Слика 4. – Крива запам'нювання

ки број људи, тако што се придобијају за решавање одређених проблема.

Повезивањем предавања са постојећим планом рада одређених служби тачно ће се знати коме је намењено — ученицима, родитељима, радницима или становништву у месној заједници. Ово условљава избор предавача (лекар одређене специјалности, лекар опште медицине, медицинска сестра, просветни радник и др.), прилагођавање садржаја предзнању и интересовањима слушаљца, начин излагања, избор и начин коришћења очигледних здравственосапслитних средстава и др.

У редовним условима предавање се припрема и одржава на описани начин. Може се одржати непосредно или путем локалне и разгласне радио станице. У случају појаве епидемије или настанка ванредних прилика, порука треба да буде кратка и сажета, срачуната на предузимање одговарајућег мера. У јеку епидемије, када окупљање

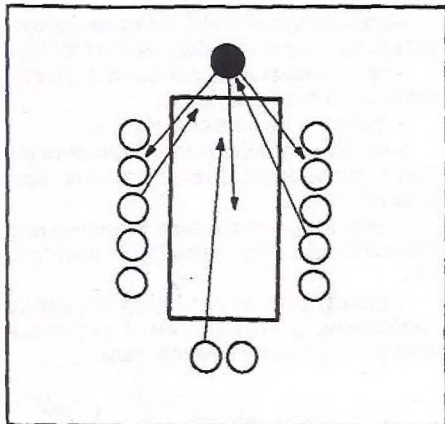
људи није пожељно, саопштава се у најкраћем облику, прецизно, с обавезним упутством, преко свих средстава намењених масовном информисању.

СЕМИНАРИ, КУРСЕВИ, СТРУЧНИ САСТАНЦИ

Ови облици рада чине прелаз између велике и мале групе, али у последње време своде се на дискусиону групу. Одвијају се у присуству учесника условно хомогених група, који желе да науче нешто ново и овладају неком новом праксом.

У оваквим приликама користи се савремена, врло економична техника, као што је Philips 66, назван према аутору који је предложио рационализацију трајања семинара и омогућавање сваком од учесника да изнесе своје мишљење у вези са одређеним проблемом. После пленарне седнице дискусија се развија у малим групама од по шест особа, а затим изабрани члан сваке групе реферира на пленуму о закључцима који су донети у групном раду.

г) у болници, у одређено, увек исто време. Преко разгласних уређаја могу се емитовати здравствена предавања, у циклусу који даје одговор на једно питање и чини целину. При том се омогућава постављање питања (писмених или усмених), као и давање одговора, такође путем разгласних уређаја.



Слика 5. – Питања и одговори

ПИТАЊА И ОДГОВОРИ

Овај метод здравственоваспитног рада омогућава праћење и задовољавање интересовања и потреба појединих групација становништва за знањима из различитих области здравствене заштите. Обухвата питања постављена усмено или писмено и одговоре које стручњак саопштава у вези с одређеном темом у току дискусије.

Овај облик рада примењује се:

(а) за претходно испитивање интересовања у вези с одређеним здравственим проблемом,

(б) као саставни део предавања (дискусија), који је веома значајан за доношење закључака, нарочито у раду здравствене трибине,

(в) у школи, с најразноврснијим садржајима,

ЖИВОТНА ДЕМОНСТРАЦИЈА

Ова метода у потпуности инкорпорира учење кроз активност, односно поступак. Понављањем, вежбањем неког поступка, уз потребне корекције, савладава се нова пракса и уграђује као самостално искуство. Овом методом могу бити обухваћене многе активности:

- самомерење артеријског притиска,
- одређивање шећера у мокраћи,
- парентерална примена инсулина,
- купање одојчета и нега пупчаника,
- грудно дојење и припремање вештачке исхране,
- широко повијање одојчета,
- нега уста и зуба,
- чување и апликација контактних сочива,
- правиан начин употребе ортопедских помагала,

- разне рехабилитационе вежбе (екстремитети, кичма),
- самопреглед дојке,
- хигијена, а посебно стопала код особа оболелих од дијабетеса и др.

Веома је важно да услови у којима се изводи животна демонстрација одговарају економским и другим могућностима средине. Ову методу можемо изводити у свим ситуацијама и у свим подручјима рада -- у породици, школи, саветовалишту, болесничкој соби, месној заједници итд.

У методолошком погледу, животна демонстрација је један од есенцијалних делова сваке здравственоваспитне методе. Заправо, здравственоваспитни рад не би смео да се изводи без животне демонстрације као комплементарног облика рада.

ИЗЛОЖБА

То је организовани приказ (специјализована изложба) једне или више здравствених тема (општа) већој групи становника. Углавном је чине визуелни елементи -- предмети за демонстрирање: модели, плакати, макете, слике, пртежи и др. Као метода, може бити саставни део програма рада у заједници (нпр. Изложба светског здравственог плаката).

ТЕЛЕФОНСКА ИНФОРМАЦИЈА

Истовремено може да буде и средство и метода здравственоваспитног рада. Као метода, широко је прихваћена институција „теле-апела“. Као средство, у многим земљама прикупља информације путем телефонског позива из различитих области здравља и болести. У посебно формираним центрима, на магнетофонским тракама се снимају серије одговора на питања.

КОМПЛЕКСНЕ МЕТОДЕ

У здравственоваспитним програмима користе се и сложене или комплексне методе, када се комбинује, истовремено или фазно, више методолошких поступака. За реализацију ових метода је неопходан тимски рад и стално стручно усавршавање. Најзначајније од ових метода су саветовалишни рад, кућна посета и рад у заједници.

САВЕТОВАЛИШНИ РАД

Саветовалишни рад је део диспанзерске методе рада која се може примењивати на свим нивоима здравствене заштите, у раду са здравим или оболелима.

Ова метода се планира и организује тимски. Може се спроводити у породици, здравственој установи, школама, установама за дневни боравак деце, пре-

How To Catch a Cold—

Pick it up from others.



Слика 6. — Како добити кијавицу од других

дузећима, апотекама, у насељу – на пун-ковима, свуда где за то постоје услови.

Циљ ове методе је да се научно приме-ни у свакодневном животу и да се стаби-лизује жељени тип безбедног здравственог понашања. Због тога га здравствени рад-ници организују и спроводе у унапред припремљеним условима („едукативна ситуација“), што омогућава учење кроз циљана искуства, па се стога често и нази-ва „ситуационо поучавање“. Највише је заступљена групна динамика, мада се и ин-дивидуални рад примењује у зависности од проблема.

У здравственим установама, саветова-лишта се формирају као посебне радне јединице, са потпуним или непотпуним радним временом, као трајна или кам-пањска активност.

КУЋНА ПОСЕТА

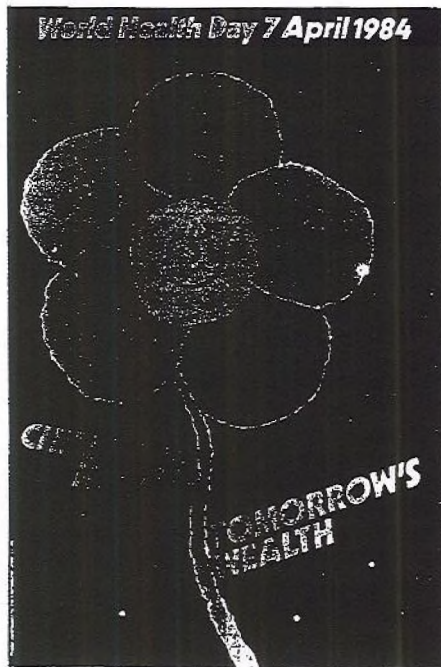
Кућна посета спада у најсложеније об-лике рада у здравственом васпитању. Кућ-на или патронажна посета подразумева плански приступ у решавању постојећих здравствених потреба породице, првен-ствено оспособљавањем мајке, а затим и осталих чланова, за вођење здравог начи-на живота, односно упућивање у начин пра-вилне, изабалансиране исхране, потребу уравнотеженог односа одмора и рекреаци-је, редовну контролу здравља – борбу про-тив пушења и алкохолизма и др., затим прихватање мера превенције болести и по-вреда, самозбријавање и самопомоћ, као и кућну рехабилитацију. Ове посете, по правилу, спроводи патронажна сестра која користи различите методе здравственова-спитног рада, уз обавезну животну демон-страцију. Патронажна сестра, приликом обучавања, будно прати да ли су постигну-те планиране промене понашања, да ли је проблем солвиран. Уколико се појаве те-шкоће или отпори у њеном раду, укључу-је и друге чланове тима са којима изнала-зи друга решења.

Садржај рада у кућним посетама стан-дардизован је стручно-методолошким упутством за спровођење обавезних ви-

дова здравствене заштите и обухвата сле-деће категорије становништва: жене ге-неративног периода, труднице, поро-дице, новорођенчад, малу и предшкол-ску децу, школску децу и омладину, сту-дентску омладину, старе особе, раднике и оболеле од болести већег социјалноме-дицинског значаја, као што су заразне бо-лести, ТБЦ, шећерна болест, душевне болести, малигне неоплазме, мишићне дистрофије, ендемске нефропатије, хе-мофилија.

Број посета породици такође је нор-миран и разликује се по појединим кате-горијама, односно врсти болести.

Свака породица има свој здравствени потенцијал, усвојене норме понашања, начин живота, степен културе, устаљене навике, систем вредности. Због тога, рад у породици представља један од најте-жих и најсложенијих облика рада у здравственој заштити.



Слика 7. – Здравље деце – здравље сутрашњице

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИ РАД У ЗАЈЕДНИЦИ

Здравствено васпитање у заједници се у стручној литератури често користи као синоним за појам развоја заједнице. Ако се посматра као метод, процес или програм, развој заједнице је природан одговор на потребе људи да сами учине нешто за себе. Искуства показују да се заједница најлакше покреће кад су посред-
ди општа, заједничка питања, на пример: еколошка, просветна, социјална или здравствена. По правилу, то су проблеми од општег друштвеног интереса (Видаковић), па је неопходно изналажење интерсекторских ресурса који се могу координирати и оријентисати ка остварењу ових циљева.

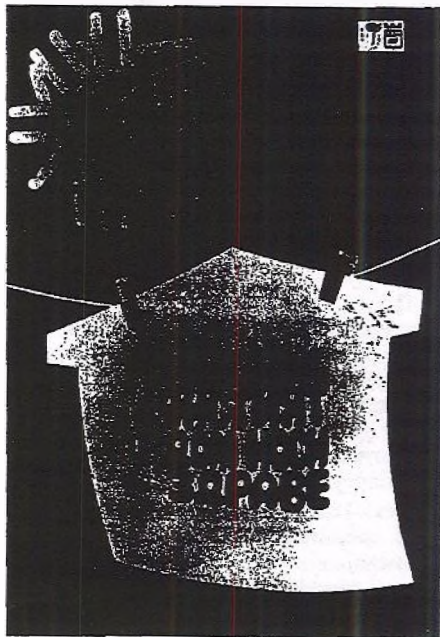
Основа рада је едукација заједнице, односно удружено оспособљавање људи у области самозаштите и њихово пуно учешће у спровођењу колективних мера



Слика 9. – Заштитимо животну средину

на стварању услова за здрав и квалитетнији начин живота. Овакав едукативни приступ садржи елементе личне и колективне партиципације као темељну димензију, јер успех зависи од броја укључених особа којима је програм намењен.

У најскромнијим животним условима и с крајње лимитираним ресурсима, уз мало напора и организованог приступа, нешто се може учинити. Решавањем ситних, практичних и једноставних проблема у животу појединаца и група, ствара се чврста основа за сарадњу и превазилажење унутрашњих неспоразума или отпора (Грујичић и сарадници). Почетни успеси, ма колико били скромни, стварају поверење, појединац или група, постижу жељену афирмацију, људи се уче да раде заједно и обезбеђују се предуслови за успех тактике „корак по корак”. Улога стручњака је двојака: да заинтересују појединце и групе



Слика 8. – Чист дом доноси здравље

да сами траже и sagледавају проблеме у области здравља и да их подстичу на активности које утичу на здравље неког од њих или здравље читаве заједнице.

Шта је, заправо, заједница? Можемо је условно дефинисати као групу људи која довољно дуго живи на одређеној територији да се у њој спонтано јаве механизми заједничких интереса и потреба који повезују њене чланове и у извесном смислу их чине хомогеним. Могућност заједнице да се укључује у активности, које су у вези са здрављем, у функцији је више њених карактеристика, јер је заједница веома динамична социјална структура, подложна непрекидним променама које значајно утичу и на њен облик и на функционисање. Заједнице могу бити мање или веће, зависно од распрострањености или броја људи, географско-територијалне, професионалне, етничке и др.

Метода која се примењује у едукативном приступу заједници дефинише се као мали програм. Она има једнообразну методолошку основу, а различите садржаје и циљеве, зависно од природе и изражености проблема, с карактеристичним фазама рада (планирање, реализација, евалуација).

У пракси се обично полази од месне заједнице која је покривена делатношћу здравствених радника; најчешће су то лекар опште медицине и поливалентна патронажна сестра. Укључивање осталих здравствених радника из основне здравствене заштите (нарочито из диспанзерско-саветовалишне службе) у центре месних заједница, путем редовних планираних посета или покретних саветовалишта, претходи наредној фази – формирању координационих тела. То су најчешће здравствени одбори у које су укључени чланови заједнице и здравствени радници. Укључивање људи који познају и желе да решавају здравствене проблеме у својој заједници, а имају утицаја у њој, без обзира на то да ли потичу из неформалне или формалне средине,



Слика 10. – Дуван – то више није – то!

представља прави приступ организацији заједнице за здравствену заштиту. Формирањем фонда у који партиципирају грађани и заинтересована тела и организације, као и формирањем здравственог одбора, заједница почиње дугорочно да решава постојеће здравствене проблеме.

Поред здравствене службе, у здравственоваспитни рад заједнице укључују се школе, различити савези и удружења, политичке странке, синдикат, службе скупштине општине, Црвени крст, раднички универзитети, позоришта, културно-уметничка и спортска друштва и др. Посебну улогу имају масовни медији.

Неки мали програми су исти за различите средине. У сеоским заједницама најзначајнији су програми водоснабдевања и хигијенске заштите, као и програм унапређења исхране. За све типове заједнице неопходан је програм здрав-

ственог васпитања у школама. Од ужих интересовања појединих заједница зависиће настанак и других програмских активности.

У сваком случају, организовање здравственоваспитног рада у заједници (месној, школи, предузећу) подразумева сложен програмски приступ, чији је циљ обезбеђење трајног и активног учешћа појединаца и група у решавању здравствених проблема. Групе могу бити клубови и самозащитне јединице хроничних болесника или здравствени одбори у месним заједницама (за унапређење животне и радне средине, изградњу водовода и др.), школама (за унапређење школске средине, исхрану, контролу здравља уста и зуба и др.) и предузећима (за заштиту на раду, решавање апсентизма и др.). Поред ангажовања појединаца и група, организација заједнице подразумева и укључивање заинтересованих органа општине у решавању здравствених проблема од ширег интереса, као и укључивање организација Црвеног крста, хуманитарних организација, савеза и удружења, међуопштинских фондова (не само здравства већ и свих других који су непосредно заинтересовани за одређени проблем) и других субјеката.

ЛИК ЗДРАВСТВЕНОГ ВАСПИТАЧА

У нашем систему здравствене заштите не постоји посебан профил „здравствени васпитач“, сем кадрова у заводима за заштиту здравља који раде на пословима организације и координације здравственоваспитних програма и инструктаже кадрова. Међутим, због значаја који здравствено васпитање има за здравље људи, оно представља веома важну законски санкционисану основну функцију свих здравствених радника за коју су потребне озбиљне припреме, већи број часова у току редовног школовања, стално иновирање знања, посебно у области



Слика 11. – До здравља физичким вежбама!

планирања и одговарајућих техника и вештина у комуницирању и грађењу мотивације људи.

Здравствени радници треба да знају како да подстичу и заинтересују људе да сами истражују и изналазе за њих најповољнија решења, да захтевају и активно се односе према свом здрављу. Оштерење са бројним чињеницама незаинтересованих особа неће дати резултате које смо желели да постигнемо, а поред тога, може често да изазове негативне ефекте.

У спровођењу здравственоваспитних програма здравствени радници треба да испоље пуно стрпљења и такта, што Вебстер назива „тачно и фино расуђивање о ономе што треба радити или рећи у току сарадње са другим особама; нарочито та способност за сарадњу, без агресивности, већ напротив, побољшање наклоности људи, посебно у тешким ситуацијама“. Свакако је неопходно љубазно опхођење

са свим људима без разлике, онако као што бисмо и сами желели да неке поштупа са нама у сличним ситуацијама. Хладна, прорачуната и саможива личност ће тешко остварити успехе у здравствено-васпитном раду.

ВЕШТИНА КОМУНИКАЦИЈЕ

Способност комуникације је одређено својство, које се учи од првих дана живота. По дефиницији за комуникацију су потребне најмање две особе. У сваком случају, то је процес са узајамном одговорношћу.

Комуникација усмерена на унапређење здравља заснива се на бројним вештинама, од којих су најзначајније: смањење препрека, разумевање пацијента, успостављање емпатског односа, вештина обучавања, мењање понашања, прикупљање података.

Најчешће препреке комуникацији могу да буду: језик, степен културе, друштвени статус. Комуницирање са особама које нису речите, довољно писмене, успешне, па чак и када нису релативно младе или привлачне (условно речено), може да буде врло тешко.

Ако препреке нису превазиђене, настаје анксиозност пацијента. Основни узрок анксиозности је страх – од предстојећег сусрета са здравственим радником, од суочавања са својим проблемом, од исхода који је непознат, од интервенције и сл. Већина здравствених радника очекује и претпоставља такве ситуације, али им, нажалост, не посвећује посебну пажњу.

Како можемо да сузбијемо или бар ублажимо анксиозност? Постоји више начина, а наводимо само неке.

Заказивање – контакт телефоном је прва прилика за смањење анксиозности, за љубазност, предусретљивост и одговор на сва питања.

Прикладан амбијент – у циљу хуманизације ординације, што подразумева удобан и функционалан намештај, украсе по зидовима са одговарајућим порукама, часописе, агитке, брошуре и сл., као и постављање видео и радио уређаја, бирање музике по жељи, све што олакша пажњу пацијента.

Смањивање препрека – бели мантили нису сами по себи довољни, неопходно је да пацијент зна ко сте. Сви чланови колектива носе привеске са именима.

Тачност – није у реду остављати пацијенте да вас чекају необавештени, поштујте туђе време!

Љубазност у опхођењу – другачије речено – будите пријатни. Пацијент није одговоран за вашу анксиозност, а ви својим поступцима не подстичите њихову.

„Изазак из анонимности“ – препоруљиво је да се представите новим пацијентима и кажете им како да вас зову. Питајте пацијенте како желе да их ословљавате – то може да буде први поступак да им вратите самопоуздање и осећај контроле. Ословљавајте их по имену све време, што доказује да је у питању особа, личност, а не само оболела особа више.

Обзирност – водите рачуна да се пацијенти удобно смеће. Говорите са њима и кад нисте у њиховом непосредном видокругу и обавештавајте их о својим поступцима. Пацијенту реците да седне пре него што му саопштите дијагнозу и дате савет. Осмехујте се, јер хумор може да помогне опуштању пацијента, тешко је смејати се, а истовремено осећати се напето. Корисно је навести пацијента да сам исприча неки шаљив догађај.

Давање информација – пожељно је уз сагласност пацијента дати податке о томе шта се ради и шта ће пацијент доживети. То смањује анксиозност, па чак и бол. Кад се обраћате пацијенту, избегавајте стручне термине. Не дајте обећања

која не можете да испуните, као „ово неће да боли“, „само да погледамо“ и сл.

Треба пазити на знакове анксиозности и одмах их збринути. Ако осетите да треба нешто конкретније предузети да би се смањила анксиозност, можете рећи „изгледате мало нервозни данас“, јер отворено изиошење често смањује ан-

ксиозност. Помозите пацијенту да вам каже због чега је нервозан – „можете ли да ми кажете шта Вас брине?“, немојте рећи „не брините“, „опустите се“ или „само покушајте да се опустите“, јер овакве опаске често само повећавају анксиозност.

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНА СРЕДСТВА



ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНА СРЕДСТВА

Здравственоваспитна средства су различита помоћна средства којима се непосредније, приступачније и сликовитије слушаоцима преноси жељена информација. Она су неопходна помоћ у раду сваког здравственог радника јер му омогућава ефикасије и лакше преношење здравствених сазнања.

Здравственоваспитна средства могу се посматрати и као оруђе, које, ако се примени погодном методом, може да утиче на мењање ставова и навика појединаца и заједнице и на стицање знања у вези са здрављем. Здравственоваспитна средства имају двоструку улогу – да помогну васпитачу у раду и поучаваној особи да учи.

У здравственом поучавању могу да се користе многобројна различита средства која делују на једно или више чула. Ако стручњак није у могућности или не жели да користи очигледна средства, онда мора да уложи много више труда да би постигао жељени циљ, да би објаснио неки појам, да би научио нечему поучавану особу, да би је покренуо на активност. Ако се користи само вербални начин изражавања, код слушалаца ефекат задржавања је после три сата око 25%, док се после три дана смањује на 8–10%.

Међутим, већина људи визуелне утиске дуже и трајније перципира, тако да је ефекат задржавања после визуелне импресије, после три сата, око 68–70%, а после три дана смањује се на око 20%.



Слика 12. – Пано – Чистаћи зуб у акцији

Најефикасије је када се комбинује визуелна и вербална информација – односно када су синхронизовано ангажовани и чуло вида и чуло слуха. У том случају ефекат задржавања је после три сата 85% и, што је веома занимљиво, дуго се одржава и код већине испитаника је после три дана био врло висок и кретао се око 65%.

КЛАСИФИКАЦИЈА ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИХ СРЕДСТАВА

Граница између здравственоваспитних средстава и метода не може се увек јасно повући. Рецимо, приказивању здравственог филма, као средства, претходи уводна напомена, после пројекције следи дискусија и групни рад, после тога извесна активност на основу групних одлука. То већ представља један методолошки поступак. Затим, приказивање једне здравствене изложбе – која не представља само низ фотографија и пригодних натписа већ се уз то врши и приказивање одговарајућих ТВ филмова, подела пригодних часописа, летака и сл. није више само приказ средстава већ и метода у раду.

За успешну примену здравственоваспитних средстава потребно је детаљно познавање сваког од средстава, њихових предности и недостатака, као и могућности евалуације.

А. ОЧИГЛЕДНА СРЕДСТВА

I Изложбе:

- 1) опште изложбе,
- 2) специјализоване изложбе.

II Покретне слике:

- 1) филм,
- 2) флаanelограф.

III Непокретне слике:

- 1) дијафилм,
- 2) слике и цртежи.

IV Штампана (писана) средства:

- 1) плакати,
- 2) сликовнице,
- 3) књиге и брошуре,
- 4) чланци и приче,
- 5) агитке, леци, паролe,
- 6) циркуларна писма.

V Преношење живе речи:

- 1) магнетофон,
- 2) грамофон.

Б. СРЕДСТВА МАСОВНИХ ИНФОРМАЦИЈА

- I Радио и разгласне станице
- II Телевизија
- III штампа
- IV Биоскоп

ОЧИГЛЕДНА СРЕДСТВА

ИЗЛОЖБЕ

Кад год то прилике и могућности дозвољавају треба организовати изложбу у здравственоваспитном раду. Да би изложба била успешна, здравствени радник треба да зна да је припреми и одабере најбоље детаље за илустровање проблематике коју жели да прикаже и уведе у животну праксу једне средине.

У састав сваке изложбе улазе визуелни елементи, као што су: предмети за демонстрирање, модели, ликовна обрада и друго. У раду са болесницима или здравим особама, како са одраслима, тако и са децом, предмети за демонстрирање су од нарочитог значаја.

Модели представљају исто тако ефикасна средства, јер су опипљивији и убедљивији од сваке слике. Сматра се да је један од најуспелијих модела у здравственом васпитању провидан човек од пластике у коме су приказани сви органи. На ротирајућем постољу модел је приступачан са свих страна, а синхронизован магнетофон даје објашњења о функцијама појединих органа – при том се аутоматски осветли одређени орган на моделу.

Фотографије су значајан изложбени материјал, поготово што је са новом фотографском техником направљен продор у микросвет и сваким даном тај продор нас све више задивљује. Ту се мора пазити да се избегне пренапнатост, која може допринети стварању конфузног утиска.

По Клајншмиту, идеална изложба била би она која не би имала ни једне написане речи. То, наравно, није могуће остварити, али треба настојати да текст који објашњава извесне моменте буде што је могуће краћи. Наслови треба да буду истакнути крупнијим словима. Објашњења се дају у неколико речи, али она која су најважнија треба истаћи већим словима и бојом. Испитивања су показала да су штампана, правилна слова, најлакша за читање. Писана и китњасто украшена слова треба избегавати.



Слика 13. – Пано – Опасности од непријатеља зуба

Ако желимо илузију простора можемо добити постављањем изрезаних слика у више планова – једне иза других. Ако такве слике и посебно осветлимо, тада су још привлачније.

Опште изложбе су већег обима и намењене ширем кругу публике. Оне обрађују општу тематику која је актуелна за једно или више подручја, или је каракте-

ристична за опште хигијенске прилике, исхрану, заштиту на раду, заштиту мајке и детета.

Специјализоване изложбе се намењују здравственом поучавању извесних група, водећи рачуна о њиховим потребама, интересима и нивоу образовања. Најчешће се постављају у болницама, саветовалиштима, чекаоницама, школама и сл. Свака од њих обрађује посебну проблематику од ужег значаја. Ово може да буде посебно ефикасно у ванредним стањима (нпр. у епидемијама и сл.).

ПОКРЕТНЕ СЛИКЕ

Филм. – Едукативни, тј. здравствени филм је врло интересантно и погодно средство пропаганде и васпитања. Он пружа акцију, делује на чуло вида и слуша.

Као средство поучавања филм има велике могућности и служи за подстрек великим и малим групама. Жива слика делује непосредно и стварно. Филм је по аутентичности и ефекту одмах иза животињских ситуација.

Здравствени филмови су углавном на уској траци од 16 милиметара, а по дужини спадају у краткотражне, који најчешће трају од 12 до 25 минута.

Предности филма су у томе што постоје широке могућности приказивања ствари и догађаја, брзина покрети су као у животу, а његова изузетност је што апстрактни појмови постају видљиви. Околност да се приказује у замраченој сали утиче да се сва пажња усмери на оно што се приказује.

Недостаци филма – гледаоци не учествују активно у радњи, односно немају могућности да додиром испробају да рукују нечим и да тако стичу искуство. У ствари, стичу илузију догађаја и радње, мада ствари прате само на имагинаран начин.

Посебан недостатак филма је што се у данашњем брзом развоју науке и информатике, филм најмање може адаптирати, тако да релативно брзо застарева. Технички проблеми – мора постојати обучено лице да обави све послове пројекције, апаратура је прилично тешка, а сама фил-

мска трака се мора брижљиво чувати од оштећења, јер се иначе губи квалитет репродукције и слике и тона.

После приказивања следи важнији део рада – дискусија. За то је погоднија мала група. Увод и коментар филма не морају бити довољни да објасне места у филму. Зато се организује дискусија после филма.

У склопу приказивања филма саветује се дистрибуција агитке или летка са сличним садржајем. На тај начин обнавља се информација и кумулира ефекат – „Филм помаже агитки да не буде бачена, а агитка филму да се не заборави“.

Видеофилм – видеокасете. – Видеокасете су модерно, савремено здравствено-васпитно средство које снажно потискује многа традиционална учила. Здравственом раднику пружају безброј могућности, лаке су за руковање, нису скупе, одличне су за рад у малој групи, али су слабо видљиве са стандардног екрана ако је велика група. Решење је, ако постоји ТВ систем, да се слика уместо на екрану – пројектује на велико платно.

Фланелограф. – Ово здравствено-васпитно средство је врло једноставно за примену. Због постојања у излагању материје, које истовремено личи на игру, олакшава учење одређених поступака. Због тога се препоручује за рад у школама и дечијим летовалиштима. Посебна предност фланелографа је у томе што је врло јефтино средство а и корисници, по потреби или жељи, сами могу да га планирају (да га конструишу) и

израђују, што може значајно да допринесе буђењу мотивације.

На фиксирану фланелску површину поставља се слика за сликом, тако да се пажња гледалаца (слушалаца) увек држи на ономе што се објашњава. Појединац може да се враћа натраг, да учова извесне детаље већ изложене грађе, али увек само после објашњавања.

На овај начин фланелограф од почетка до краја одржава будну пажњу појединаца и групе и омогућава боље учење него помоћу осталих аудиовизуелних средстава.

Сви визуелни симболи треба да буду у боји. Узимају се јарке, „пуне“ боје, које ће бити контрастне у односу на тамну основу, али се мора водити рачуна о комбинацијама и слагању боја.

НЕПОКРЕТНЕ СЛИКЕ

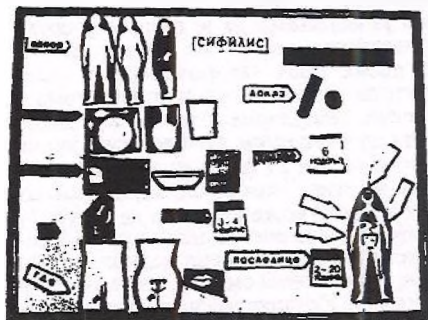
Дијафилм. – Дијафилм је сличан филму и има већину његових карактеристика, осим живе слике. Уместо покретне овде се користи непокретна слика, односно то је низ слика или пртежа, или фотографија на филмској траци које обрађују исту тему. Дијапозитиви су исечене секвенце са дијафилма и урамљене у посебне оквире.

За пројектовање служи дијапројектор или неки други пригодан апарат, али предавачи углавном користе дијапројектор. Руковање овим апаратом не захтева посебну обуку за разлику од, рецимо, филмског пројектора где је неопходан квалификован техничар.

Величина слике на платну зависи од удаљености пројектора и јачине пројекционе лампе. Као екран за пројекцију употребљава се посебно рефлексно платно, мада може да послужи и обични бели испеглани чаршав или бели зид, али су квалитет слике и утисак лошији јер, сем рефлексног платна, остали материјали добрим делом упијају пројектоване зраке.

Важно је да сала буде, бар делимично, замрачена, како због боље видљивости, тако и због концентрисања пажње на пројектовану површину.

Према испитивањима Хаселбаха, у раним крајевима света дијафилм се показао много приступачнијим од покретне



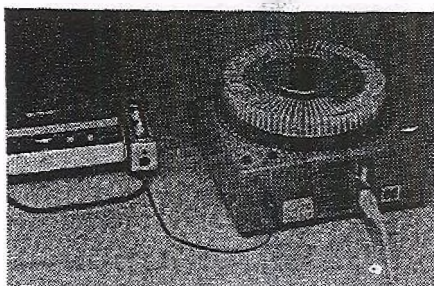
Слика 14. – Фланелограф

слике, нарочито у средини са нижим и вом образовања. Дијафилм је неупоре диво јефтинији од филма, лако се може снимити и адаптирати локалним приликама, а према томе и мотивационо засновати. Пројектована слика се може на платну задржати по потреби, ако је потребно и вратити назад, а група дијапозитива се може пробрати и прилагодити интелектуалном нивоу слушаца.

У току кућних посета, патронажна сестра може носити дијафилм и минијатурни пројектор и лако га приказати групама мајки, једној породици или групи деце.

Тонски дијафилм. – У последње време појавили су се модели дијапројектора са механизмом за аутоматску промену слике и уграђеним магнетофоном који текстуално прати слику.

Апарат не може да замени здравстве-

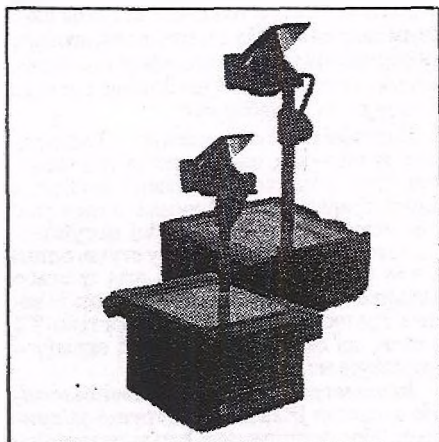


Слика 15. – Тонски дијапројектор

ног васпитача и успостави контакт са појединцем или лак малом групом, али је погодан за чекаонице и остала места где пацијенти проводе време. Овако ће то време знатно корисније бити употребљено.

Графоскоп. – Графоскоп је модерно, практично и прилично одомаћено средство у нас а такође и у свету. Уместо стандардне табле или припремљеног цртежа, предавач, ако жели, то може да уради у току самог предавања. На апарату постоји транспарентна основа испод које се налази снажан извор светлости. Изнад свега тога је оптички систем који све то преноси на рефлексно платно. Ово је по-

себно погодно за предавача јер ако би цртао на табли, морао би да публици окрене леђа, овако чак седећи за писаћим столом може да настави континуирани процес вербалног и аудиовизуелног излагања. Такође, постоје већ припремљене фолије из појединих области које предавач по потреби може да користи током наставе. Постоје и могућности да се фотокопирање потребних материјала врши директно на фолију а ова путем графоскопа прикаже публици на платну.



Слика 16. – Графоскоп

ШТАМПАНА (ПИСАНА) СРЕДСТВА

Штампана средства су веома раширен и најчешће коришћен облик здравствене пропаганде и масовних информација. Намена им је потпуније здравствено информисање о неком проблему. Погрешно је мишљење да је писање у сврху здравственог васпитања једноставан и лак посао. Такво схватање води у дилетантизам и површност, па према томе и неуспех. Популарна штампа даје доста места здравственим проблемима, јер се обично мисли да људи имају интересовања за њих. Нажалост, мало који од ових чланака може васпитно да делује. И ако су их често писали истакнути специјалисти појединих грана медицине, они ипак, у васпитном смислу, нису стручно написани. Уколико нису садржајно при-

лагођени интересовањима, схватањима и веровањима људи, могу остати незапажена, а могу изазвати и сасвим супротне ефекте од жељених.

Добро написан текст је онај КОЈИ је једноставан, концизан, те према томе разумљив. Но, да би се то постигло, треба много труда, посебно ако је намењен људима који су мање образовани. Један стручни проблем није лако исказати у једноставном и јасном облику.

У штампана средства сврставамо: плакате, паролe, агитке, брошуре, летке, сликовнице, књиге и циркуларна писма.

Плакат – здравствени плакат има племениту улогу. Порука на плакату односи се на живот и здравље човека, садржи научна достигнућа и саопштава их човеку и непосредно, кратко, недвосмислено.

Да би плакат могао да покрене људе да учине нешто, он треба да испуњава три услова (по Холмесу):

– да привуче пажњу: величином, бојом, упадљивим текстом који не би требало да буде дужи од седам речи;



Слика 17. – Здравствени плакат.

- да одржи пажњу (слика или текст);
- да подстиче на активност.

За плакате је много важније, више него за остала средства, да мотивише посматрача. Треба да буду осмишљени тако да заинтересују онога који га посматра.

Боја је значајна за пријем поруке и развој осећања. Познато је да јасни тонови ораспложују посматрача, тамни наводе на озбиљност. Јасно жута боја је сјајна, топла, док је zasiњеножута непријатна и често се користи за подсмех. Црвена изражава достојанство, озбиљност и изазива утисак моћи, тамноплава је тиха и одмарајућа али и хладна, љубичаста је сјајна и весела, док зелена боја фиксира поглед посматрача.

Плакати се доста користе и као зидне слике, за уређење амбијента или као средство обавештавања на јавним местима.

Агитке, леци и паролe. – Агитке и леци су саставни део здравственоваспитних метода, а у ординацијама имају посебно место као обавезна допуна и подсетник за пружање лекарских савета.



Слика 18. – Агитке, леци и паролe

То су, у принципу, једноставна, кратка штампана средства, која се могу веома лепо опремити и користити у свакодневном здравственоваспитном раду. Треба

их писати концизно и кратко, и илустровати их цртежима и сликама. Ова средства се комбинују са осталима и треба да створе утисак разноврсности и ведрине.

ПРЕНОШЕЊЕ ЖИВЕ РЕЧИ

Магнетофон и грамофон. – Развој модерне технике омогућава путем магнетофона и грамофона верне репродукције живе речи, независно од времена и места на коме је изговорена. Број репродукција није ограничен.

Међутим, никада не треба заборавити да коментар или предавање упућени на овај начин немају онај ефекат као када се то чини у директном контакту са слушаоцима.

Магнетофон се може врло ефикасно користити да учесници мале групе или извођачи неког програма чују сами себе или анализирају своју дискусију после извесног времена. На тај начин се може утврдити утицај унутар мале групе на промену ставова и схватања.

У раду са стручним кадровима магнетофон може да буде извесна помоћ. Методе групног рада могу се илустровати и доживети, јер је сваком од учесника, преслушавајући магнетофонску репродукцију, омогућено да се поставља у улогу слушаоца и критичара, оцењујући рад и развој групе и себе унутар ње.

СРЕДСТВА МАСОВНИХ ИНФОРМАЦИЈА

Свакодневна средства масовних информација допиру до милиона читалаца, слушалаца, гледалаца. Она их могу информисати, мотивисати и покренути на решавање извесних здравствених проблема, или, пак, довести у недоумицу и обманути неоснованим обавештењима. За здравствено васпитање ова средства су веома значајна уколико су плански и програмски укључена у одговарајуће програме. Међутим, она могу бити и

штетна, ако се преко њих саопштавају дезинформације и ненаучне чињенице, хипотезе, нагађања и сензационалистичке и непроверене вести из сумњивих извора.

Здравствено васпитање је сложен процес, који информацију користи само као полазну фазу за укључивање ефикаснијих метода и техника. Такође, треба имати у виду и тешкоће око налажења правих проблема који ће се саопштавати тако широким кругу слушалаца, читалаца и гледалаца, са најразноврснијим навикама, обичајима, нивоом образовања, разликама у годинама и сл. Стога је важно да руководиоци или координатори здравственоваспитних служби на свим нивоима успоставе континуирану сарадњу са уредницима ових рубрика у листовима, радио и телевизијским станицама.

РАДИО

Иако га је телевизија прилично потиснула, радио је још увек веома приступачно и присутно средство масовних комуникација. Радио је присутан како у кући, возњи, тако и на послу. Већи део радио станица има континуиране програме који се одвијају свих 24 сата. Радио све чешће комуницира са слушаоцима, укључује их директно у емисије, одговара на постављена питања, ангажује познате стручњаке из појединих области, тако да слушацац може одмах добити одговор, савет... Те су емисије слушане тако да је у одређено време веома тешко телефоном добити одређену радио станицу. Значи, код људи постоји, прво, велика потреба за комуницирањем са стручњацима у смислу добијања одговора, и друго, све веће схватање да им радио пружа могућности за задовољење личних потреба и интереса.

Очигледно је да је радио погодно средство за здравственоваспитни рад. Преимућства овог средства су бројна – на овај начин могуће је допрећи до великог броја људи, емисије слушају групе или неколико лица, може се говорити директно онима који су поставили питање али, још увек се највећи број емисија посвећу-

је куративи, препознавању и лечењу болести, па и злоупотребима такованих алтернативних начина лечења.

За широки аудиторијум би било значајније ако би се више времена посветило осмишљеним програмима из превентиве, проблемима младих, раширеним проблемима болести зависности. Треба избећи високоучени, каткад и стручњаку неразумљив стил. Треба се обратити директно слушаоцу, топло и пријатељски, бираним речима без застрашивања и плашења, дати практичне, проверене савете које ће слушаца сам моћи да примени како би побољшао и унапредио здравље – и слушаоци ће то осетити, створиће се позитивни контакти и тада се здравствене информације могу пренети великом броју људи истовремено.

Недостаци радија: мада је то директан начин обраћања, слушаца не види онога који говори, а то знатно умањује вредност таквог рада, слушаца може да прекине слушање емисије, на овај начин није лако изводљиво усмерити излагање на један специфичан проблем, већ се увек мора рачунати на интересовање ширег аудиторијума.

ТЕЛЕВИЗИЈА

Телевизија је моћно медијско средство, популарна и веома присутна у животу човека. Врло брзо је прихваћена, одомаћена и данас покрива скоро све области живота, успоставља бољу информисаност становништва, а та њена особина може веома корисно да допринесе остварењу неких здравствених циљева.

Мада је гледалац наизглед само пасивни посматрач, покрети и звучни утисци су толико живи да се он преноси у дотичну ситуацију и дубоко преживљава оно што гледа и слуша. Баспитна вредност ових ситуација свакако заостаје од оних код којих се стиче директно искуством, ипак је врло блиска реалности и представља велику могућност за здравственоваспитни рад.

Буђење интересовања преношењем здравствених порука са малог екрана о низу питања и сугестија о предностима

здрогог начина живота и заштити од болести у најширем смислу доприносе реализацији васпитних циљева.

Потешкоће у коришћењу ових средстава – метода су у томе што не постоји одговарајућа селективност корисника. Испред телевизора и поред радија седе људи различитог узраста и нивоа образовања, тренутно мотивисане, али и немотивисане особе.



Слика 19. – Зидна слика

Здравствени савети изречени путем телевизије имају већу вредност од оних изречених посредством радио таласа, јер овде слушаца – гледалаца, и ако није у директном контакту са предавачем, ипак га види те предавач на њега делује и својом појавом.

Нарочито је погодна техника здравственог поучавања путем контакт емисија, где гледаоци телефонски могу да постављају питања здравственом стручњаку или групи стручњака. Нажалост, често, због погрешно постављене коццепције, доминирају теме из области куративе на штету превентиве. Ако је реч о куративи, већа

је шанса да гледалац погрешно, погрешно примени савет и слично. Знатно је боље да се више заступе теме из области превентиве, односно предности здравог начина живота, где би пацијенте низом осмишљених емисија стручњаци полако водили из емисије у емисију, корак по корак, тако да неосетно прихвате принципе здравог начина живота, навикну на њих, усвоје их и сами на себи осете предности усвојених принципа.

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИ СПОТ

Њиме се могу на лаган и сликовит начин, уз учешће познатих личности културног и јавног живота, пласирати идеје и савети, корисни за здравственоваспитни рад, а сталним понављањем утицати на гледаоце да их неосетно усвајају. То се нарочито може користити код обољења која могу постати масовна, болести зависности, а у случајевима ванредног стања и епидемија улога телевизије је непроцењива у сузбијању панике међу становништвом.

У све већем броју англосаксонских земаља у школама се комбинује компјутерски и телевизијски систем наставе, тако да све ово, у новије време постаје и метода рада (Kompass, J. B. M. и др.).

ШТАМПА

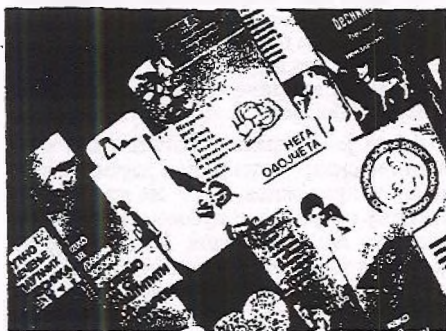
Штампана средства се најчешће користе у здравственоваспитном раду због лакоће производње. Намена им је да потпуније информишу о неком здравственом проблему.

Здравствене теме и приче су свакодневни садржај специјалних или недељних часописа, као и илустроване дневне штампе. „штампана реч има углед и изазива поверење“, каже једап аутор. Психолошки је дубоко заснована изјава: „Може бити истина, читао сам то у новинама“. Неретко се догађа да лекарима дођу пацијенти збуњени неком опаском или вешћу из новина и испољавају неверицу у оно што им лекар говори, ако се не слаже са оним што је изнето у новинама.

Из свега овог произлази да масовно обавештавање треба да буде конструктивно а не засновано на принципу сензационализма или новинске рекламе. Уредници ових рубрика би морали да имају рачишћене појмове о томе какав ефекат имају чланци на јавност, због чега је потребно врло ригорозно редиговати оно што се пише. Новинари и публицисти се недовољно баве овим проблемом и зато нису у стању да процењују о чему би требало писати и како. Зато се много чешће пише о болестима него о позитивној вредности здравља; више се места даје непровереним вестима, написаним сензационално, које су често и непедagoшке и некорисне.

Зато је Турнер саветовао да при писању не само да треба имати идеју већ је треба разрадити и документовати, консултујући стручњаке из одговарајуће области. При том ваља користити и сопствено искуство, а по потреби потражити податке у литератури. Идеје које су сакупљене треба поређати по вредности и логичном реду. У уводу се даје најинтересантнији моменат, затим у дискусији подробнија објашњења, а у закључку решење или мотивација.

При писању треба увек имати на уму групу којој је чланак намењен. Ради што занимљивијег стила штампана средства треба да буду кроз директно обраћање, похвале, питања, приче, анегдоте и сл.



Слика 20. – Штампана здравственоваспитна средства

Најбоље је употребљавати једноставне кратке реченице, разноврсне по стилу. Избегавати укорѣ, наређења и слично. Још у првој реченици треба настојати да се читаоци заинтересују. На крају, овако припремљен чланак треба више пута контролисати и процењивати у појединостима.

САДРЖАЈИ ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИХ СРЕДСТАВА

Не би требало никада изгубити из вида да није важно само оно што се каже, већ је каткада важније и како се то каже и у ком моменту. Здравственоваспитна информација, потпуно исправна по садржају и форми, изречена у неадекватно време, на неочекивани начин може да створи потпуно обрнути утисак и ефекат од очекиваног или изреченог у другој ситуацији.

Осим тога, једна особа, било ког узраста, може се увести у нова сазнања, упознати нове појмове и ситуације, али је важно како ће тим знањем овладати.

У здравственоваспитном раду каткад се мора обрадити и појам стерилног или нестерилног материјала, материјала загађеног клиндама болести. То може да се појави као крупан проблем ако су у питању особе нижег нивоа образовања, јер тешко схватају апстрактне појмове. Исти је случај и са ученицима млађег доба, јер деца морају имати конкретне представе, просторионо обличене.

Поучавању о овом појму може се приступити само вербално и приволети поучавану особу да научи неку дефиницију. У већини случајева може доћи за руком да особа то успешно репродукује, али сада се поставља питање шта она под тим у ситуацији подразумева.

Ефикаснији начин поучавања је ако се користе нека очигледна средства. Неколико врста микроорганизама нацртаних на табли или приказаних на фланелографу створиће већ конкретније представе код поучаване особе. Али ако се то прикаже снимљено на видео-филму или стандардном

филму где се види и кретање микроорганизама, комбинујући све то са шематским приказом димензија и упореди се са познатим, биће могуће да се то још боље разуме. Тек тада, са успехом може се прећи на конкретна објашњења о значају, рецимо, прања руку, зуба, могућности контактног намирница мувама и обољењима која би због тога могла да се јаве.

На тај начин, очигледним средствима олакшава се схватање, штеде се сопствени напори и време, а постиже се и најважнији циљ – да поучавање има практичну, применљиву вредност за живот.

МОТИВАЦИОНА ЗАСНОВАНOST

Мотивација у здравственом васпитању значи научити људе да чине оно што им се предлаже и да то чине у интересу сопственог здравља и бољег живота.

На први поглед ово се чини једноставним, лаким и општеприхватљивим. Но, није увек тако. Код већине људи, посебно младих, не постоји никакав урођени мотив, урођена заинтересованост за здравље. Здравље се често сматра нечим што се подразумева и долази само по себи. Чак ћете чути хвалисања како он може да пије, пуши и баш му ништа не смета и добро се осећа.

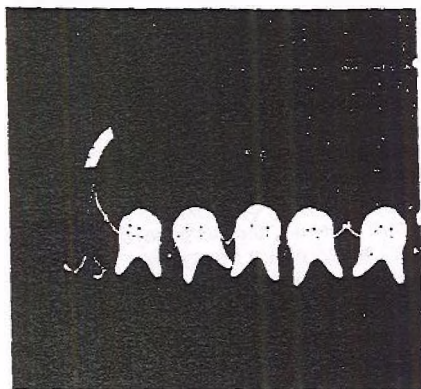
Пратећи развој здравственог васпитања, види се да је за почетак овог века карактеристично то што су се кроз језиве чинице, кроз страх од ужасних последица болести, људима ултимативно наметали хигијенски принципи здравијег начина живота. Наравно, успех је изостао.

У даљем развоју здравственоваспитне делатности прешло се на коришћење многобројних средстава која то покушавају пласирати на забаван или сатиричан начин. То су били шаљиви стихови, сатиричне слике и филмови о нездравим појавама у животу. Циљ је био да се овом непријатном грађом изазову емоције и да се човек активира у очувању здравља. И овог пута успех је изостао.

Достигнућа експерименталне психологије веома много су утицала на здравствено васпитање. Тимским радом са пси-

холозима и педагозима дошло се до нових сазнања која су се добро показала у пракси.

Познато је из праксе да се чињенице, до којих је дошла наука, не могу једноставно наметнути појединцима или заједници, јер они већ живе по устаљеним принципима традиције. Здравствени радник ће наићи на јак отпор, иако је као стручњак сигуран да је оно што жели да спроведе у циљу унапређења здравља исправно, научно потврђено и корисно.



Слика 21. – Здравствени плакат

Свака особа има својствену природу, услове и правац мотива. Поред основних физиолошких потреба (глад, жеђ, сексуални живот) у примарне мотиве спадају: жеља за афирмацијом у средини у којој се живи, избегавање неугодности и бола, осећање припадности групи, потреба за материјалним благостањем и економском сигурношћу, потреба за доживљавањем новог, потреба за радом, кретањем, одмором...

Секундарни или социјални мотиви развијају се током живота и зависе од услова и средине у којој се развија личност. Ту спадају сви они мотиви које личност поставља сама себи, по угледу на друге, или их под утицајем околине прима као задатке.

Успешно здравствено васпитање могуће је једино помоћу мотивације. Једино мотивисана особа може и хоће да схва-

ти, научи и промени своје дотадашње ставове и понашање.

Здравственоваспитни апел ће успети ако се заснива на неком од основних мотива личности, а нарочито ако из препоручене активности произлази задовољење тих мотива.

Пошто не постоји ниједан мотив или потреба у вези са здрављем, здравствено васпитање треба засновати на такозваним атрибутима здравља, који се налазе на листи како примарних, тако и секундарних мотива. Такво мотивисање ће бити врло успешно ако се здравствени принципи повежу, на пример, са жељом мајке да има најбоље однеговано дете (жеља за угледом), са тежњом ка материјалној сигурности, са тежњом за афирмацијом у својој средини, са потребом за припадношћу групи.

ФАКТОРИ КОЈИ УТИЧУ НА ЕФИКАСНОСТ ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИХ СРЕДСТАВА

Препознавање предмета. – Без обзира на квалитет или врсту, аудио-визуелна средства неће имати вредности ако их слушацац не препозна и не интерпретира на прави начин. Већина људи препознаје најлакше modele који су најближи реалности.

Пропорције. – За правилно схватање и препознавање, пропорције су врло важан фактор. Све што се види има смањене пропорције приликом удаљавања. Зато се смањени предмети, али чије су пропорције остале исте, лако препознају. Напротив, ако се пропорције нешто измене, било да се смање или повећају, многи ће имати озбиљних тешкоћа да их схвате о чему се ради.

Време. – Муњевити утисци не остављају много у свести. Када се користе очигледна средства, време је врло значајан фактор. Способност усвајања и репродукције вишег назива се „нивоом визуелне перцепције” и индивидуално се разликује. Зато треба имати у виду потребан интервал времена за приказивање

таких предмета, нарочито ако нису догле били блиски поучаваним особама.

У здравственоваспитном раду је нарочито значајно одржавање пажње на потребном нивоу у току читавог процеса учења. За то су веома корисна здравственоваспитна средства. Само трајни утисци, условљени интензивном пажњом, омогућују учење, односно мењање знања, ставова, навика.

Вештина излагања. – Сваки здравствени радник не мора да буде и талентован говорник, али то не треба да га обесхрабрује. Са мало вежбе, водећи рачуна о неким основним принципима, лако ће моћи да придобије и одржава пажњу појединаца или групе, поготово уз погодан избор очигледних средстава.

Успеху ће допринети још и ако се одржава ведар дух благо зачињен хумором. Хумор оживљава атмосферу и ствара услове да се излагање и даље пажљиво прати. Но, увек треба имати на уму да се при том не сме претеривати, већ треба

започети излагање неком кратком причом, анегдотом или занимљивом ситуацијом – то може бити симпатичан увод и за најстручније предавање.

При излагању не треба доносити закључке. То најчешће изазива супротан ефекат код слушаца и повећава отпор. Уравнотежено излагање, које додирује мотиве и емоције слушаца, не мора да се заврши закључивањем. То се може оставити самим људима. Најубедљивији разлози се морају оставити за завршни део, треба да буду планирани и изнети тако да они допринесу одлуци, било појединачној, било групној. Добар здравствени радник који се бави и здравственим васпитањем никад није наметљив. Треба да буде разложан и спреман да помогне, али никако не сме да се намеће. Ако добро познаје материју, онда може да буде довољно сигуран у себе и у групу, тако да не мора да прејудуцира ствари, али и да одржава пажњу и атмосферу на високом нивоу.

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИ РАД СА ПОЈЕДИНИМ ГРУПАЦИЈАМА СТАНОВНИШТВА



МЕСТО ЗДРАВСТВЕНОГ ВАСПИТАЊА У ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ СТАНОВНИШТВА

У нашем систему здравствене заштите, здравствено васпитање спада у загарантовани минимум који се бесплатно обезбеђује целокупном становништву. Као прва и најшире постављена мера здравствене заштите, оно омогућава да се и друге мере и активности остваре у пуном обиму. Због тога здравственоваспитни рад чини саставни део свакодневне праксе здравствених радника у склопу програма рада на одређеној територији. У подели рада на здравственом васпитању, медицинске сестре имају посебан задатак да помажу човеку, оболелом или здравом, у извршавању оних активности које треба да унапреде здравље и реституцију изгубљеног здравља, а које би требало да извршава сам човек, уколико би имао снаге, воље, као и неопходна знања. Оне то треба да чине на начин који ће појединца учинити што пре независним.

Медицинске сестре у оквирима савремене заштите добијају све теже и одговорније задатке. Оне немају само улогу неговатељице – терапеута већ и васпитача. Није довољно излечити болесника, или му дати прецизна упутства која се односе на његову болест, дијетни режим или начин оспособљавања изгубљених функција. Треба га научити и општим принципима здравог начина живота у најширем смислу. Ако тога нема, он ће понављати исте грешке. Отуда је здравственоваспитни рад медицинских сеста-

ра дефинисан као саставни део терапијског поступка и помоћи болесном ка оздрављењу, али и као едукација и мотивација људи за активан однос према здрављу, прихватање здравог начина живота, промену понашања сваког понаособ у здравственој установи, али и ван ње – у породици, школи, на радном месту, у целокупном животном окружењу.

Ако посматрамо само здравствену делатност, као један сегмент друштвене заједнице, ма које врсте била, без здравственог васпитања у себи она нема ону димензију коју има и мора да има у односу на човека и средину у којој се налази. Не може и не сме бити здравствене делатности без сазнања да тај рад у сваком часу утиче на личност човека и да не сме да га оштети.

ЗДРАВСТВЕНО ВАСПИТАЊЕ У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА

Приступ. – Здравствена служба је веома снажан фактор социјализације. За снагу и домет здравственоваспитног утицаја најзначајнији је квалитет медицинског рада и односа према људима, који може да услови жељено понашање, али и да изазове многе друге ефекте.

Могућности рада на здравственом васпитању ограничене су врстом и природом интервенције. У здравственој делатности постоје гране и области у којима се може ефикасније и рационалније обављати здравственоваспитни рад, на пример у здравственој заштити жена и

деце, заштити, поливалентној патронажи, општој медицини, рехабилитацији – због могућности примене многих, разноврсних метода и техника – за разлику од неурохирургије или пружања хитне медицинске помоћи.

Сагледавањем тих разлика не сме се изгубити из вида целина рада и утицаја, зато што се у току скоро сваке интервенције могу остварити одређени васпитни утицаји.

Посебно важни облици здравствено-васпитног рада јесу саветовалишни рад уз употребу различитих техника, метода и здравственоваспитних средстава, поливалентни патронажни рад у породици, школи, предузећу, месној заједници и рад у саветовалиштима.

Отуда се приступ здравственоваспитном раду у здравственим установама може сажето исказати као:

- хуман и активан однос и узајамна сарадња с појединцем, породицом, групом, становништвом или целокупном заједницом у раду на развоју и заштити здравља;

- стално подизање нивоа знања здравствених радника и организовање медицинског рада са здравим и болесним људима;

- тимски рад и сарадња здравствених радника на побољшању здравља, превенцији и заштити од болести, раној дијагнози, успешном лечењу и рехабилитацији;

- стално усавршавање и коришћење индивидуалних и групних метода рада с људима, да би се постигли квалитет медицинског деловања, већа ефикасност и боља здравствена заштита становништва;

- усклађено повећање саветовалишног и патронажног рада;

- боља опремљеност средствима за рад и одговарајуће уређење простора за рад здравствених радника, односно простора у коме се становништву пружа здравствена заштита.

ОСНОВНА ЗДРАВСТВЕНА ДЕЛАТНОСТ

ДОМОВИ ЗДРАВЉА

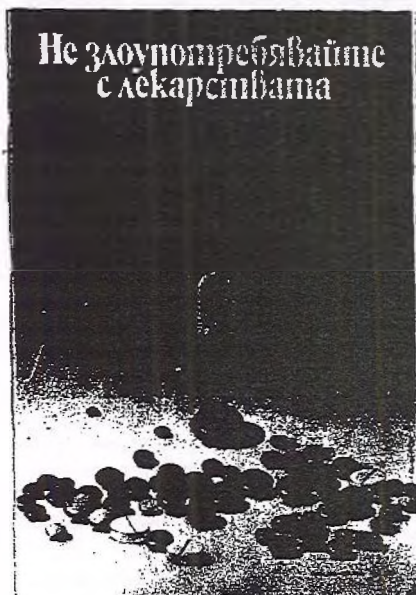
Здравственоваспитни рад у домовима здравља има програмски карактер. Спроводи га све делатности, при чему се интензитет здравственоваспитних активности усмерава на биолошки осетљиве и ризику изложене групе, на приоритетне здравствене проблеме и на мере здравствене самозаштите.

Координацију здравственоваспитног рада на нивоу целокупне делатности дома здравља обезбеђује координатор – лекар специјалиста.

ОПШТА МЕДИЦИНА

Здравственоваспитни рад у овој области спроводи се у ординацији и чекаоници дома здравља, здравственој станици, у месној заједници и предузећу.

У дому здравља рад се обавља са здравим и оболелим одраслим становништвом (нарочито са лицима старијим од шездесет



Слика 22. – Не злоупотребљајте лекове!

пет година), у циљу превенције и раног откривања хроничних масовних болести и неге оболелих, док се у здравственој станици радом обухватају све групације здравственог и оболелог становништва.

Рад обављају тимски: лекар, медицинска сестра — техничар, патронажна сестра, лица обучена за кућну негу, као и сарадници из заједнице (активисти Црвеног крста и др.).

Садржај здравственоваспитног рада обухвата актуелну здравствену проблематику, а пре свега припремну фазу имунизације, појаву заразних болести и епидемија, факторе ризика који доводе до хроничних масовних болести (како оних које су обухваћене обавезним видовима здравствене заштите, тако и других, као што су кардиоваскуларна обољења).

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ЖЕНА

Здравственоваспитни рад у овој области спроводи се у ординацији, саветовалишту и чекаоници дома здравља и здравствене станице, месној заједници и

предузећу, а најчешће се ради са женама у генеративном добу.

Рад обављају тимски: лекар, стоматолог, бабица, медицинска и патронажна сестра.

Садржај здравственоваспитног рада обухвата планирање породице, штетност прекида трудноће, могућности спречавања нежељене трудноће, најчешћа обољења жена овог доба и периодичне контролне прегледе здравственог стања.

Посебан садржај чине: рад са трудницама у вези са физиологијом трудноће, исхрана трудница, режим живота и рада у трудноћи, психофизичка припрема за порођај, нега прворођенчета, рано откривање малигних обољења и карактеристични знаци појединих најчешћих локализација ових болести.

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ

Здравственоваспитни рад се спроводи у дому здравља и здравственој станици и насељу, најчешће у саветовалиштима за одојчад, малу и предшколску децу, омла-



Слика 23. — Превентивни прегледи за вашу сигурност



Слика 24. — Имунизација — шанса за свако дете

дину и студенте, као и у породици и ме-
сној заједници.

Рад обављају тимски: лекар, стомато-
лог, медицинска сестра, дечија неговате-
љица и патронажна сестра.

Рад је нарочито усмерен је на мајке које
имају децу узраста до седам година. Обу-
хвата мере превенције од заразних болести
и значај активне имунизације, значај упо-
требе витамина D, флуорида и препарата
гвожђа, негу и исхрану одојчета и малог де-
тета, психофизички раст и развој, најче-
шћа обољења одојчета, малог и предшкол-
ског детета и најважније мере заштите.

Здравственоваспитни рад са школ-
ском децом, омладином и студентима
усмерава се, пре свега, на стицање хиги-
јенских навика, мере заштите од зараз-
них и паразитарних обољења, исхрану и
здравље, психофизички развој, заштиту
здравља уста и зуба, пубертет и адоле-
сценцију, сексуално васпитање, упозна-
вање опасности од пушења, алкохолизма
и наркоманије, као и на друга питања.
Рад са родитељима и наставницима обух-

вата исти садржај, али у циљу да се и они
укључе у здравствено васпитање деце и
омладине.

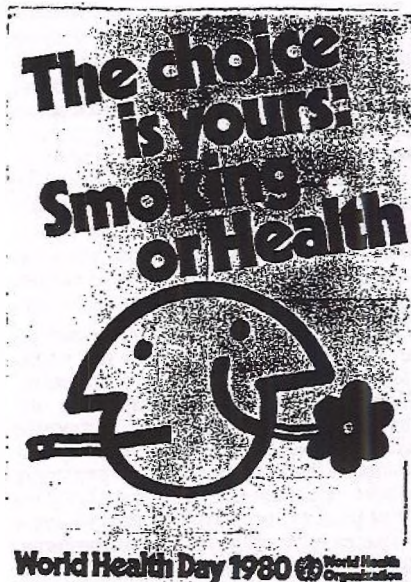
У раду се примењују индивидуалне и
групне методе и облици, уз обавезно ко-
ришћење здравственоваспитних сред-
става.

МЕДИЦИНА РАДА

Здравственоваспитни рад се спроводи
у здравственим институцијама и преду-
зећима са здравим радницима, као и са
онима оболелим од професионалних бо-
лести и са онима који раде под посебним
условима и на радним местима с по-
већаним ризиком од повређивања.

Рад обављају тимски: лекар, медицин-
ска сестра – техничар, патронажна се-
стра, психолог и социолог, у сарадњи са
службом за хигијенско-техничку зашти-
ту на раду.

Садржај рада је различит и зависи од
тога који штетни фактори утичу на обо-
левање и повређивање радника. Основни
циљеви су мотивисање радника за позитиван однос према здрављу, стицање зна-
ња о хигијенском начину живота и рада



Слика 25. – Пушење или здравље – изaberите сами



Слика 26. – Треба носити јаке, удобне ципеле!

и заштита од повређивања, чиме се ефикасније остварују циљеви примарне превенције у здравственој заштити радника.

У здравственоваспитном раду примењују се индивидуалне и групне методе и облици, уз обавезну употребу здравственоваспитних средстава.

ПНЕУМОФТИЗИОЛОШКА ЗАШТИТА

Здравственоваспитни рад се спроводи у здравственој организацији (диспансер за пнеумофтизиолошку заштиту), породици и заједници, са здравим и оболелим лицима, лицима у контакту и групама становништва изложеним ризику.

Рад спроводе тимски: лекар, медицинска сестра – техничар и патронажна сестра у сарадњи са активистима Црвеног крста и другим представницима заједнице.

Садржај рада са свим категоријама становништва обухвата могуће факторе ризика и мере заштите (нарочито активну имунизацију), с циљем да се формирају позитивне здравствене навике у односу на здравље (престанак пушења, хигијена становања и др.).

Кад открије болест, лекар најчешће почиње здравственоваспитни рад планираним разговором с болесником, настојећи да га не уплаши (било да се ради о туберкулози, тумору, хроничној опструкцији плућа и сл.), али и да му укаже на озбиљност ситуације, чији исход зависи, пре свега од његовог понашања и стања према болести.

У раду се примењују све методе и облици, уз обавезно коришћење здравственоваспитних средстава.

ФИЗИКАЛНА МЕДИЦИНА И РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Здравственоваспитни рад у овој области спроводи се у амбулантно-поликлиничким установама, гимнастичким и спортским салама домова здравља, школа и установа за дневни боравак деце предшколског узраста и др.

Рад обављају лекари и физиотерапеути у служби физикалне медицине, која се тимски повезује са школама и другим институцијама где се, у оквиру програма рада ових организација, укључују елементи за спровођење превентивне и корективне гимна-

стике за сва лица код којих се у току систематских прегледа установи одговарајућа потреба.

У здравственоваспитном раду посебну пажњу треба посветити младима у фази развоја локомоторног система и лицима са тежим оштећењима.

Код лица са тежим оштећењима примењују се индивидуалне методе здравственоваспитног рада, код предшколске деце и деце у периоду основног образовања у присуству родитеља, док се у раду са хомогеном групом примењују групне методе, кад су појединачни интереси и здравствена потреба најчешће идентични.

Садржај рада је условљен постојећим стањем и здравственим потребама.

ПОЛИВАЛЕНТНА ПАТРОНАЖА

Поливалентна патронажа се најкомплетније бави здравственоваспитним радом и чини базу здравственог васпитања у породици и заједници. Њена делатност је усмерена на очување и унапређење здравља – пре свега породице, као и изналагање и ублажавање фактора ризика у животној и радној средини.

У раду су приоритетне групе и труднице, породице са новорођенчетом, одојчад и хроничан болесници. Поред тога, поливалентна патронажа учествује у решавању најзначајнијих здравствених проблема на микро рејону, као и посебних програма здравствене заштите, као што су програми хигијенске заштите животне средине, циљани програми за смањење дејче смртности, посебни програми за спречавање, сузбијање и одстрањивање заразних и паразитарних болести, здравственоваспитни рад са школском децом и омладином и др.

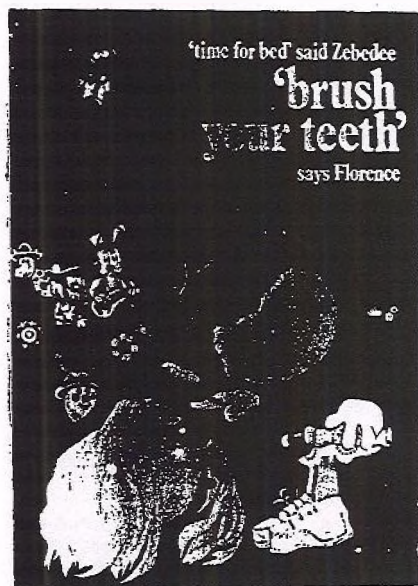
Делокруг рада поливалентне патронаже су породица и заједница као целина, месна заједница, школа и предузеће.

У непосредном раду спроводе се: кућне посете, индивидуални и групни облици рада, мали програми који су методолошки постављени тако да решавају одређене здравствене потребе. Групни облици рада су, по правилу, заступљени најмање са 30% од укупних активности. У раду је обавезна употреба здравственоваспитних средстава.

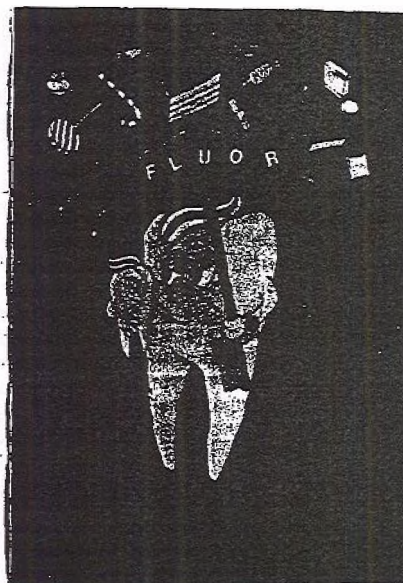
Патронажна посета подразумева плански приступ решавању постојећих здравствених потреба, првенствено оспособљавањем мајке или свих чланова породице за унапређење здравља, превенцију болести и повреда, самозбрињавање, самолечење или кућну рехабилитацију. Патронажна сестра је дужна да, осим што обучава, контролише да ли је постигнуто жељено позитивно понашање у односу на здравље и болест. Према томе, проблем се мора пратити до постизања оптималног решења и о томе мора постојати одговарајућа евиденција. Патронажна сестра води протокол и регистре, као обавезну документацију о посетама лицима и породицама.

СТОМАТОЛОШКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Здравственоваспитни рад се спроводи у здравственој организацији, предшколским установама, школи, породици и месној заједници, а усмерава се нарочито на одојчад, малу предшколску и школску децу, омладину и студенте, труднице и



Слика 27. – Време је за спавање – пери зубе!



Слика 28. – Чувајте здравље уста и зуба

мајке-дојиље, родитеље и раднике у производњи.

Рад обављају стоматолози и стоматолошке сестре, здравствени радници осталих области, нарочито у здравственој заштити жена и деце, општој медицини, поливалентној патронажи, медицини рада и другим службама, уз укључивање васпитача, просветних радника, чланова подмлатка Црвеног крста и др.

Здравственоваспитни садржај непосредно зависи од популације с којом се ради, односно од тога да ли је у питању превенција млечне или сталне дентиције, тј. од стадијума развика зуба.

Садржај, пре свега, обухвата развој мастикаторног апарата плода, с посебним нагласком на правилној исхрани труднице, природној исхрани одојчета, мерама превенције појединих болести, лошим навикама, које могу узроковати зубно-виличне деформације, значају одржавања хигијене уста и зуба, потреби благовременог лечења и информисања о неговању и чувању млечних зуба до њихове природне смене.

Здравственоваспитни рад треба започети с децом у породици, јаслицама и

дечијим вртићима, радници тих установа треба да буду обавештени о развоју зуба у овом узрасту и мерама које треба предузети.

У раду се примењују индивидуалне и групне методе и облици, уз обавезну примену здравственоваспитних средстава.

ЛАБОРАТОРИЈСКА И РЕНДГЕНСКА ДИЈАГНОСТИКА

У здравственоваспитном раду здравствених радника (лекара, лабораторијских и рендген-техничара) у наведеним областима примењују се индивидуалне методе поучавања људи непосредно при узимању материјала и дијагностички, ради боље примене и стварања поверења код корисника здравствене заштите.

ХИГИЈЕНСКО-ЕПИДЕМИОЛОШКА ЗАШТИТА

Здравственоваспитни рад у овој области усмерен је на спречавање, сузбијање, одстрањивање и искорењивање заразних и паразитарних болести. Утврђене мере су трајног карактера и спроводе их програмско-плански све здравствене орга-

низације у склопу својих редовних активности.

Здравственоваспитни рад се обавља са здравим и болесним становништвом – у породици, школи, здравственој установи и предузећу, месној заједници, а тимски га спроводе лекари, медицинске сестре – техничари, санитарни техничари, патронажне сестре и обучени сарадници здравствених радника (активисти Црвеног крста и др.).

Извршење многих задатака из области хигијенско-епидемиолошке заштите захтева сарадњу и координацију рада здравствене службе и органа управе (санитарном и комуналном инспекцијом), затим ветеринарском службом, као и становништвом и другим субјектима.

Као и остале службе основне здравствене заштите, хигијенско-епидемиолошка служба у свом раду примењује групне и индивидуалне методе и облике (организациони састанак, планирани или индивидуални разговор, рад у малој групи, питања и одговоре, здравствено предавање, организовани приказ изложбе), уз обавезну употребу здравственоваспитних средстава.

Здравственоваспитни рад хигијенско-епидемиолошке и других служби у области хигијенско-епидемиолошке заштите, детаљно је описан у *Приручнику за спречавање, сузбијање, одстрањивање и искорењивање заразних и паразитарних болести* (Београд, 1980. год.).

КУЋНО ЛЕЧЕЊЕ И ЗДРАВСТВЕНА НЕГА

Здравственоваспитни рад у области кућног лечења и неге, као саставни део терапијског поступка, рехабилитације и прогресивне неге пацијента, спроводи се у породици оболелог. Истовремено се овим радом обухватају и чланови породице, ради припреме и обучавања за примену општих, практичних поступака неге и исхране, односно мера заштите.

Извршење комплексних задатака кућног лечења и неге захтева тимски рад и координацију рада здравствене делатности, служби социјалне заштите и центара за социјални рад, општинских организација Црвеног крста, месних заједница, омладинске организације, предузећа



Слика 29. – Заједничком акцијом свих за здраву животну средину



Слика 30. – Пресслапа јела изазивају повишени крвни притисак

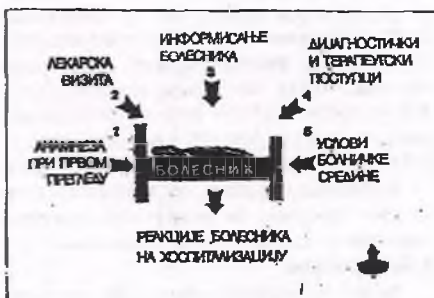
и др. Зато у здравственоваспитном раду учествују лекари, медицинске сестре – техничари, поливалентне патронажне сестре, физиотерапеути, лекари консултанци и др.

Садржај рада се заснива на медицинским поступцима и процедурама и другим условима неопходним за лечење, а обухвата област неге, исхране, употребе лекова и др. При том, првенствено се примењује индивидуална метода уз демонстрацију – како са оболелим, тако и са члановима његове породице.

СТАЦИОНАРНА ЗДРАВСТВЕНА ДЕЛАТНОСТ

Стационарне установе организују и спроводе програмски здравственоваспитни рад са здравим и оболелим особама.

У методолошком поступку и садржајима, карактеристике здравственоваспитног рада условљене су врстом делатности, условима и дужином хоспитализације и непосредним контактом здравствених радника и хоспитализованих ли-



Слика 31. – Реакције болесника на хоспитализацију

ца као здравствено високомотивисаних категорија.

Координацију здравственоваспитног рада обезбеђује тим за координацију: лекар специјалиста са обављеним постдипломским усавршавањем из области здравственог васпитања, виша медицинска сестра уз непосредну сарадњу са координаторима домова здравља.

Одмах постаје јасно колико је важно познавање основних менталних поремећаја и њихових узрока, као предуслов организованог рада на здравственом васпитању и заштити менталног здравља.

Узроци психичких поремећаја су многоструки и најчешће делују удружено. Најпознатији су наслеђе, конституција, животни развој и ток, провокативни фактори и социјални односи. Вредност њиховог значаја је различита. Иако наследни и конституционални фактори имају извесну улогу, медицинске мере на њих врло мало могу да утичу. Много већи значај имају животни ток и психодинамски развој личности. Постоје догађаји који утичу на живот човека и који могу да поремете његову психичку равнотежу. За ментално здравље човека све значајнија је и социјална средина и шира околина. Социјална средина формира ставове личности, утиче на слику психичког обољења и уопште на све реакције човека. Када се зна да је основна социјална јединица породица, онда је јасно колико је значајан здравственоваспитни рад у породици на заштити менталног здравља.

Услови рада су у данашње време све више специјализовани и компликовани. Тако рад није само егзистенцијална по-

треба човека него и саставни део личности. Захтеви радног места су све сложенији, а радни процес све аутоматизованији. Ово веома много утиче на индивидуалност и прети разним психичким кризама. Зато је здравственоваспитни рад у индустрији и другим установама веома важан, нарочито у односу на лица која се налазе на руководећим положајима.

Проблем досаде и организације слободног времена са напретком културе, технике и цивилизације представља све већи проблем.

Веома су важне и миграције, као и урбанизација становништва, која ствара нове социјалне односе, културолошке промене и изазива веће или мање кризе адаптације.

Као могући пример за организовање и реализацију здравственоваспитних активности, приказан је начин рада применом једне комбиноване методе.

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИ ТЕЧАЈ ЗА ХОСПИТАЛИЗОВАНЕ ОСОБЕ

Здравственоваспитни рад у стационарним установама се спроводи, уз друге активности, и организовањем здравственоваспитног течаја за хоспитализоване особе.

Ова услуга се састоји из скупа модификованих здравственоваспитних метода, које се по утврђеној динамици реализују у болницама, клиникама, клиничко-болничким и рехабилитационим центрима и другим здравственим организацијама које спроводе хоспитализацију.

Ова услуга се спроводи пет дана у континуитету и по потреби може се поновити. Примењујемо је на:

- лакше, покретне болеснике у току клиничког испитивања и лечења,
- хроничне болеснике чија природа болести и поступци у лечењу захтевају понављање хоспитализације,

- труднице на одржавању трудноће,
- мајке пратиље и сл.

П р в и д а н: општа информација (дан пријема на хоспитализацију).

Садржај услуге: кратка језгровита информација о основама режима у условима хоспитализације, организацији рада, надређености запослених, времену визите и времену за посете, неким врстама интервенције и терапијских процедура, употреби лекова и сл.

Место рада: наменски одређена и опремљена просторија за здравственоваспитни рад или болесничка соба.

Време извођења: 13 – 14 часова.

Извршилац услуге: главна одељењска сестра – техничар (15 мин.) – виша медицинска сестра. Здравственоваспитно средство: кућни ред болнице.

Д р у г и д а н: предавање са дискусијом (временски умањена метода).

Садржај услуге: значај хигијенско-дијететског режима у односу на природу болести или поремећаја здравља у условима хоспитализације.

Личне и колективне мере заштите, спречавања и сузбијања интрахоспиталних инфекција.

Здравственоваспитна средства: агитке и леци, брошуре са садржајима из личне хигијене и са начином одржавања хигијене у просторијама, видео-касета.

Место рада: наменски одређена и опремљена просторија за здравственоваспитни рад, трпезарија или библиотека.

Време извођења: од 13 до 14 часова и од 18 до 19 часова.

Извршилац услуге: одељењска сестра – медицински техничар (20 мин.).

Т р е ћ и д а н: питања и одговори, по потреби индивидуални рад.

Садржај услуге: упознавање начина употребе лекова, посебно оних за дужу или трајну употребу са врстама нај-

чешћих дијета, основним карактеристикама уобичајених интервенција у току клиничког испитивања, односно терапије.

Здравственоваспитна средства: дија-позитиви, касете, дијетна листа, јеловници, агитке о лековима и сл.

Место рада: наменски одређена и опремљена просторија за здравственоваспитни рад.

Време извођења: од 13 до 14 часова и од 17 до 17,30 часова.

Извршиоци услуге: сменски – дежурни лекар 15 мин.; сменска – дежурна сестра 30 мин.

Четврти дан: практичне вежбе (животна демонстрација).

Садржај услуге: обучавање хоспитализованих особа за извођење медицинских мера и поступака које ће се после хоспитализације примењивати у породичној средини као саставни део неге, терапије или рехабилитације, као што су нпр.: самомерење артеријског притиска, одређивање шећера у мокраћи, парентерална примена инсулина, хигијена, односно тоалета стопала и екстремитета, купање одојчета и нега пупчаника, грудно дојење и припремање вештачке хране, широко повијање бебе, нега уста и зуба,

разне вежбе рехабилитације, самопреглед дојке, тоалета фимозе и сл.

Здравственоваспитна средства: штампана здравственоваспитна средства, инструменти и медицински апарати у функцији врсте животне демонстрације.

Време извођења: од 17 до 17,45 часова и од 18 до 18,45 часова.

Извршилац услуге: одељенска медицинска сестра – техничар, акушерска сестра (45 мин.).

Пети дан: дискусиона група – метода питања и одговора.

Садржај услуге: одговори на истородна, груписана и појединачна питања о природи болести, току и успеху лечења, рехабилитације и неге. Упознавање, стручно мишљење и дискусија о појединим медицинским новинама из различитих извора информисања: алтернативна медицина, биоенергија, акупунктура и др.

Место рада: наменски одређена просторија, кабинет за здравственоваспитна средства, библиотека.

Извршиоци услуге и време извођења: лекар и медицинска сестра – техничар (30 мин.). Давање потребних упутстава и штампаних средстава.

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИ РАД СА ПОЈЕДИНИМ ГРУПАЦИЈАМА СТАНОВНИШТВА

У решавању здравствених проблема одређених групација становништва и оних изазваних неким болестима или поремећајима здравља (планирање породице, пушење, менталне болести, алкохолизам и др.) примењује се следећи приступ: дефинишу се, пре свега, циљеви који се желе остварити дугорочно или краткорочно, а затим се приступа идентификација едукативних потреба, као што су знања, навике, ставови, вештине и умећа појединаца, група и породице.

На основу сагледаног стања постављају се едукативни циљеви којима се желе надокнадити недостаци у знању и вештинама, жељама, интересовању, успостављању мотивације и оспособљавању за промене у понашању.

Пажљиво се бирају едукативне методе, у зависности од проблема који се решава, интересовања групе животне доби, степена образовања и сл., и започиње извођење едукативног програма. Обавезна је евалуација постигнутог.

У решавању ових здравствених проблема веома је важно одвојити појам превенције у здравственом васпитању од превенције у ширем смислу. То значи, примарна превенција у здравственом васпитању јесте борба против формирања ризика. Секундарна превенција је у суштини здравственова-спитна терапија створених или постојећих ризика у знању људи, а терцијарна се односи на оспособљавање за живот са болешћу.

У том смислу здравствени радници, уз коришћење информација које здраве особе и особе под ризиком треба да знају

о одређеном проблему, примењују општи приступ здравом понашању, спречавању формирања ризика, односно промени већ оформљеног обрасца неадекватног понашања. У суштини, ради се о борби и настојањима за постизање квалитета живота.

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИ РАД СА ОБОЛЕЛИМ ОД ТУБЕРКУЛОЗЕ И СА ЧЛАНОВИМА ПОРОДИЦЕ ОБОЛЕЛОГ



ЕПИДЕМИОЛОШКА АНКЕТА

Туберкулоза је хронична респираторна заразна болест најраспрострањенија у свету. У заштити од ове болести, важно место заузима спровођење одговарајућих противепидемијских мера која су усмерене на спречавање појаве и сузбијање епиде-

миолошких услова и фактора од којих зависи појава, ширење и одржавање туберкулозе на одређеном подручју.

Да би се без лутања предузеле адекватне мере, треба узети у обзир све епидемиолошке законитости и карактеристике туберкулозе, затим проучити и анализирати који од тих фактора има најважнију улогу на неком подручју. У том циљу се и спроводи социјално-епидемиолошка анкета у породицама оболелих.

Циљ ове анкете је прикупљање података о епидемиолошким карактеристикама и узроцима појаве, ширењу и одржавању туберкулозе у појединим породицама или домаћинствима – Који су то подаци?

Као и код сваке друге заразне болести, епидемиолошке услове код ТБЦ представљају извори заразе – углавном туберкулозни болесници, мада од туберкулозе оболевају и животиње. Путеве ширења ове болести чине предмети и храна које је употребљавао оболели, као и ваздух у непосредној околини, мада се узима у обзир и могућност аерогене инфекције у насељима где има туберкулозних болесника. Пошто је ТБЦ респираторна заразна болест, улазна врата инфекције су органи за дисање.

Један од значајних услова је и вируленција бацила туберкулозе која укључује и резистенцију према одређеним лековима, као и отпорност на поједина дезинфекциона средства, најзад и диспозиција људског организма која подразумева осетљивост и склоност према инфекцији, као и отпорност према овој врсти заразе и саме болести.

Епидемиолошки фактори су сви они елементи и агенси који могу бити од утицаја на диспозицију људског организма и који могу бити позитивни и негативни. У позитивне спадају сви општепознати чиниоци „здравог начина живота“. Негативни фактори класификују се према пореклу у три групе, и то биолошке, елементарне и социјалне. Међу биолошким су најважнија: одређена имунобиолошка и патофизиолошка стања која су у вези са узрастом (новорођенчад и одојчад), узрастом и полом (пубертет, климакс), затим са генеративним функцијама жена, као што су гравидитет и партус са

пуерперијумом, лактација и сл. Значајне су и неке акутне или хроничне болести, нарочито анергизирајуће инфективне болести, као што су морбили, пертусис, грип итд., затим дијабетес, адисонизам, малигне неоплазме, али и психички инсулти и сви поремећаји који могу изазвати промене у имунобиолошком систему.

Елементарни фактори, осим ванредних стања и елементарних стихија, као што су поплаве, суше, земљотреси и сл., обухватају физичке ноксе – смрзавање, прегрејавање, нуклеарне радијације и друге утицаје микроклиме, механичке, као што је задесни или хируршки трауматизам, и хемијске ноксе, у којима су најважнији тровање, алкохолизам и никотинизам.

У социјалне факторе који погодују настанку и ширењу ТБЦ инфекција спадају велики социјални потресци, као што су ратови, револуције, економске кризе, блокаде, штрајкови.

Брижљиво обављена социјално-епидемиолошка анкета је изузетно значајна за сагледавање епидемиолошке ситуације, с обзиром на сву тежину и сложеност проблема које посебно компликује интерференција најразноврснијих епидемиолошких фактора, од којих зависи крајњи исход развоја и тока болести.

АСАНАЦИЈА ПОРОДИЧНЕ СРЕДИНЕ. ХЕМИОПРЕВЕНЦИЈА И ХЕМИОПРОФИЛАКСА

Непрекидна заштита здравих чланова породице врши се изолацијом болесника, асанацијом домова, дезинфекцијом и издвајањем, ради изолације, најосетљивијих лица (новорођенчади, одојчади и мале деце) у здраве породице. Асанација домова обухвата све оне поступке који се обављају ради редовног одржавања хигијене, као и свакодневну дезинфекцију. По правилу, обавља их епидемиолошка служба, по утврђеној процедури, уз истовремену обуку чланова породица оболелих за даљу сталну примену. У оквиру асанације домова треба обавити кречење просторија, одржавање хигије-

не подних и других површина, прање рубља и посуђа по утврђеном поступку, дезинфекцију пљувачница. У сваком случају, ови послови не би смели из епидемиолошких разлога да се обављају без сталне и редовне контроле.

Индикације за примену хемиопревенције и хемиопротекције одређује пнеумофтизиолог. Хемиопротекција подразумева давање ИИН-туберкулина позитивним особама (инфицираним, примарно или секундарно неактивним) у случају очекиваног пада отпорности из различитих разлога, као што су друге заразне болести, гравидитет, дијабетес, теже хируршке интервенције, ради спречавања активирања старих огњишта.

САРАДЊА СА СТРУЧНИМ СЛУЖБАМА

Сарадња са стручним службама је важна компонента програмских активности у заштити од туберкулозе. Пре свега, успоставља се контакт са органима санитарне инспекције, ради извршавања редовних контролних прегледа свих лица која могу, ако би оболела од ТБЦ, да нарочито угрозе непосредну околину. То су запослени у образовању, лица која раде на производњи и промету животних намирница, хигијеничари, запослени у козметологији, хотелијерству и сл., као и за удаљавање оваквих лица, уколико су оболела од туберкулозе.

У ове задатке спада и прикупљање података о лицима која су нарочито угрожена од ТБЦ, као што су запослени у АТД, реконвалесценти, свеже инфицирана деца и омладина, излечени туберкулозни болесници, инвалиди и сл. ради контролних прегледа и евентуалних предузимања профилактичних мера.

Неопходна је сарадња са органима и установама социјалне заштите ради обезбеђења материјалне, стамбене и друге помоћи угроженим породицама, као и сарадња са хуманитарним организацијама, нарочито са организацијом Црвеног крста, при организовању и спровођењу масовних противепидемијских мера,

нпр.: радиофотографија као масовна депистажна метода и др.

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИ РАД

Здравственоваспитни рад се спроводи у здравственим установама, породици, школи, установама за дневни боравак деце и др. Диспанзери за пнеумофтизиолошку заштиту реализују своје активности у самом диспанзеру кроз планирани разговор и групни рад са оболелима о значају лечења, посебно у условима хоспитализације, промењеном режиму живота, потреби изолације, а нарочито о значају сопственог доприноса излечењу оболела и заштити чланова породице. Истовремено, организују и спроводе предавања у насељима и суделују у раду масовних медија – чланци у дневним листовима, учешће у радио емисијама и сл.

Веома је значајна координирана активност пнеумофтизиолошких диспанзера са службама за заштиту деце и омладине и поливалентном патронажном службом.

Здравственоваспитни рад службе за заштиту жена реализује се првенствено у саветовалишту за труднице кроз планирани разговор са трудницом у чијој се породици налази оболели од ТБЦ, као и у породилишту приликом отпуста. Том приликом здравствени радници се обавештавају да ли је новорођенче примило ВСС вакцину која ће га штитити од ТБЦ и дају савет о нези детета до формирања ожиљка.

Мајци невакцинисаног детета се указује на значај благовременог јављања децем диспанзеру ради ВСС вакцинације. Истовремено се мајкама указује на режим неге и строге изолације детета од оболелог члана породице.

Здравствени радници у служби за заштиту деце и омладине у саветовалиштима реализују индивидуални или групни рад са мајкама у чијим се породицама налази туберкулозни болесник, о потреби хигијенско-дијететског режима

живота, о нези детета са бесежитом, о значају хемиопрофилактике, о терапији, рехабилитацији и ресоцијализацији деце која су оболела. Са мајкама оболеле деце обавезно се води планирани разговор.

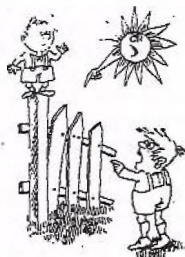
У школама, здравствени радници као минимум активности спроводе организациони састанак са наставницима и предавања за ученике. У оквиру организационог састанка у школи, указује се на могућност преношења знања кроз редовну наставу о заштити од ТБЦ, као и мере које се у оквиру школе могу предузети ради спречавања туберкулозе код деце школског узраста (BCG вакцинација, побољшање хигијенских услова, рад школских кухиња, организован превоз ученика, спорт и рекреација, укључивање у „Недељу борбе против туберкулозе” и др). Предавања у школи најчешће третирају основне појаве из епидемиологије туберкулозе.

У стационару или специјалној болници за оболеле од ТБЦ садржаји рада се утврђују на основу претходног испитивања интересовања оболелих која се утврђују помоћу мање анкете или претходног разговора. У оквиру групног рада користи се филм, дијафилм, видео-касете и сл. Групни рад се такође обавља и са члановима породице оболелих који су при крају болничког лечења, ради прихватања оболелих и ресоцијализације у породичној средини. Индивидуални рад се користи за указивање на значај и предности болничког лечења и мотивисање болесника за активан став у току лечења и рехабилитације.

Ради хуманизације боровка у стационару, предузимају се многобројне мере, као што су краћа саопштења преко радио станице и организовање покретне библиотеке која има и здравственоваспитне публикације, организовање окупационе терапије за све болеснике код којих не постоје медицинске контраиндикације, организовање представе Здравственог позоришта лутака на дечијем одељењу, уређење амбијента, организовање културног живота – штампа, радио, ТВ и сл.

Здравственоваспитни рад поливалентне патронажне службе планира се и спроводи према стручно-методолошком упутству за спровођење обавезних видова здравствене заштите становништва.

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИ РАД СА МЕНТАЛНО ОШТЕЋЕНИМ ОСОБАМА



УЗРОЦИ И СПРЕЧАВАЊЕ МЕНТАЛНИХ ОШТЕЋЕЊА

Као што здравље није само одсуство болести него стање потпуног телесног, душевног и социјалног благостања, тако и ментално здравље није само одсуство психичког поремећаја него способност здраве и зреле личности да створи хармоничне односе са другим људима и да конструктивно сарађује у физичким и социјалним променама своје средине (дефиниција Светског савеза за ментално здравље).

Здравствено васпитање је основ свих мера усмерених у правцу унапређења менталног здравља и спречавања душевних болести. Рад је усмерен, пре свега, на превенцију и не састоји се само у спречавању душевних поремећаја и раном откривању болести него и у настојањима да здраве личности постану још

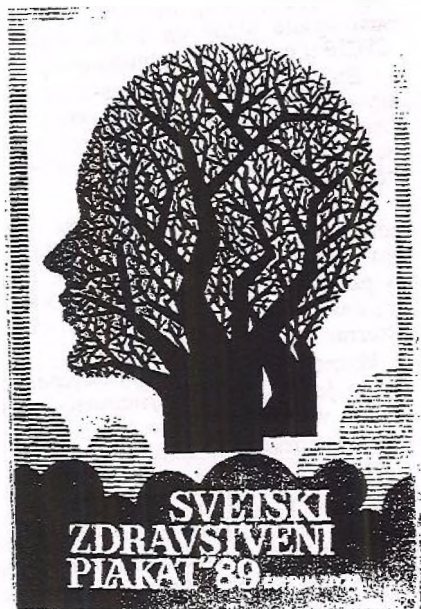
стабилније и отпорније на све факторе који могу да изазову психички поремећај.

Душевни поремећаји и психичке реакције су у све већем порасту. Њихово постојање, осим тога што умањује биолошку вредност популације, често је узрок бројним сукобима личности, извор криминала, слома породице, убиства, самоубиства и сл. Па ипак, у широј јавности постоји извесна нелагодност и страх од психијатријских установа. М. Мехле сматра да је ланчко мишљење о психијатрији још увек везано за ћелије са решеткама, везуље и окове, условно речено. То је разлог што се психичким болесницима често указује помоћ у већ поодмаклом стадијуму, када су изгледи за излечење недовољни, а прогноза неизвесна.

У заштити менталног здравља мора се водити рачуна и о ситуацијама које изазивају катастрофе, као појава епидемија и елементарне несреће у виду поплава, пожара, лавине, земљотреса итд.

Превенцију урођених и стечених менталних недостатака обезбеђују пренатална и постнатална заштита детета, током читавог периода раста и развоја, многобројним мерама којима располаже савремена медицина. Па ипак, релативно велики број особа са оштећењем менталних функција постаје све значајнији медицинско-социјални проблем савременог друштва. Хоспитализација у свим случајевима нити је могућа нити увек даје задовољавајуће резултате. Породична средина више одговара њиховом психичком развоју, јер им је потребна пуна емоционална топлина и разумевање.

Мере за унапређење душевног здравља кроз масанацију спољне средине, обухватају и примену савремених метода у односима међу људима и породици. Зато у овој области здравствени радници, а посебно поливалентна патронажна сестра, имају широко поље рада, али и велику одговорност, посебно у раном откривању обољења због касније евентуалне рехабилитације.



Слика 32 – Чувајмо ментално здравље

УПУЋИВАЊЕ ПОРОДИЦЕ НА ПРАВИЛАН ОДНОС ПРЕМА МЕНТАЛНО БОЛЕЛИМА

Због значаја који породица има у заштити менталног здравља, здравствени радници имају изузетно сложен и одговоран задатак упућивања чланова породице на правилан однос према оболелима. Да би могли да одговоре том задатку, неопходно је да претходно и сами прођу кроз одговарајућу допунску едукацију.

Здравствени радници, првенствено поливалентне патронажне сестре, у свом раду на заштити менталног здравља, треба да познају основе менталног обољења и поремећаја, основне манифестације болести и њихове класификације, имајући увек у виду потенцијалну опасност сваког менталног обољења као жаришта менталне инфекције.

У случајевима олигофреније, уколико се поступа са пуно разумевања и такта, могу се очекивати и извесне поправке и побољшања, нарочито у доба пубертета.

Веома су чести неспоразуми између олигофрених лица и њихових родитеља, односно ближе околине. Наиме, ради се о томе да родитељи, што је и разумљиво, често неће себи да признају да су им деца дебилна, тј. „мање паметна“, па их упорно школују, плаћају често поучавање и слично, како би од њих створили интелектуалце.

Што се тиче каснијег запослења оваквих лица, могу се имати у виду извесне делатности које не траже интелектуални, већ се базирају на мануелном раду, као што су: повртари, пекари, обућари, кожари и слично.

Гранични случајеви су веома деликатни за третман, јер се увек може направити грешка у процени. Јако је важно да сестра, уз помоћ стручњака, уочи услове социјалне средине у којима се личност формирала. Није мали број оних „стармалих“, недужне деце која су се идентификовала са дедом, бабом, или неким другим одраслим чланом породице. Најчешће је у питању погрешно васпитање, тј. усмеравање деце само на одрасле, било да им се забрањују игре са децом (под разним врстама изговора), било, пак, да заиста услови средине упућују децу на одрасле, јер немају вршњака за игру.

Међу дебилном децом се често налазе ванбрачна деца, деца која су усвојена, мање жељена од друге деце, социјално угрожена и улици препуштена деца. Због тога је веома важно да се на време евидентирају и санирају, јер патронажна сестра у тиму: педагог, психолог, лекар, социјални радник и, наравно, породица, односно старатељ, може много да учини уколико се благовремено делује.

Код психопата пажња се мора обратити на емоционални фактор – недостатак љубави, разумевања, или било чега другог, чему се лабилна особа не може одупрети. Но, у исто време психопате се регрутују и из социјално угрожених средина.

Психопате се понашају као здраве особе све док се не огреше о норме и кодексе које је друштво прописало као нормалне.

Заправо, то су особе које се веома тешко адаптирају и нигде немају стабилитета (у војсци, на послу, у породици), те се од њих најлакше регрутују проститутке, алкохоличари, наркомани и преступници. С обзиром на све ово, психопатама се можда не би смео поверити новаци (благајници), живот других људи (војачи), чување деце (педагози), јер су им и рођена деца незаштићена, те је сигурније дати их другом на чување.

Рад са психопатама је врло тежак, зато патронажна сестра мора бити веома опрезна, имајући увек у виду да је за њих најважније успоставити навику времена и навику рада.

Када су у питању душевни болесници, с обзиром на то да најчешће за службују болнички третман, улога патронажне сестре је у благовременом откривању случаја и смештају у одговарајуће здравствене установе, као и каснијем прихватању излеченог од његове породице и на радном месту.

Мора се нагласити да улога патронажне сестре у тим ситуацијама није ни лака ни захвална.

Она мора прихватити улогу арбитра за, врло често, поремећене породичне односе. Јер, није редак случај, нарочито у примитивним срединама (што не искључује и културније средине) неправилног става према душевном болеснику, тј. свом оболелом члану породице. Некад је то тотално неприхватање, а често и одрицање од оболелог са оним познатим – „он је луд“, „био је у лудници“, „не смео с њим живети заједно“, „може нас све побити“ и слично.

Не треба посебно наглашавати да овакви ставови најчешће доводе до репидива, и то обично у тежој форми од првобитне. Тада ће здравствени радник најчешће бити заштитник и старатељ оболелог све док се унутар породице не успоставе правилнији међуљудски односи, што захтева максимум њиховог залагања, стрпљења, а изнад свега стручности.

САРАДЊА СА УСТАНОВАМА ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ

Здравствени радници, пре свега поливалентне патронажне сестре, сарађују са установама које спроводе мере заштите менталног здравља.

Које су то установе? На првом месту, то су диспанзери за заштиту менталног здравља који су функционално везани за неуропсихијатријско одељење опште болнице или за психијатријску болницу. Диспанзер сарађује и са другим диспанзерима, нарочито дечјим диспанзерима за медицину рада. Принцип рада је тимски, а тим сачињавају неуропсихијатар, социјални радник и психолог. Диспанзер мора да развија интензивну сарадњу са лекаром опште медицине, осталим специјалистима и поливалентном патронажном сестром, која треба да има потпуни увид у све проблеме појединаца на подручју у коме ради. Диспанзер сарађује и са другим установама, пре свега са центрима за социјални рад, као и разним друштвеним организацијама и удружењима. У заштити менталног здравља диспанзер организује и посебне службе у виду саветовалишта.

У психијатријском диспанзеру за одрасле треба да постоје следећа специјализована саветовалишта: за питања брака, за рехабилитацију, за алкохолизам, за адолесценте, за старе особе, за студенте. У раду саветовалишта за рехабилитацију и саветовалишта за алкохолизам велику улогу играју и клуб бивших пацијената и клуб бивших алкохоличара. За њих се организују и специјализовани диспанзери за епилепсију и за децу и омладину. Сви ови диспанзери су функционално повезани са клиничко одељење, дечије одељење и дневну болницу.

Дневна болница је специјализована психијатријска установа, која обезбеђује деловитну хоспитализацију и ради на интензивној рехабилитацији болесника. Постоје и ноћне болнице, које прихватају болеснике способне за рад, затим заштићене радионице, које обезбеђују за послена у заштићеним условима и прелазне установе, које помажу пацијентима у постепеном враћању у нормалан живот.

Иако број психијатријских поремећаја све више расте, још увек постоји страх од психијатријских болница и психијатрије уопште. Напредак психијатрије и нове методе у лечењу имају задатак да пацијента приближе породици и друштву, а не да га изолују. Због тога су психијатријске болнице све више отворене установе, а не стационари за азиловање. Време хоспитализације је данас све краће, а успеси у лечењу све већи. Здравствени радници са овим чињеницама треба да упознају широку јавност, како би предрасуде постајале све мање и како би се свим психијатријским болесницима омогућило благовремено и успешно лечење, са нужним поштовањем људског достојанства.

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИ РАД У СПРЕЧАВАЊУ ШИРЕЊА И СУЗБИЈАЊА HIV ИНФЕКЦИЈЕ И СИДЕ



ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

Распрострањеност HIV инфекције у свету има све карактеристике пандемије. До средине 1991. године, у свету је регистровано 8 ~ 10 милиона HIV инфицираних и 400 000 оболелих од СИДЕ, уз тенденцију сталног повећавања. Слична ситуација се региструје и у Европи, чији је епидемијски талас захватио и нашу зем-

љу. У Србији је крајем 1991. године евидентирано више од 160 оболелих од СИДЕ и око 700 инфицираних HIV-ом.

Епидемиолошка ситуација се стално погоршава, уз нарочито неповољну тенденцију ширења код интравенских наркомана и код лица са промискуитетном праксом.

СИДА или синдром стечене имунолошке дефицијенције је веома тешка заразна болест, за сада неизлечива, која је за релативно кратко време снажно уздрмала здравствену сигурност становништва на свим просторима.

Изазивач болести је вирус, а резервоар заразе је оболео и инфицирани човек. Према томе, заразна је свака особа у чијем се организму налази HIV вирус.

Инфекција се најчешће шири сексуалним путем, затим преко инфициране крви, нестерилних бризгалица, игала и других инструмената, као и током трудноће и порођаја од заражене труднице на плод.

Болест се углавном јавља код група са ризичним понашањем, као што су интравенски наркомани, хомо- и бисексуалци, проститутке, мада у извесним условима живота и акцидентним случајевима могу оболети и друга лица, тј. хетеросексуалне особе. У суштини од ове инфекције могу се заразити лица свих узраста, у свакој средини – земљи, без обзира на расу, пол, занимање и друге разлике.

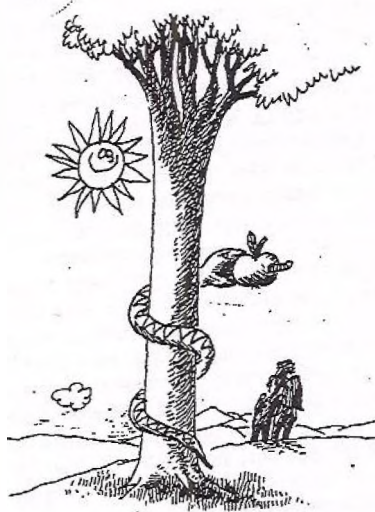
Болест се испољава у виду прогресивног слабљења одбрамбених снага организма, што доводи до настанка разних врста инфекција и изражених поремећаја здравља, тако да у врло кратком времену долази до фаталног исхода.

Проблем HIV инфекције је тим већи што за сада не постоји одговарајућа вакцина нити поуздани лекови за санирање обољења. Због тога, у овом тренутку једина могућа заштита од HIV инфекције је зрело, одговорно понашање, сваког појединца, породице и заједнице у целини. Заправо, спречавање ширења HIV инфекције се постиже изменом понашања која су ризична уз предузимање општих мера заштите.



1. JUGOSLAVENSKI SIMPOZIJ O AIDS-u

Слика 33. – AIDS – СИДА СТОП!



ЦИЉЕВИ

У опште циљеве спада спречавање и сузбијање преношења HIV инфекције, заштита здравог становништва, обезбеђење здравствене заштите и друштвене подршке и помоћи HIV инфицираним и члановима њихових породица, збрињавање оболелих.

Специфични здравственоваспитни циљеви су већим делом заједнички за здраво становништво и групе које су изложене већем ризику од инфекције. То су:

а) за здраво становништво:

- организовано информисање свих сегмената становништва о појави и учесталости СИДЕ у свету и у нас, начину настајања, ширења и могућностима заштите од инфекције,

- стицање знања и усвајање понашања здравог начина живота којим се постиже лична, породична и колективна самозаштита од инфекције, односно од обољења СИДЕ;

б) за групе становништва повећаног ризика од заразе и оболевања:

- упознавање опасности од настајања инфекције и њеног бржег ширења услед начина живота ризичних група,

- упознавање значаја неопходних мера и поступака ради њихове самозаштите, као и заштите и одговорног односа према породици и околини;

в) за серопозитивне и оболеле од СИДЕ:

- упознавање свих поступака и мера којима се спречава даље ширење инфекције, односно заштита чланова породице и средине у којој живе и раде или привремено бораве,

- обавезност и указивање на потпуну личну одговорност за примену одговарајућег здравственог понашања у животним и радним условима, ради спречавања даљег ширења инфекције и спречавања властите реинфекције;

- г) здравствена служба је обавезна да у процесу здравствене заштите осигура безбедност здравствених процедура и личну заштиту здравствених радника.

У процесу реализације здравственоваспитних мера и активности, осим здравствених радника, пуно учешће и одговорност имају и просветни радници, и друге организације, а нарочито Црвени крст, савези и удружења, фондови здравствене заштите, образовања, културе, деције заштите, стручна удружења и разна друштва.

Као веома погодан облик рада користе се здравствене трибине на којима се уз учешће здравствених радника, психолога, социолога и педагога, обухвата сва омадина, у студентским домовима и интернатима, као и казнено-поправним домовима.

У свакој основној и средњој школи треба одржати годишње по један организациони састанак са просветним радницима ради унапређења хигијенских услова у школској средини, при чему треба интегрисати здравственоваспитне садржаје који се односе на спречавање болести зависности и других чиниоца који на директан или индиректан начин утичу на појаву инфекција и оболевања од СИДЕ а уско су повезани са понашањем. У основним школама у току



године треба за време једног родитељског састанка упознати родитеље са значајем потребе здравог начина живота и безбедног здравственог понашања деце (бављење спортом, рекреативним активностима, разна спортска такмичења, радне акције, рад у секцијама и сл.) као битних социолошких чинилаца у примарној превенцији девијантних понашања која спадају у ризико-факторе од СИДЕ.

Потребно је користити мотивациони фактор мајки одојчади и мале деце, које долазе у саветовалишта због савета о нези и исхрани, за пружање најбитнијих информација о СИДИ, индивидуалним и групним методама рада.

У чекаоницама диспанзера за медицину рада треба повремено организовати краћа саопштења лекара, медицинских сестара или путем магнетофона, док се приликом систематских прегледа радника користе групне методе рада ради њиховог упознавања начина ширења инфекције СИДЕ.

Кроз рад у малој групи треба обухватити све раднике који обезбеђују међународни и локални саобраћај, раднике који одлазе на привремени рад у иностранство, као оних који се враћају, ради њихове превенције и заштите других лица.

Преко локалне радио станице треба, најмање једанпут месечно, давати краће информације или савете и објављивати чланке сваких пола године у локалном листу привредне организације.

Здравственоваспитни рад у здравственој заштити жена има посебан значај. Зато је потребно у чекаоницама обезбедити редовно краћа саопштења лекара или медицинских сестре о начину настанка инфекције и путевима ширења, са посебним нагласком да промискуитет и бисексуалност представљају реалне факторе ризика. При прегледу у амбуланти, и у раду саветовалишта, користити могућност да свака жена упозна садржаје и принципе сигурног секса, указујући на изузетан значај презерватива у индивидуалној заштити.

У случајевима серопозитивних трудница треба указати на неопходност пре-



Слика 34. - СИДА, опрез!

кида трудноће због инфекције плода вирусом СИДЕ. Потребно им је пружити савет, објаснити ризике и дати алтернативе. У месним заједницама организују се здравствена предавања за жене генеративног доба, као и у предузећима са претежно женском радном снагом (најмање једанпут годишње).

Изузетно је значајно у локалним средствима масовних информација, радничким универзитетима, средњим школама, студентским амбулантама организовати здравствена предавања о примарној превенцији од СИДЕ.

Хигијенско-епидемиолошка служба у оквиру санитарног надзора школских објеката има организационе састанке и предавања за помоћно особље, при чему укључује садржаје из ове области. У склопу своје делатности редовно обавештава све делатности дома здравља о епидемиолошкој ситуацији ради евентуалног интензивирања здравственоваспитних активности.

Поливалентна патронажа у оквиру редовног рада у породици који обавља у вези са обавезним видовима здравствене заштите, реализује и садржаје о начину настајања и ширења СИДЕ, а посебно о могућностима личне и породичне самозаштите. Такође, организује и здравствена предавања или рад са групама становништва у месној заједници, са циљаним садржајима из ове области (двапут годишње).

Кожно-венерични диспансер спроводи, по правилу, индивидуални здравствено-васпитни рад са лицима која болују од полних болести ради указивања на начин инфекције и могућности заштите од HIV инфекције и СИДЕ.

У стоматолошкој заштити неопходно је строго придржавање мера суве стерилизације инструмената, као и обавезна примена рукавица и маски за лекаре стоматологе ради њихове личне заштите при свакодневном раду.

У чекаоницама где за то постоје услови реализују се редовна краћа саопштења стоматолога или се пуштају њихова предавања преко магнетофона.

У току систематских прегледа зуба, ученика свих узраста, пожељно је одржавање краћих предавања о могућностима заштите од СИДЕ.

Све здравствене установе су обавезне да у свом раду примењују прибор и опрему на начин који ризик контакта са вирусом СИДЕ своди на минимум. Из тих разлога, у свим службама дома здравља, односно деловима где се обављају интервенције ради дијагностике или терапије (разне пункције, инјекције, вађење зуба, превлажење, давање инјекција, узимање крви и сл.) неопходно је обезбедити одговарајуће мере заштите пацијената и истовремено заштиту здравствених радника.

Опште болнице и одговарајући делови медицинских центара спровode здравственоваспитни рад са ризичним групама и особама које су серопозитивне, а болују и од других болести, оболелима од СИДЕ и члановима њихових породица, првенствено преко организационих јединица у којима се пружа здравствена

заштита од: заразних болести, дечјих болести, болести крви и крвотворних органа, малигних болести као и јединица за трансфузију крви и др.

У овим здравственим установама здравственоваспитни рад првенствено се усмерава на свођење ризика инфекцијом вируса СИДЕ на најмању могућу меру, како за хоспитализована лица тако и за здравствене раднике и помоћно особље.

Непосредна реализација мера и активности на здравственом васпитању хоспитализованих лица одвија се путем јединствене методологије и садржаја рада који су заступљени у примарној здравственој заштити.

Поред тога, једанпут годишње одржавају се здравствени течајеви и предавања за лекаре, медицинске сестре – техничаре, особље запослено у пратећим службама (хигијеничарке, кухињско особље, особље које ради на дистрибуцији хране, особље из перионице рубља и постелине) о начину дезинфекције, организацији и режиму рада, одржавању хигијене у здравственим стационарним организацијама на принципима спречавања, откривања и сузбијања интрахоспиталних инфекција, као једне од значајних мера заштите.

ПЛАНИРАЊЕ ПОРОДИЦЕ



Планирање породице као друштвени проблем један је од најзначајнијих садржаја рада који се развија у складу са кул-

туром, традицијом и могућностима неке средине.

Значај и место који породица има као основна друштвена заједница, захтевају изграђивање једног брижљиво осмишљеног и вишеслојног система друштвене политике према породици, деци и материнству. Мере и решења која произлазе из таквог приступа, треба да обезбеде помоћ и подршку друштва, да би се задовољиле бројне и разноврсне потребе породице и деце.

Основни задаци су врло јасни. То је, пре свега, стварање услова младима да заснују своју породицу, затим обезбеђивање услова будућим родитељима за стицање знања о планирању породице и гаранција државе за обезбеђење трошкова рађања и подизања деце, у складу са материјалним могућностима.

ПРОГРАМ ПЛАНИРАЊА ПОРОДИЦЕ

Програм планирања породице који постоји у нашој земљи, укључује:

- систематско, правовремено информисање засновано на савременим медицинским сазнањима и усвојеним друштвеним ставовима у овој области,

- организовани здравственоваспитни рад здравствене делатности у целини, а посебно у оквиру рада диспанзера за жене, диспанзера за децу, опште и медицине рада и поливалентне патронаже,

- саставни део процеса основног и средњег образовања,

- активни допринос друштвене заједнице у стварању одговарајућих услова за постизање циљева планирања породице.

Едукативни циљеви усмеравају се ка рађању жељене и здраве деце, очувању оптималног здравља жене у току трудноће, порођаја и пuerперијума, регулисање фертилитета и методе контрацеп-

jó kedvet kívánunk!



Слика 35. – Желимо пуно радости

ције, развоју личне и породичне свести о одговорном родитељству, које подразумева незаменљиву улогу родитеља у нези и исхрани деце, њиховом развоју, васпитању, образовању и запошљавању.

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИ РАД У ПЛАНИРАЊУ ПОРОДИЦЕ

Место и улога жене у друштву представља једну од кључних, социолошких позиција. Култивисање жене и васпитање за функције жене, мајке и јединке у друштву, чини једну од најбитнијих карактеристика здравственоваспитног рада, који има своје далекосежне пројекције и ван домена гинеколошко-акушерске проблематике: у пuerикултури, здравственом васпитању деце и омладине у доприносу статуса жене у друштву.

С обзиром на сложеност рада у планирању породице, развијеност здравствене делатности и већ ухордану технологију здравствене заштите жене и мајке, тимским радом лекара опште медицине, педијатра, гинеколога, физиолога, интернисте, неуролога, патронажне сестре, психолога и педагога, сагледаће се кључни и други проблеми сваког појединог подручја и у том смислу створити властити систем рада. Истовремено, из оваког тимског посматрања произлази садржај здравственоваспитног рада здравствених радника који ће на овај начин носити битно обележје комплексног прилаза проблематици жене, и као мајке и као друштвеног бића.

Обимност и специфичност ове проблематике су веома велике. Увек треба имати на уму да је, поред других ствари, за младе људе најзначајније да познају важност здравља у фертилној фази, од почетка властите зрелости и сексуалног живота. Још један изузетно значајан здравствени проблем везан је за ове сфере живота. Појава СИДЕ је трагично осветлила потребу и значај осећања одговорности у сексуалним контактима, нарочито код младих и оних који још увек траже партнере за будући живот. Исто тако, све болести које се преносе сексуалном трансмисијом, веома су озбиљан проблем, јер могу да проузрокују трајни стерилитет.

Зато је веома потребно са професионалног становишта да здравствени радници овладају техникама комуницирања са људима, што значи да умеју да пренесу и објасне младима потребне чињенице, знају да их саслушају, помогну им у разоткривању тзв. „табу“ тема, да су спремни да им помогну у тражењу и изналажењу одговора на питања која их муче, да учине све за правилан лични избор партнера.

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИ РАД НА РЕШАВАЊУ ПРОБЛЕМА АЛКОХОЛИЗМА



ОТКРИВАЊЕ АЛКОХОЛИЧАРА И ПРИДОБИЈАЊЕ ЗА ЛЕЧЕЊЕ

Алкохолизам је болест о којој постоји велики број заблуда. То је једина болест која се лечи на „часну реч“, која се одржава упркос најозбиљнијим проблемима. Препознавање проблема алкохолизма и долазак на лечење отежавају погрешни ставови алкохоличара и његове околине. Најчешће постоји стереотипно схватање о томе ко је алкохоличар – то је представа о алкохоличару клошару. Пијење и алкохолизам се погрешно третирају као приватна ствар појединца који пије, а не као проблем његове околине. Лечење је могуће и у фази док алкохоличар то сам не прихвата, као и у случајевима када он нема права да сам одлучује да ли ће се лечити или не. Околина алкохоличара није само жртва већ и саучесник у одржавању алкохолизма. Толерисање пијења, преузимање одговорности за алкохоличара, немешање у његове проблеме је псеудохуман однос према алкохоличару. Нема добровољног лечења. Алкохоличар долази на лечење када је на то принуђен породичним, професионалним или здравственим пробле-

мима, када лечење захтевају особе смониционално везане за алкохоличара. Не треба чекати да алкохоличар дође до „дна“ да би дошао на лечење. Треба реаговати на прве проблеме у вези са пијењем а не поредити особу која пије са алкохоличарима у последњем стадијуму развоја алкохолизма. Алкохоличар дуго не схвата своју зависност од алкохола, не повезује своје проблеме са алкохолом, своје пијење пореди са периодима пијења када није имао проблема и када их је имао. Не постоји сигурна, безбедна граница пијења. Постоје велике индивидуалне разлике у погледу количине алкохола коју неко може да попије, стила пијења, дејства алкохола, разлога зашто пије. Значајнији су фактори одржавања алкохолизма од узрока. За одржавање алкохолизма околина је одговорнија од алкохоличара, од кога очекује рационална решења у време комплетне зависности од алкохола. Алкохоличар је одговоран за своје пијење и понашање, али није одговоран за пристанак околине на такво понашање. Алкохоличара треба директно суочити са проблемима у вези са пијењем, како би постао свестан последица. Оваквим односом околина збуњује алкохоличара, јер нетражењем лечења за очигледне проблеме у вези са пијењем, она и сама показује да ју је срамота што је реч о алкохолизму.

Светска здравствена организација је 1951. године дефинисала алкохолизам као болест: „Алкохоличари су оне особе које ексцесивно пију, постајући постепено зависне од алкохола, при чему испољавају било отворене душевне поремећаје, било манифестације које општењу њихово телесно и душевно здравље, њихове односе са другим особама и њихово добро социјално и економско понашање, било да само испољавају предзнаке који наговештавају поремећаје таквог карактера. Због тога они заслужују лечење.“ Три основне каракте-

ристике алкохолизма су: 1) дуготрајно и неконтролисано пијење; 2) психичка и/или физичка зависност од алкохола и 3) здравствене (телесне и психичке) и/или социјалне (породичне, професионалне, шире друштвене) компликације. Сви људи који пију верују да ће увек пити умерено и не размишљају о могућности да се једног дана код њих развије зависност од алкохола. И алкохоличар и његова околина одбијају да препознају проблем алкохолизма у раним стадијумима, па чак ни у последњима стадијумима не траже помоћ. Само 15% алкохоличара долази на лечење, и то тек после 10 до 15 година најозбиљнијих проблема у вези са пијењем и у фази потпуне физичке зависности од алкохола. Пут до крајњег стадијума алкохолизма је дуг, што даје могућност и породици, радној средини, здравственој и социјалној заштити да на време реагују. Развој алкохолизма се одвија кроз неколико фаза које различито дуго трају, у зависности од биолошке и психолошке предиспозиције,

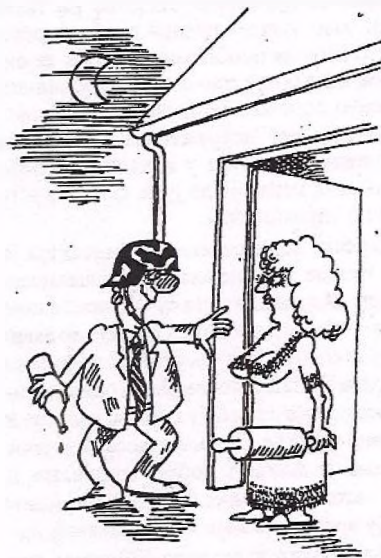


стила пијења и односа околине према пијењу. Највећи број људи почиње да пије из социјалних разлога, јер је то уобичајено понашање у њиховој средини. Већ тада може да се у алкохолу открије брзи начин за ослобађање од напетости и брига, што може створити *психичку зависност* од алкохола. Пијење ради олакшања је први знак почетног алкохолизма. Настаје и *повећање толеранције* човек пије 5 до 10 пута већу количину алкохола. Ако настави да пије, улази у следећу фазу развоја алкохолизма, када се јављају *алкохолне амнезије*, „прекиди филма“, немогућност сећања догађаја из претходне ноћи проведене у пићу. Осим „прекида филма“, алкохоличар почиње да *пије тајно*, „соло“, јер је свестан да више не пије умерено, јавља се *преокупираност* пијењем, све се подређује могућности пијења и у породици и на послу. Пије се на „екс“, патолошка жеља за ефектом алкохола је тако велика да се од једном узима већа количина алкохола. Избегавају се разговори о пићу, јавља се осећање кривице, долази до *љубави коншроле* у пијењу, „феномена прве чаше“ – чим се мала количина алкохола унесе у организам, човек наставља да пије до опијања, „једно пиће је превише – хиљаду није довољно“. Алкохоличар у овој фази има избор или да уопште не пије или да се опије уколико узме алкохол. Он покушава сам да не пије на дужи или краћи период, али у томе не успева. Губитак контроле у пијењу је знак физичке зависности од алкохола. Када се једном изгуби контрола у пијењу, човек више никада не може умерено да пије.

Током даљег развоја алкохолизма мења се стил пијења, врста пића, јавља се несаница, самосажаљење, осећање изолованости, учестала осећања кајања и кривице, што постаје разлог за још већа опијања, осећање напуштености, размишљања о самоубиству. Дан почиње и завршава се пићем. На крају алкохоличар

долази у фазу када живи само за пиће, престају све његове везе са породицом, пријатељима, колегама, обавезе више не постоје, постоји само пиће. У овој фази настаје *пад толеранције* према алкохолу, брже опијање, он пије све што му дође под руку, у друштву људи који су испод његовог социјалног статуса, пије по неколико дана, изложен опасности да умре од глади и инфекције, да буде прегажен у саобраћају. Алкохоличар више не може да учини ни најједноставнију ствар без алкохола, он је стигао до „дна“. Од прве амнезије до те последње степенице требало је да прође 10–15 година, али тих 15 година нико није искористио да би га зауставио у пропадању.

Да би се омогућило рано откривање алкохолизма, породици алкохоличара пружио брза, лако доступна помоћ, неопходно је да постоји добро развијен систем информисања и едукације породице и професионалаца који ту помоћ треба да пруже, као и синхронизован рад свих професионалних система којима поједи-



нац припада (здравствена, социјална заштита, радна средина, школа, суд, МУП и др.). Само заједничким програмима раног откривања и пружања помоћи породици алкохоличара може се постићи да много већи број алкохоличара дође на лечење. И алкохоличар и његова околина су дуго година толерантни према озбиљним проблемима у вези са пијењем, не схватају природу болести, њене последице и потребу лечења. Постоје заједнички механизми одбране алкохоличара и његове околине. У почетку је то потпуно негирање проблема, касније умањивање значаја проблема, оправдавање пијења и погрешни покушаји да се проблем реши. Алкохоличар покушава да смањи пијење, да промени стил пијења и место, врсту пића, аматерски апстинира али неуспело, испуљује се на разне начине. Околина покушава да на погрешан начин реши проблем, узима улогу спасиоца, преузима одговорност, кажњава, отписује и напушта. Огромна енергија алкохоличара и његове околине се троши на псеудо-решења, што изазива песимизам према лечењу. Непосредни повод за лечење је „кап у препуној чаши“, животна угроженост алкохоличара или његове околине. Најјачи мотиви за лечење су губитак посла и возачке дозволе, развод брака а тек на крају здравствени проблеми. Доброволност за лечење не постоји на почетку ни код алкохоличара ни код његове околине. Алкохоличар долази на лечење када му је то једини излаз а околина само вербално прихвата потребу лечења, али кад се од ње тражи да активно учествује у лечењу, она пружа отпор. У моменту када се обраћа за помоћ алкохоличар нема намеру да дефинитивно и трајно остави алкохол, а још мање да мења свој стил живота који иде уз алкохол. Породица очекује да се алкохоличар сам лечи или да сам престане да пије, своју улогу види само у довођењу на лечење, када се истреше сви покушаји контроле,

убеђивања, претњи, спасавања. Алкохоличар треба мотивисати да прихвати лечење, а то је континуиран процес који зависи од спремности околине алкохоличара да се активно укључи у лечење. Почетна мотивација је обично заснована на притиску и спољашњој принуди. Породица или радна средина „предаје“ алкохоличара здравственој служби а он жели да само смири акутну кризну ситуацију. Особе емоционално значајне за алкохоличара (партнер, деца, шира породица, пријатељи, колеге, руководиоци и др.) јесу мост помоћу кога алкохоличар долази на лечење. Да би алкохоличар дошао на лечење, потребно је да околина алкохоличара промени своје уобичајено понашање и да одбаци: молбе, тражење обећања, просипање алкохола, контролу, претње одласцима, одласке и поновна враћања, као и стална преузимања одговорности за алкохоличара. Алкохоличар мора да поверује да ће, уколико настави да пије, изгубити породицу, радно место. Најпре се ради са околином алкохоличара, док он још увек активно пије, активира се цело окружење алкохоличара (ужа, шира породица, радна средина) у мотивацији. Сагледавају се фактори одржавања алкохолизма, извори стреса и подршке на нивоу породичног и социјалног система. Тек када се припреми породична и социјална средина алкохоличара за лечење, укључује се и сам алкохоличар, позивом преко писма или телефона или посредством породице.

УКЉУЧИВАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

И поред тога што је алкохолизам најмасовнија токсикоманија и један од најозбиљнијих проблема савременог човека, још увек не постоји одговарајућа политика друштва за његово сузбијање. До-

мини́ра класични медицински модел организације борбе против алкохолизма, који одваја примарну превенцију од лечења и рехабилитације. Постоје различите концепције, методологија и организација рада, нема јединственог стручно-методолошког упутства за рад са алкохоличарима. Не постоји организована служба за детоксикацију етилисаних особа, станица трежњења. Лечење је у највећем броју случајева организовано по медицинском, индивидуалном моделу – само детоксикација и болничко лечење. Ванболничко лечење са посебним програмима за младе, жене, разведене, старе, недовољно је заступљено. У превенцији и лечењу алкохолизма учествују службе основне здравствене заштите при домовима здравља (општа медицина, медицина рада, школски диспансер, диспанзери за ментално здравље), специјализована саветовалишта, специјализоване психијатријске установе које обезбеђују болничко и ванбол-

ничко лечење алкохолизма, болница казнено-поправног дома. Осим тога, значајну улогу у раном откривању алкохолизма имају и друге специјализоване здравствене установе којима се алкохоличари обраћају због здравствених последица алкохолизма.

Истраживања ефикасности појединих метода лечења показала су да је превазиђен индивидуални медицински приступ и болничко лечење као једини облик лечења. Најбољи резултати постигнути су у програмима породичне терапије алкохолизма у које се укључују све особе значајне за алкохоличара, где се промена тражи и од околине алкохоличара. Све више се прилагођавају методе лечења специфичностима различитих породица, па су развијени посебни програми за младе неожењене, разведене, жене, тзв. јавне личности, брачне партнере. Лечење се састоји из три фазе: припремне, у којој се алкохоличар мотивише за долазак на лечење, болничког лечења (са хоспитализацијом или по типу дневне болнице) и продужног лечења. Постоји и теле-апел служба за алкохолизам у Центру за породичну терапију алкохолизма при Институту за ментално здравље у Београду.



Слика 36. – *Кад возиш – не пиј, кад пијеш – не вози!*

САРАДЊА СА ЦЕНТРОМ ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД

Центар за социјални рад има веома значајну улогу у заштити породице алкохоличара јер има највеће законске могућности. Најчешћи проблеми у раду центара за социјални рад су рано откривање алкохолизма, заштита деце алкохоличара, посебно у случајевима злостављања, тешкоће у спровођењу принудног лечења, виђење деце са разведеним родитељем алкохоличарем, поремећаји у понашању код деце алкохоличара. Постоје

велике могућности за рано откривање алкохолизма у току развода брака, мада у великом броју случајева до развода долази због алкохолизма. У изрицању мере појачаног надзора у случајевима делинквентног понашања и у раду са породицама са поремећеним породичним односима такође се може јавити рани алкохолизам. Посебно је значајно откривање алкохолизма у непотпуним породицама или у породицама где оба родитеља пију и у социјално угроженим породицама. Да би центри за социјални рад били ефикаснији у презентацији и раном откривању алкохолизма, неопходна је сарадња са здравственом заштитом, посебно патронажном службом, школама, судом и МУП-ом и радном средином.

Да би се алкохоличар подвргао лечењу, значајније рад са његовом породицом и свим професионалним системима који га окружују од директног рада са њим. За сваког алкохоличара се брине најмање 20 професионалаца из различитих професионалних система (здравствене, социјалне заштите, школе, радне средине, суда, МУП-а) и уколико би они радили синхронизовано, алкохоличар би могао да се мотивише за неколико дана. У мотивацији алкохоличара да прихвати лечење треба прво ићи на најпријатнији начин, преко укључивања породице. Међутим, уколико притисак породице и директни контакт са алкохоличарем није довољан, треба извршити већи притисак преко радне средине, центра за социјални рад, а у случајевима агресивног понашања – и преко суда. Алкохоличар својим пијењем погађа од 5 до 10 особа из своје околине, па нема прва да сам одлучи да ли ће се лечити или не. Због различитих приступа алкохолизму и несинхронизованог рада различитих професионалних система, породица алкохоличара још увек није заштићена и касно добија помоћ. Само мултидисциплинарним приступом и померањем акцента са алкохоличара на његову околину, која алкохолизам одржава, постићи ће се много већи резултати.

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИ РАД НА РЕШАВАЊУ ПРОБЛЕМА НАРКОМАНИЈЕ



25

УВОД

Постоји велики број сведочанстава која потврђују да је човек одувек знао да неке биљке имају снажно дејство на свест и расположење. Њихова употреба обично је била распрострањена у подручјима где оне успевају. На Далеком истоку производи се опијум, па је у том делу света узимање опијума било и најраширеније; као што је на Средњем истоку одомаћено пушење хашиша, јер га тамо највише има.

Оно што је ново у XX веку јесте да велики број младих узима различите природне и новопроизведене синтетске супстанце, ради постизања стања измењене свести. Карактеристично је и то да се данас не узимају само оне супстанце које се производе у одређеном географском подручју већ и оне које се набављају из других крајева света и које, у тим подручјима, раније нису коришћене.

ДЕФИНИЦИЈЕ

Дрога је израз који се у науци користи за препарирание продукте биљака, минерала и животиња, који имају нека леко-

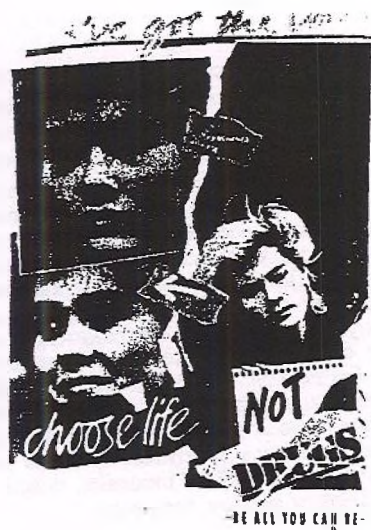
вита својства. У обичном говору овај се израз користи за супстанце које се у науци називају опојним дрогама. За њих је карактеристично да имају изражена дејства на нервни систем, а код понављањег узимања могу довести до стварања зависности. У новије време све је више полусинтетских и синтетских препарата са сличним дејствима и за њих је уведен јединствен назив: психоактивне супстанце. Због бројних и изражених нежељених дејстава, употреба ових супстанци регулисана је међународним актима.

Узимање психоактивних супстанци (ако се ради о лековима, у дозама већим од прописаних) доводи до тровања, интоксикације. Непосредно после узимања већих количина лекова или дрога настаје акутна интоксикација. У случају да се ради о енормним количинама може доћи до стања предозираниости (енг. overdose). Стање акутне интоксикације је пролазно, а код предозираниости, уколико се на време не предузме хитна медицинска интервенција, може наступити смрт.

Ако се настави редовно узимање одређене супстанце, тада се то стање сматра хроничном интоксикацијом. За ову појаву постоји велики број назива: наркоманије, токсикоманије, адикције итд. Данас се највише користе изрази злоупотреба и зависност од психоактивне супстанце (нпр. зависност од опијата):

Злоупотреба подразумева повремено узимање психоактивне супстанце, без развијене психичке или физичке зависности. Код развијене зависности постоји психичка и/или физичка зависност. Психичка зависност је потреба, жудња да се узме одређена супстанца, због које ће зависна особа предузети многобројне активности да би до жељене супстанце дошла.

Физичка зависност је потреба организма да унесе супстанцу на коју је навикао, јер ће се у противном испољити низ



Слика 37. – Живот ДА, дрога НЕ

непријатних симптома, тј. доћи ће до појаве која се назива апстиненцијални синдром. Наиме, неке психоактивне супстанце имају особину да, после учесталог узимања, практично постану део метаболичког пута организма и апстиненцијални синдром, у ствари, је „патња” навикнутог организма на престанак уношења одређене супстанце. Апстиненцијални синдром може бити и витално угрожавајући, а свакако довољно непријатан. Код многих зависника, избегавање тог синдрома је значајан мотив за настављање узимања психоактивне супстанце.

Потребно је још додати да многе супстанце изазивају и појаву толеранције – потребе да се узимају све веће количине да би се постигао првобитни ефекат.

Политоксикоманија је узимање више различитих врста дроге наизменично или комбиновано.

КЛАСИФИКАЦИЈА ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ

Психоактивне супстанце се могу сврстати у три групе: 1) супстанце које се користе у медицини (психофармаци, аналгетици), 2) супстанце чија је употреба раширена и друштвено дозвољена, легална (алкохол, дуван, кафа), 3) супстанце чија је употреба на законита, нелегална (хашиш, хероин и сл.). Према

своме деловању на централни нервни систем, деле се на депресоре, стимулансе и халуциногене. У оквиру сваке од ових група постоје подгрупе које се разликују по својој хемијској структури, а сличне су по своме деловању, на пример опијати и барбитурати. Такође постоје и супстанце које се по своме деловању могу сврстати у више група: канабис делује у мањим дозама као стимуланс, а у већим има халуциногена дејства.

Табела 1. – Групе психоактивних супстанци

ОПИЈАТИ	ХИПНОСЕДАТИВИ И АНКСИОЛИТИЦИ	СТИМУЛАНСИ	ХАЛУЦИНОГЕНИ И АНТИХОЛИНЕРГИЦИ	КАНАБИС	ИСПАРЉИВИ РАСТВАРАЧИ
опијум (<i>Papaver somniferum</i>), морфин, кодеин, хероин, метадон (<i>Nerpanon</i>) опијатски аналгетици (<i>Dolantin</i> , <i>Fortral</i> , <i>Moradol</i>)	барбитурати (пентобарбитал, секобарбитал, фенобарбитон...), бензодиазепини (<i>Librium</i> , <i>Mesquin</i> , <i>Lexilium</i> и др.), метаквалон, глутетимид, мепробамат, алкохол	кокаин (<i>Erythroxylon</i>), амфетамини (<i>Dexedrin</i> , <i>Methedrine</i> , <i>Benzedrine</i>), кофеин, никотин	псилоцибин (гљива <i>Psilocyba mexicana</i>), мескалин (кактус <i>Peote</i>), LSD (диетиламид лизергичне киселине) DMT, DOM, DPT... (синтетички препарати са триптаминском и метоксиамфетаминском структуром) антипаркинсонички (<i>Artace</i> , <i>Akineton</i> , <i>Parcorane</i>) PCP (фенициклидин – „аптеоски прах“)	марижуана хашиш (<i>Cannabis sativa</i>)	бензин, лепкови за вијоне, органски растварачи и разређивачи боја и лакова, спрејеви, сликарске боје, средства за члањене, антифриз

У табели 1 дате су различите групе психоактивних супстанци (пored природних препарата наведена су и латинска имена биљака из којих се добијају).

Табела 2. -- Интоксикације и апстиненцијални синдром код различитих дрога

	ОПИЈАТИ	ХИПНОСЕ- ДАТИВИ И АНКСИО- ЛИТИЦИ	КОКАИН И АМФЕТА- МИНИ	КОФЕИН	НИКОТИН	ХАЛУЦИНО- ГЕНИ И АЛПИХОЛИ- НЕРГИЦИ	ИСПАР- ЉИВИ РАСТВА- РАЧИ	КАНАБИС
Дејство на ЦНС	депресивно	депресивно	стимулативно	стимулативно	стимулативно	халуциногено	депресивно	стимулативно и халуциногено
Зависност	психичка и физичка	психичка и физичка	психичка и физичка	слабија психичка физичка	психичка и физичка	психичка	психичка, физичка	психичка, физичка +/-
Толеранција	+++	+	+	+/-	+	+	+	+
ИНТОКСИ- КАЦИЈА								
Психички знаци	почетна еуфорија, апатија, психомоторна успореност, поспаност, сап, кома	дезинхибици- ја сексуалних и агресивних импулса, конфузност, поспаност	еуфорија, осећај свемоћи и снаге, говорљивост, психомоторна агитација, параноидна доживљавања	немир, раздраж- љивост, несаница, појачана психомоторна активност	почетна стимулација	хиперсензи- билност, илузије, халуцинације, дезорјенти- саност, страх, параноидна доживљавања	еуфорија, агресивно и деструктивно понашање, конфузија, поспаност	еуфорија, говорљивост, променљиво расположење, смиреност, илузије, халуцинације, страх, параноидна доживљавања

Физички знаци	многа, лаузеја, брадикардија, опстипатија, неразговоран говор, аналгезија, депресија, дисања	некоордини- сани и успорени покрети, нејасан говор, несигуран ход, нистагмус	мидријаза, знојење, тахикардија, хипертензија, тремор, конвулзије	црвенило, диуреза, појачана тахикардија, аритмије	саливација, тремор, тахикардија, аритмије, хипертензија, смањење диурезе	мидријаза, знојење, тремор, тахикардија, хипертензија, атаксија	фотофобија, диплопија, нистагмус, артоглавија, атаксија, тремор, дизартрија, задах на лепак, мрље од лепка по одећи и лицу	хиперемича, конјунктива, сувоћа уста, тахикардија, појачан апетит
АПСТИНЕН- ЦИЈАЛНИ СИНДРОМ								
Знаци	напетост, раздражљи- вост, несаница, мидријаза, ринореја, грчеви у стомаку, болони у мишићима и зглобовима	мучнина, слабост, хипотензија, знојење, тремор, раздраж- љивост, несаница, гранд мал, папади	дисфорија, депресија, умор, поремећај сна, раздраж- љивост	главобоље, дисфорија, нервоза, раздраж- љивост	жеља за цигаретом, раздраж- љивост, напетост, немир, тешкоће у концентра- цији, појачан апетит	практично их нема	благи и недовољно јасни	поремећај сна, дисфорија, немир, тремор, целестетске сметње
Појава и трајање	6 – 8 h последње дозе 2 – 3 недеље	2 – 4 дана око 2 недеље	2 – 4 дана недељама	12 – 18 h неколико дана или недеља	1 – 2 h неколико месеци или година			4 – 48 h приликом редовног узимања 15 – 30 дана

На табели 2 наведени су знаци интоксикације и апстиненцијалног синдрома (уколико се јавља, код одређених група).

ЗАВИСНОСТ ОД РАЗЛИЧИТИХ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНАЦИ И ЊЕНЕ ПОСЛЕДИЦЕ

ЕТИОЛОГИЈА

Болести зависности спадају у социомедицинске болести, код којих се први поремећаји јављају у области социјалног функционисања, а тек касније долази до оштећења психичког и соматског здравственог стања, тако да може проћи доста времена пре него се зависник јави у неку здравствену установу ради лечења.



Постоји много покушаја да се ова појава објасни и разуме. Ни данас се не може са сигурношћу рећи шта су прави узроци болести зависности, па преовладава мишљење о садејству многих чинилаца који доводе до појаве болести. Теоретски и истраживачки покушаји да се дефинише карактеристична личност зависника, као један од етиолошких фактора, нису много постигли. Нема личности за коју се, са већом или мањом сигурношћу, може рећи да ће постати зависник, али је чињеница да се неке појаве чешће срећу код зависника и њихових породица, него код других. То су, пре свега, вишегенерацијска прекомерна употреба алкохола, дувана и лекова, рани губици и смрти у породици, менталне болести, разводи и промене места борав-

ка, лоши и поремећени односи, проблеми у васпитању деце и генерацијској хијерархији и сл. Зависници неретко у анамнези имају ране неуротске поремећаје, бежање од куће, лош успех или прекид школовања, туче, крађе у малолетничком добу, тешкоће у прилагођавању и прихватању ауторитета, самоповређивања итд.

Сматра се да радозналост, незнање, подстицај вршњака, могу навести некога да проба алкохол, дроге или лекове, али је мали број оних који са тиме наставе. Отуђење, нагла урбанизација, драстичне промене социјалне структуре, па и незапосленост имају одређену улогу у настављању узимања ових супстанци. Али поред утицаја средине и самих ефеката супстанци, за развијање зависности најважнија је личност особе која узима психоактивна средства, њен степен зрелости, самопоштовања, социјализованости, капацитети и механизми за разрешавање проблема на које наилази током одрастања, осамостаљивања и касније, током живота. Под дејством неких супстанци могуће је побећи из реалности, заборавити нагомилане проблеме, осетити се пуним снаге, самопоуздања и радости. Они који ово не могу да постигну без алкохола, дрога и лекова, увек им се изнова враћају, мада и сами донекле свесни да су оваква решења краткотрајна и лажна.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

Период адолесценције је доба када се најчешће први пут пробају дроге, алкохол и сл. Неки млади већ крајем основне школе пробају да удишу лепак или, уз обичне, пробају да пуше и цигарете са марихуаном. Није ретка ни истовремена употреба алкохола. Мањи је број оних који наставе са експериментима, па стигну и до хероина или, код нас у последње време, до јефтинијег чаја од макових чахура. Процењује се да је време за пробање првих супстанци између 15. и 25. год. У САД има више од пола милиона хероиномана, око 20 милиона људи је пробало кокаин, а од њих је 4 милиона зависно од кокаина.

Канабис у САД редовно користи десет милиона, а проценује се да у целом свету има око 200 милиона уживалаца хашиша и марихуане. Код нас још увек највише има алкохоличара, а по апроксимативним проценама сматра се да у Београду има између 10 и 20 000 зависника од опијата, од којих се лечи тек десети део. Због лоше материјалне ситуације већина узима све до чега дође и у веома лошим хигијенским условима. Однос мушкараца према женама је 3:1. Дроге се најчешће узимају ушмркавањем, пушењем, перорално и парантерално.



Слика 38. – Изабери живот или дрогу

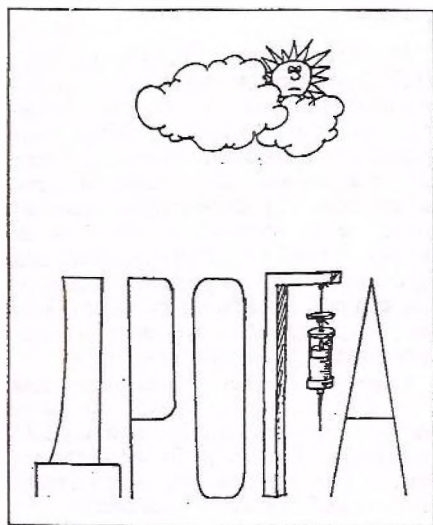
ПОСЛЕДИЦЕ

Када се на већ евентуално постојећу лошу породичну ситуацију, као и проблематично и незадовољавајуће остварене процесе сазревања, интеграције, индивидуализације и социјализације, дода и злоупотреба или, још горе, зависност од неке психоактивне супстанце, настају до-

датни тежки поремећаји и оштећења здравља и појединца и његове породице и његове уже околине. Дроге су илегалне и скупе, мало је оних који њихово узимање одобравају и толеришу. Зато они који их узимају то, у почетку, крију и од најуже породице. Касно долажење кући, измењено стање свести, неадекватно понашање, запустен изглед – озбиљни су знаци упозорења које многе породице, у којима не постоји права комуникација, пропуштају да виде, свесно или несвесно. Чак и када почну краће новца или продавања ствари из куће ради набавке новца за дрогу, у многим породицама се не налазе прави механизми за решавање оваквих проблема и прибегава се најгорој могућој варијанти: прикривању и негирању проблема. Обично су мајке агресивне и дистанциране, хладне или, пак, претерано благе и брижне, попустљиве. Није реткост да су очеви често одсутни из куће и да су или незаинтересовани или слабији у односу на доминантне друге.

Последице болести зависности прво се виде у сфери социјалног функционисања: повлачење од друштва које не узима дроге и бирање искључиво друштва зависника, углавном, ради набавке дроге; запоставање било какве активности осим оних потребних за набавку дроге, које су често у домену криминала: крађе, фалсификати, кријумчарење дрога и сл. На психолошком плану долази не само до стагнације у развоју већ и до назадовања и пропадања, нарочито у области вољнонагонског и моралног дела личности, као и до оштећења појединих психичких функција (пажња, мишљење, памћење), те до појаве различитих психијатријских поремећаја: депресије, суицидалност, карактерне измене личности.

На соматском нивоу промене су драстичне. Могу бити на локалном нивоу: запаљењске и дегенеративне промене коже, слузокоже, мишића и крвних судова. На општем нивоу може доћи до различитих инфективних (сепсе, апсцеси, хепатитис В, HIV инфекција) и токсичко-дегенеративних оштећења јетре, бубрега, срца и, пре свега, нервног система. Ту је и пропратна анемија, потхрањеност, кахексија.



ЛЕЧЕЊЕ

Лечење акутних интоксикација подразумева по потреби испирање желуца, давање течности и витамина, као постојећих специфичних антидота. У случају депресије дисања и коме, свакако је потребно успоставити дисање нормално или помоћу респиратора и праћење основних виталних функција.

Апстиненцијални синдром може се третирати симптоматском и супституционом терапијом, у случајевима где постоје адекватни супституенси.

После купирања ургентних стања добро је уколико се постигне мотивација пацијента за дуже и озбиљније лечење. Као и у већини болести и овде је третман комплексан и најчешће почиње медикаментном терапијом, којом се постиже стабилизација соматског здравственог стања. Затим се приступа постављању реалних терапијских циљева чији ниво зависи и од мотивације пацијента и од његових рехабилитационих потенцијала. У следећој етапи лечења обично се примењују социотерапијске, најчешће групне технике, комбиноване са окупационим терапијама. Мањи број пацијената може

бити укључен и у психотерапијски третман. При томе, треба имати на уму да је за успешно лечење зависности од дрога потребно 2 – 5 година континуираног рада, да је број рецидива и одустајања од лечења изузетно велики, да је рад са зависницима изузетно тежак и са веома мало графикација. Све ово не значи да је овај рад узалудан, већ само да све ово треба имати у виду и своја очекивања и инвестиције у раду прилагодити могућностима и аспирацијама пацијента, стално узимајући у обзир и природу саме болести.

УКЉУЧИВАЊЕ У РАД ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ И СПРОВОЂЕЊЕ ПРИМАРНЕ, СЕКУНДАРНЕ И ТЕРЦИЈАРНЕ ПРЕВЕНЦИЈЕ

Превенција је предупређивање, спречавање појављивања одређене појаве. С обзиром на тежину болести, степен оштећења здравља зависника и његове околине, као и дужину трајања и релативно скромне резултате лечења – превенција код болести зависности је од изузетног значаја. Да би мере предузете у смислу спречавања појаве неке болести биле ефикасне, неопходно је добро познавати природу болести, њен настанак и развој, ток и могуће последице.

Чињеница је да су болести зависности социомедицинске болести, а такође је и чињеница да је, у овом тренутку, здравство највише ангажовано у спровођењу превентивних мера код ових болести. Јасно је, пак, да пре него што дође у здравствену установу, као и пошто из ње изађе после лечења, зависник и његова околина (породица, пријатељи, радна средина) пролазе кроз разне фазе поремећених односа и неадекватног понашања и зависника према околини и околине према зависнику. Медицина не може и није компетентна за разрешавање овако широког дијапазона проблема. Неопходно је активније и сложеније ангажовање друштва да би се постижали

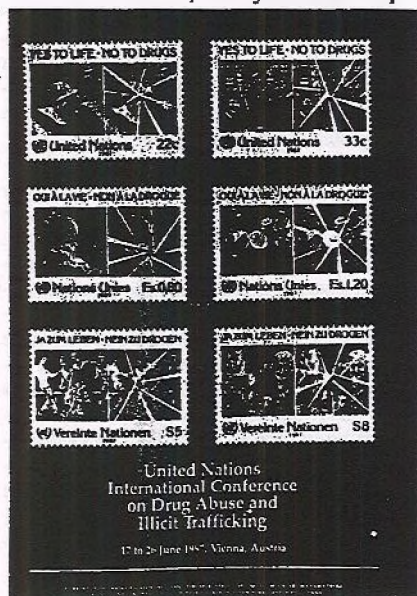
жељени циљеви. Једино континуираном и координираном активношћу васпитно-просветних, културних, као и организација социјалне заштите и здравствене службе, могуће је остварити адекватну и свеобухватну психијатријску заштиту и психијатријских болесника и становништва уопште.

Примарна превенција обухвата унапређење здравља и специфичну превенцију одређених болести. Унапређење здравља је здравствена делатност усмерена унапређењу „позитивног здравља“, док се специфична заштита здравља бави мерама спречавања и сузбијања појединих болести, уклањањем узрока болести, те применом личне заштите и јачањем одбрамбених снага појединаца.

Раније се примарна превенција болести зависности спроводила доста формално и несистематизовано, најчешће у виду предавања на одређену тему, обично у школама или домовима омладине или културе. Дошло се до сазнања да само давање информација или технике „заstraшивања“ могу да произведу и контраефекте. Светска здравствена организација препоручује приступ у коме се комбинују давање информација, континуирана едукација и широка подршка средине. Овакав приступ веома брзо је дао резултате, посебно у борби против СИДЕ. Едукативна предавања нису довољна уколико нису праћена неонападним, али сталним радом на прихватању позитивних вредности, здравог, активног и конструктивног, садржајног односа према животу и свему ономе са чиме се човек у животу сусреће, што, у ствари, представља менталнохигијенске напоре у подизању општег нивоа менталног здравља. Тек у оваквим условима има смисла даље развијати и специфичније примарнопревентивне активности. Највећи део њих спроводи у васпитно-просветним установама у којима је могуће обухватити највећи проценат деце и омладине. Примарну превенцију треба почети рано и спроводити континуирано. Иако се обично подразумева да су млади ти који су у фокусу деловања примарне превенције, не треба заборави-

ти одраслу популацију, уопштено гледано, а нарочито оне који имају највећи утицај на формирање и васпитање младих. То су родитељи, васпитачи, наставници, али и школски педагози, психолози, медицинске сестре, лекари и социјални радници и дефектолози. Саветовалишта, као специфичан облик примарнопревентивне делатности, у којима се могу добити конкретније информације и помоћ, такође имају своје место у примарној превенцији.

Секундарна превенција обухвата поступке скраћења трајања болести раном дијагностиком и што ефикаснијим третманом. Периодични систематски прегледи су један од начина за рано откривање болести, али они сами нису довољни. Нарочито код болести зависности код којих су први поремећаји у сфери социјалног функционисања (слабији успех у учењу, поремећени односи са породицом, вршњацима, наставницима) доста упадљиви и не би требало да прођу незапажено. Чини се да протекне исувише времена од момента појаве болести до доласка на лечење, што утиче и на ефи-



Слика 39. – Реците ДА животу, НЕ дрогама

касност лечења и на прогнозу. Требало би да постоји много гушћа социјална мрежа (енгл. network) која би на различитим нивоима могла да заустави развој болести или појаву тешких и непоправљивих оштећења. Родитељи и васпитачи су у најнепосреднијем и сталном контакту са децом, други ниво чине школски педагози, психолози, затим дефектолози и социјални радници, па школска здравствена служба и тек на крају служба у здравственим установама. Довољно је времена и стручњака који могу да региструју поремећај, уколико то нису у стању родитељи, и да предузму потребне мере.

За што ефикаснији и бољи третман неопходна су два елемента: квалификован, стручан кадар и располагања адекватним и потребним техничким могућностима. Активна сарадња пацијента је још један услов који доприноси постицању бољих резултата. На овом месту треба нагласити значај медицинске сестре и њену улогу у лечењу и, нарочито, успостављању првог контакта са пацијентом, праћењу и препознавању патологије и ефеката примењених терапијских поступака.

Терцијарна превенција је скуп поступака чији је циљ да смањи оштећења, инвалидност после болести, као и да развије и оспособи човека да функционише на нивоу који је максималан у односу на његове способности и потенцијале. Овај се термин, у ствари, поклапа са термином рехабилитација, који у најупрошћенијем преводу значи враћање на претходно стање (стање пре болести). Код зависника веома важан проблем представља период ресоцијализације, као дела укупног процеса рехабилитације. Проблем ресоцијализације је сложен, јер, у овом случају, пре се може говорити о потреби за социјализацијом него ресоцијализацијом. Врзати се на нешто што је постојало пре болести је лакше него постићи нешто чега пре болести није било (бар не на онакав начин какав је присутан и пожељан код већине људи). Други проблем у рехабилитацији зависника представља изражена стигматизација, стављање етикете, и снажна реакција и неприх-

ватање леченог зависника од стране друштва. Овакви ставови су донекле оправдани, јер неразвијено или смањено социјално и професионално функционисање, комбиновано са изузетно честим рецидивима болести, доприносе оваквим ставовима према зависницима. Међутим, овде се углавном ради и о ставовима заснованим на предрасудама о зависности, на које се гледа као на порок, хир, моралну девијацију, а мање као на болест.

Да би рехабилитација била што успешнија, треба радити на два нивоа. Први је сам зависник, а други је друштвена средина која треба својим прихватањем да омогући повратак и интеграцију. Могућности медицине су по овом питању ограничене, и да би се овакви циљеви постигли, потребан је широки ангажман многих друштвених инстанци, па и друштва у целини. То никако не значи да постојеће стање треба прихватити и да се не треба стално трудити да се оно побољша.

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИ РАД НА РЕШАВАЊУ ПРОБЛЕМА ПУШЕЊА



Приликом пушења дувана најчешће се користи лист биљке *Nicotiana glauca*, пореклом из суптропских крајева Америке. Колумбо је у свом дневнику забележио да су му домороци на једном острву поклонили неколико сувих листова биљке горког укуса. Касније су Ко-

лумбови сапутници били запрепашћени када су видели како домороци пуше и пуштају дим кроз нос и уста.

Амбасадор Француске у Португалији Жан Никот 1560. године донео је француској краљици Катарини Медичи лишће и семе дувана, препоручивши га као средство против главобоље, а такође и за подстицање „бодрости, доброг расположења и исцељења од многих невоља“. Нажалост, шаљива опаска постаје званични став официјелне медицине, и то све до 1855. године.

Нажалост, данас је пушење дувана једна од најраширенијих пандемија света. Последњих двадесетак година у англосаксонским земљама смањује се број пушача, али се зато повећава у најнеразвијенијим земљама света. Ситуација у нашој земљи је прилично забрињавајућа јер се по броју пушача на сто становника налазимо у самом светском врху, док је код младих ситуација још озбиљнија.

ФИНАНСИЈСКЕ КОРИСТИ ОД ДУВАНА

У свету и код нас се доста манипулише финансијским користима које дуван доноси произвођачима, као и великим зарадама које држава добија опорезивањем производа дувана. Познато је да дуван тражи добру земљу и доста ангажовања. У разним истраживањима дошло се до података да када би се уместо дувана на истим површинама гајило нешто друго, рецимо сунцокрет или кукуруз, онда би чиста зарада била чак 2 – 2,5 пута већа од зараде коју доноси дуван, уз знатно мање рада.

У свету је дуваном протеклих година у просеку било засејано 4,37 милиона хектара, и произведено је у просеку 5,43 милијарди тона дувана. Да је уместо дувана на тим површинама гајено нешто друго, онда би се могло произвести:

- 23 милиона тона пшенице или нешто више кукуруза, или
- 60 милиона тона јабука или
- 40 милиона тона грожђа или
- 100 милиона тона кромпира.

Годишњи приходи пореза од дувана у Великој Британији изnose око 102 милиона фунти, док социјална давања за сузбијање последица општећења здравља, директно изазваних дуваном, годишње изnose 270 милиона фунти.

У Савезној Републици Немачкој порески приходи од дувана су око 8 милијарди марака, а социјална давања за сузбијање последица изnose више од 20 милијарди марака.

Сваке године у САД се због штета изазваних дуваном изгуби:

- 77 милиона радних дана,
- 88 милиона дана проведених у болницама,
- 306 милиона дана ограничene радне способности.

ФИЗИЧКИ АСПЕКТИ ПУШЕЊА

Сам акт пушења може се поделити у две фазе: самотровање и загађивање околине пушача.



Слика 40. – Не треба пушити у затвореним просторијама

Прва фаза, самотровање, састоји се у томе што пушач, стварајући негативан притисак у усној шупљини, производи ваздушну струју која се креће из спољашње средине преко горућег дела цигарете, затим прелази преко несагорелих делова дувана до усне дупље. Температура жара цигарете је око 850°C . Када пушач створи негативан притисак у устима, ваздушна струја прелази преко жара, подстиче сагоревање, затим прегрејан ваздух прелази преко несагорелих делова дувана и папира доводећи до процеса суве дестилације и ту се ствара друга велика група отрова, док се трећа група ствара у току процеса пиролизе и пиросинтезе.

Тако створени аеросол доспева у усну шупљину пушача, затим у респираторни тракт, да би крвотоком врло брзо био разнет у све делове тела.

СИНЕРГИЈА

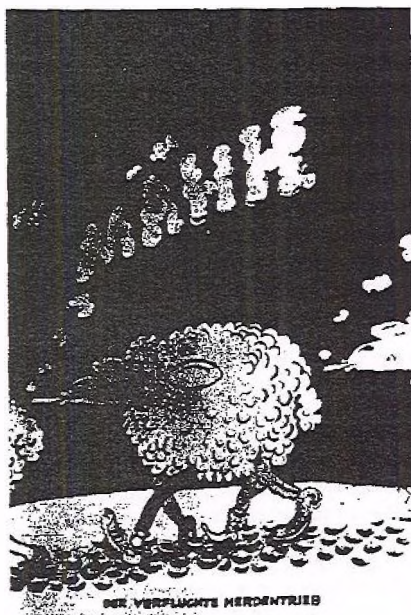
Посебно треба подвући особину здруженог деловања састојака дуванског дима и извесних отрова. Ако се пуши у срединама загађеним извесним отровима (SiO_2 и сл.), вишеструко је бржи и лакши продор тих отрова у организам јер се апсорбују са удахнутим честицама чађи дуванског дима.

Зато у условима високог аерозагађења, пушачи вишеструко брже и чешће оболевају – за разлику од непушача. Они постају наводни инвалиди рада, траже лакше радно место, чешће су на боловању, иду у превремену пензију, односно знатно више оптерећују здравствене фондове, тако да финансијска издавања за нарушено здравље пушача, без икакве кривице, солидарно, морају да снесу и непушачи.

ПУШЕЊЕ И ИМУНИ СИСТЕМ

Многобројна новija истраживања утврдила су да пушење знатно мења имунолошку одбрану организма. Токсичан ефекат је уочен и на алвеоларном макрофагу. Промене су квантитативне, морфолошке и метаболичке. Код пушача су запажене:

- морфолошке промене алвеоларног макрофага, односно повећање димензија што може да утиче на промену неких интраваскуларних односа;
- повећање броја интрацелуларних инклузија пореклом из дувана (пречника и до 3 микрона) које садрже многобројне полицикличне угљоводонике растворене у липидима, фрагменте минералних материја, Al, Si, а посебно цитотоксични каолит – продукт обраде и козметичких додатака дувану;
- промене на мембрани – смањивањем или потпуним ишчезавањем микровила;
- промене у метаболизму – односно смањење синтезе протеина;



Слика 41 – Пуше само наивни

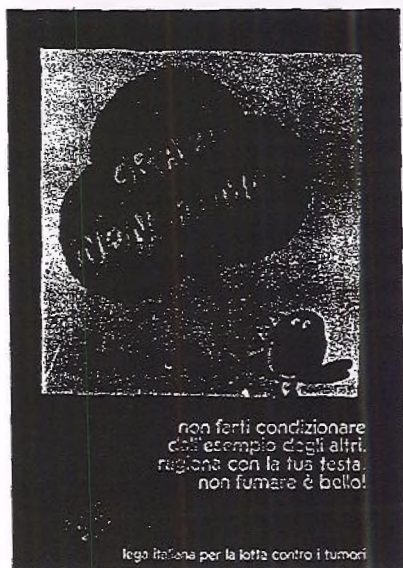
– промене оксидиотичког метаболизма, алтернацијом митохондрија, што је посебно штетно (због смањења ковадиције) ако се пуши у младости, а посебно пре повећаног физичког напора и непосредно потом;

– уочена су и знатна оштећења ензимске и системске одбране плућа, токсичним дејствима продуката пушења, токсичним дејством на: лизозоме, трансферин, антипротеазе, арил-угљоводоничну хидроксиллазу и бензопирен хидроксиллазу.

на је диметилнитрозамин. У експериментима је изазивао туморе код свих животињских врста, на којима је испитиван, чак и после појединачне дозе. Други је 2-нафтил амин 14-амино-бефенил. За све наведене канцерогене амерички приручник заштите на раду препоручује да се са њима избегне било какав контакт због могуће канцерогености. Ове канцерогене пушач свакодневно, у малим дозама, уноси у организам. Веће количине ових канцерогена озбиљније угрожавају околину пушача, јер их више има у спољном даму, а још више у диму цигарете која тиња на пепељари.

Нажалост, у нашој земљи све се више пуши. Неминовно, после неког временског периода, појављују се последице. Навешћемо само један од безброј примера. Забрињавајући пораст малигних обољења респираторних путева, односно инциденцу малигнома бронха у Војводини:

- 1981. године 37,8⁰/0000,
- 1982. године 42,4⁰/0000,
- 1983. године 43,7⁰/0000,
- 1984. године 46,9⁰/0000,



Слика 42. – Хвала што не пушите

ПУШЕЊЕ И МАЛИГНЕ ПРОМЕНЕ

Осим већ наведених оштећења имуног система, који нас, поред осталог, штити и од малигних промена, стање погоршава и више од шездесет канцерогена и мутагена доказаних у дуванском диму.

Подсетимо се само на два канцерогена. Један од најјачих познатих канцерогена



Слика 43. – Да ли постајеш слободан пушењем?

За овако застрашујући пораст малигних промена бронха пушача окривљују се и козметички додаци дувану – разни препарати, придодати ради кориговања физичких особина, влажности, укуса дима, боје пепела и др. Долажу се и азбестна влакна – да се пепео не расипа околу, титан-диоксид – избељивач папира и пепела, моно-, ди- и триетиленгликол који треба да побољшају арому, препарати на бази сумпора, олова и низ других.

После Другог светског рата, пољима засејаним дуваном обавезно се додају вештачка ђубрива у којима се налази самлевени апатит, који значајно побољшава укус дувана и повећава принос. Последица овога је **УТРОСТРУЧЕНА КОЛИЧИНА ПОЛONIЈУМА**, растворљивог у води и у дувану, произведеног после Другог светског рата. Нажалост, ово све се додатно компликује када полонијум дође у контакт са 3,4 бензоциреном – сталним састојком катрана дуванског дима, тада се проценат рака удвостручава.

ФИЛТРИ И МУШТИКЛЕ – КОЛИКО СТВАРНО ШТИТЕ?

Проналаском филтара за цигарете, дуванска индустрија је доживела прави бум, јер је већина пушача уверена да их филтри потпуно штите. Последњих година бучно се рекламирају и муштиккле. Нажалост, то је само перфидна обмана за наивне пушаче.

Ако би филтар или муштиккла за само неколико процената смањили унос катрана или никотина, пушач да би добио дозу на коју је навикао, повећава број и дубину удисаја дима, а ако ни то не помогне, повећава број попушених цигарета – а тада се ствари додатно могу искомпликовати.

Харвардски професор др Никола Ворлд о томе каже: „Филтри задржавају део никотина и катрана или **ПОВЕЋАВАЈУ** количину угљен-моноксида за 28%, а то значи да филтри **повећавају** опасност од артериосклерозе и инфаркта, док пушење без филтра **повећава** опасност од рака уопште“.



Слика 44. – С димом цигарете нестају снага и физичка издржљивост

Друга истраживања извештавају да ефикасан и безбедан филтар може да буде само једна гломазна, тешка и скупа апаратура – која нема ништа заједничког са малим филтром на крају цигарете. Према томе, не заборавите: ако пушите цигарете са филтром или без филтра, **ФИЛТАР СУ, НАЖАЛОСТ, УВЕК САМО ВАША ПЛУЋА.**

ДИМ У ВАШОЈ КРВИ

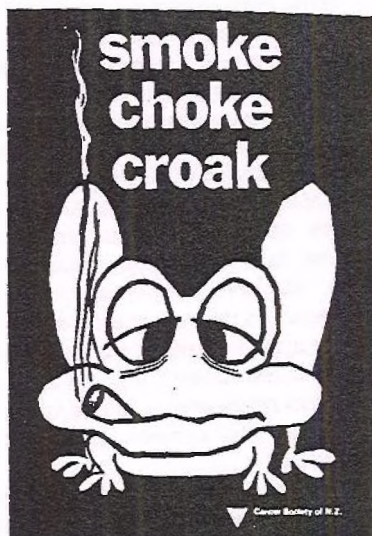
Када се дим цигарете удахне и доспе у плућа, он је, у ствари, убачен у крвоток – а пушач то осећа како му се „блаженство шири кроз тело“.

Преко целе респираторне површине непрекидно се разливају милијарде еритроцита који су дошли у дисајне путеве да предају у спољашњу средину продукте метаболизма и да приме кисеоник, који нас у суштини одржава у животу. Када

удахнете дувански дим, више хиљада отрова прелази у еритроците и уместо да разнесе за живот неопходан кисеоник организму разноси и отрове.

Два-три дубока удисаја дуванског дима, после физичког напора, унесу у крвоток више отрова него што би уобичајеним начином пушења унели за 15–20 минута.

Ако пушите, имате властиту фабрику угљен-моноксида у цељу. Један грам дувана за време пушења развија 60–80 кубних центиметара угљен-моноксида, који прелази у еритроците, везује се за хемоглобин и ствара се врло јака веза, а спој се зове карбоксихемоглобин. Зато пушачи немају довољно кисеоника у крвотоку, па се и брже замарају, јер се на место кисеоника везао јак крвни отров. Ово може да буде још озбиљније ако се са пушењем започне у раној младости јер ће поред осталог да се одрази убрзаним стварањем артеросклеротичних промена у крвним судовима, смање-



Слика 46. – Пушење убија и жабе

њем сатурације централног нервног система, падом нивоа хормона код припадника оба пола и израженим смањењем мускуларне масе и раста код младића.

Под дејством многобројних дуванских отрова леукоцити почињу да смањују могућности дијапедезе, фагоцитозе а временом може доћи и до пада продукције фермената и антитела – а то опет доприноси лакшем продору инфекције, посебно вирусног порекла.

У експериментима, изведеним непосредно после пушења цигарете, брзина проласка неутрофила била је знатно продужена. Касније би отпочело и њихово гомилање на „споредној траци“, затим ослобађање радикала кисеоника, као реакција на иритацију изазвану дуванским димом док би истовремено неки од отрова цигарете онемогућавали антитрипсин да се веже за еластазу. Тада се невезана еластаза понаша агресивно и почиње да разара ткиво алвеола – а то је већ почетак емфизема.



Слика 45. – У атмосфери са никотином и биљке вену



ПУШЕЊЕ И РЕСПИРАТОРНИ СИСТЕМ

Уочено је да је хронични бронхитис међу пушачима 2–3 пута чешћи него међу непушачима исте добне групе. Учестаност хроничног бронхитиса:

- у мушкараца непушача у петој деценији живота износи 15%, а међу пушачима исте старосне групе 45,5%,

- у шестој деценији живота међу непушачима 21,2%, а међу пушачима 52,8%.

Учестаност хроничног бронхитиса је највећа међу „тешким“ пушачима, а она је у појединим категоријама радника (рударима) већа од 60%.

Инертне и надражајне материје луванског дима проузрокују појачану секрецију, оптерећују механизам за елиминацију и доводе до хроничног кашља.

Ако се на време не престане са пушењем, може доћи и до емфизема. Симп-

томи емфизема се врло тешко подносе чак и када се само, гледају код других. Болесник осећа да губи дах и не може да избаци ваздух из плућа. Сва напрезања своди на минимум и живот постаје велика патња. Све то још више погоршавају и инфекције због стазе. То компромитује плућни крвоток, долази до оптерећења



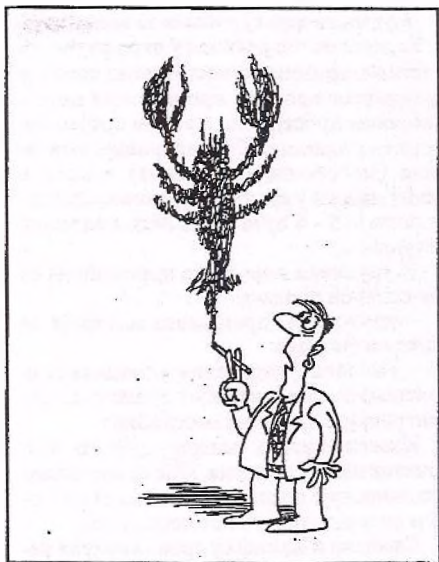
Слика 47. – Ако ти је стало до здравља, зашто пушиш?

срца и оно временом почиње да отказује.

Др Роџер Мичел из Института за медицинска истраживања каже да је око 95% пацијената лечених од емфизема плућа раније страсно пушило.

ПУШЕЊЕ И РАК ПЛУЋА

Латенца егзогеног карцинома бронха траје око 20 година. Недавна истраживања у САД утврдила су да је групи од 187 783 становника старосне доби од 50 до 60 година, смрт од карцинома плућа (у групи умерених пушача) 20 пута чешћа него, међу непушачима. „Тешки пушачи“ и до 70 пута чешће оболевају од рака бронха него непушачи.



У последњих двадесетак година више од 60 милиона Американаца је престало да пуши и већ се виде позитивни резултати. Епидемиолошка служба је забележила значајно смањење броја пушача од 16,8%.

ПУШЕЊЕ И КАРДИОВАСКУЛАРНИ СИСТЕМ

Најчешћа оболења кардиоваскуларног система која провоцирају пушење су: коронарна болест, повишен крвни притисак, поремећај ритма срца и упални процеси на артеријама, са сужењем њиховог отвора, што је праћено смањењем протока крви.

Код четири петине пушача никотин стимулише симпатички нервни систем — тиме што убрзава срчану радњу и прекомерно исцрпљује срчани мишић. Исто-времено, долази до грча коронарних крвних судова због вазоконстрикторног дејства никотина и никотином ослобођеног адреналина. Сужен суд умањује доток хране и кисеоника самом срчаном мишићу, а то га још више исцрпљује. Ово се са сваком цигаретом понавља, касније

долази до пролонгираног сужења, убрзаних промена у самом суду и почетне коронарне болести.

Никотин стимулише и надбубрежну жлезду, услед тога она лучи хормоне стреса, појачавајући ефекат сужавања крвних судова. Због тога долази до манифестације повишеног крвног притиска, а он још више убрзава процес склерозе и коронарне болести.

Деловањем никотина на задњи режањ хипофизе почиње у већој количини да се ствара антидиуретични хормон, који **ПОЈАЧАВА СУЖАВАЊЕ КОРОНАРНИХ КРВНИХ СУДОВА**, такође и притиска, те се тако спазам продужава и доприноси убрзању развоја коронарне болести.

Никотин делује и на чиниоце згрушавања крви реметећи суптилну корелацију простагландина, стимулишући стварање тромбосана на штету простаглина — што још више компликује целу ситуацију.



**Vil du dra på røyken
resten av livet?**

Flere og flere unge sier nei til å røyke

Svensk riksdagskansliet

Слика 48. — Хоћеш ли наставити да пушиш, или ћеш изабрати да живиш?

Такође, никотин успорава и метаболизам масти, смањујући разградњу. То ће убрзати стварање атероматозних промена у самом суду.

Сви наведени механизми се међусобно преплићу, убрзавајући патолошке процесе. Но, погледајмо све то и са другог аспекта: артерије се нормално хране једним делом и липидима филтрираним из крви кроз ендотел. Целокупна количина овако доспелих липида у зид артерије користи се за стварање енергије. Количина унете масти у артерију путем филтрације зависи од:

- очуваности ћелија ендотела,
- количина масноћа у крвотоку,
- филтрацијског притиска масноћа у крвотоку.

Познато је да се код човека у артеријама непрестано стварају микроугрушци, али срећом брзо се разграђују под дејством фибролизина. Занимљиво је да се фибролизин више ствара код особа које су физички активније. Код пушача стање ремете високе дозе угљен-моноксида, насталог сагоревањем дувана. Због хроничне иритације угљен-моноксидом стварају се ситни дефекти ендотела. Кроз те дефекте липиди продиру у сам зид крвног суда. Осим тога, и хипертензија другим механизмима оштећује ендотелне ћелије.

Ни мишићни слој артерије није поштеђен. Према истраживањима Б. Ендата са вајингтонског универзитета, мутагени дуванског дима на мускуларном слоју изазивају следеће:

- у првом стадијуму, у хромозомима мишићне ћелије артерије долази до мутације,
- ускоро та ћелија почиње убрзано да се дели,
- у трећем стадијуму, те ћелије почињу да се, гомилају и стварају се квржице.

Ово је проверавано и на њујоршком универзитету. Током експеримената на пилићима, приликом увођења продуката пушења, стварале су се многе квржице на зидовима артерија. Занимљиво је да је кофеин све ово убрзавао.

ПУШЕЊЕ И ТРУДНОЋА

Код мајки које су пушиле за време трудноће, плацентне ресице су атрофичне, са местима смањеног и местимично потпуно прекинутог протока, проширеним интервилонским просторима и већим бројем инфаркта плаценте. Концентрација континина (метабољита никотина) у крви и урину мајке и у крви и урину новорођенчета била је 5 – 8 пута виша него код мајки непушача.

У трудница које пуше поремећена су два основна процеса:

- преношење хранљивих материја од мајке ка фетусу и
- у феталној циркулацији смањена концентрација кисеоника због повишене концентрације карбоксиемоглобина.

Извесни аутори сматрају да је то само почетак даљих промена, које се настављају и напредују после рођења а манифестоваће се неколико година после тога.

Симпсон и Калиф су први скренули пажњу на штетност пушења у трудноћи. Они су анализирали исход трудноће 7 499 трудница, од којих је 48% пушило у трудноћи. Нашли су два пута вишу учесталост превремених порођаја (пре 37 недеље трудноће) у мајки које пуше. Такође је доказано да се учесталост превремених порођаја повећава пропорционално броју попушених цигарета.

Кларен и сарадници утврдили су да је пушење узроковало у 25 до 27 испитаних фетуса промене срчане акције.

Код мајки које пуше порођајна тежина деце мања је од 150 до 300 грама.

Ендрјуз и Мек Гари утврдили су пораст феталних аномалија међу мајкама које пуше. Пренатална смртност у овој скупуни је изразито висока, чак 34% виша него код оних које не пуше.

Посебно забрињавају нова испитивања која указују на промене у броју субпопулација Т-лимфоцита у циркулацији мајки које пуше и супкласама имуноглобулина G, што озбиљно указује на промене у имунолошком систему мајке и детета узроковане пушењем. Клиничка испитивања деце која су оболела од акутне лимфатичне леу-



Слика 49. – Ваше дете захтева да престанете да пушите у трудноћи

козе, Вилмсовог тумора и Хочкиновог лимфома показује да је ризик обољења у деце чије мајке пуше 50% већи од контролне групе.

ДУЖНОСТИ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА У ОДВИКАВАЊУ ОД ОВЕ ШТЕТНЕ НАВИКЕ

На основу изнетог, очигледно је да пушење цигарете није нешто што ће побољшати здравље и унапредити квалитет живота. Нажалост, сведоци смо да млади све више пуше. Шта ту урадити? Добро осмишљене и континуирано спровођене акције у свету дале су добре резултате. У петнаестој години живота пуши у:

- Израелу 5%,
- Шведској 9%,
- САД 12%,
- Немачкој 18%.

Међутим, у земљама где акције против пушења нису континуирано спровођене и где је изостала подршка осталих значајних фактора (просвете, власти,

JONK AN ONOFHÄNGEG. OCH VUM TUBAK!



Illustration von Dr. Gerni
Lombardi

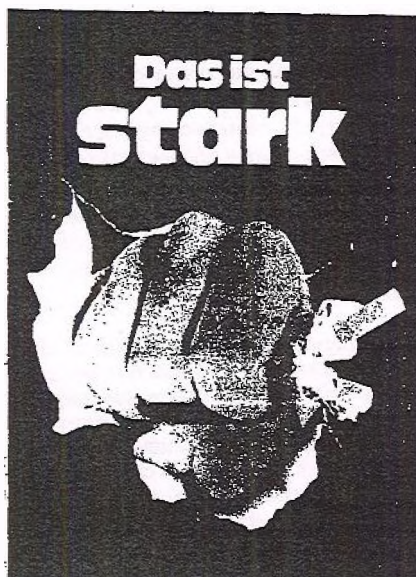
Слика 50. – Јенота и здравље без пушења

штампе) број пушача међу петнаестогодишњацима чак се повећава и износи, на пример, у Бугарској 41%. У Србији је ситуација неповољнија јер у истој добној скупини пуши 26% дечака и 75% девојака! А у неким средњим школама Новог Сада пуши око 90% девојака!

Ситуација каква је тренутно у нашој земљи намеће потребу широке, континуиране и добро осмишљене акције на спречавање и сузбијању пушења. Логично би било да се у првим редовима те акције налазе здравствени радници. Нажалост, већи део њих то нерадо прихвата јер су или бивши или садашњи пушачи, и немају моралне снаге да то раде.

Међу америчким лекарима пуши нешто мање од 3%, међу аустралијским и енглеским мање од 7%, док је међу нашим лекарима ситуација другачија – пушачима припада 35% лекара, 40% лекарки, 75% се-стара!

Идеалан пут здравственог васпитања је пут примера. Здравствени радник са упалином цигаретом је антиреклама. Медицинско особље мора да схвати значај свог позива и снагу примера коју



Слика 51. – Ово је снага!

пружа околини. Дужност здравственог радника је да у свакој прилици спонтано, ненаметљиво делује личним примером: максимално се треба укључивати у здравственоваспитне програме школа на терену; без застрашивања деловати на потенцијалне пушаче превентивно; указивати на предности здравог начина живота; све то поткрепити позитивним примерима; не заборавити да смрт није мотивација за живот. Живот је мотивација за живот.

Старије хронично оболеле и остале пушаче треба подстицати и помагати да донесу одлуку о престанку пушења. Када донесу одлуку, помоћи им или да се пријаве саветовалишту које се тиме бави или покушати сталном подршком и уз корекцију исхране и навика (за време одвицавања треба избегавати и потпуно искључити алкохол, кафу, зачињену храну, узимати што више течности пре јела, воћних сокова, свежег воћа, поврћа и искључиво се хранити прним хлебом) да се одрекну пушења.

У зависности од будућег места рада, здравствени радник треба да се уклапа и помаже програме за спречавање и сузбијање пушења, које спроводи Републички

завод за здравствену заштиту или регионални завод.

Такође, треба да помажу и подржавају акције хуманитарне и добровољне организације Савеза Србије против пушења, и Савеза организација против алкохолизма, никотинизма и наркоманије Црне Горе, односно њихових градских организација и друштава широм Републике.

Здравствени радници треба да се укључују у рад Црвеног крста, да се активно помажу и подржавају све њихове акције на сузбијању болести зависности.

Медицинска сестра – техничар треба на свом радном месту да учини све да се поштују прописи о кућном реду, посебно о забрани пушења у свим просторијама, сем где је то изричито дозвољено.

На крају, треба имати на уму истраживања рађена у свету и у нашој земљи, која би сажето могла да се формулишу – нема наркомана који претходно није био пушач или још увек не пуши. Тако, сузбијањем и спречавањем пушења, утиче се, у ствари, на смањење оног најозбиљнијег, оног што се практично врло тешко или никако не лечи – наркоманије.

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИ РАД У ЗАШТИТИ СТАРИХ ОСОБА



ЗДРАВСТВЕНИ И СОЦИЈАЛНИ ПРОБЛЕМИ СТАРИХ ОСОБА

Пораст општег стандарда са побољшањем услова живота и рада, добро организована и савремена здравствена и социјална заштита условиле су про-

дружење људског века, а самим тим и пораст броја старих особа у свим земљама света. У нашој земљи, такође, број старих се повећава из године у годину. Већ сада проценат лица старијих од 65 у појединим општинама већи је од 23 %, при чему Београд предњачи у убрзаном порасту старијих особа.

Особе старије од 65 година припадају категорији старих. За сам појам старења карактеристичан је преображај, односно прилагођавање физиолошким променама ткива, са чим је спојено иреверзибилно смањење функција скоро свих органа. Ипак, старење се доживљава и манифестује на крајње индивидуалан начин, при чему физиолошко стање не зависи од психичког.

У нас је доста распрострањен став по коме су старе особе, по правилу, болесне. Треба одмах нагласити да старост не значи увек и болест, беспомоћност и зависност од других. Старе особе доброг здравља, са вишком слободног времена, по престанку професионалних обавеза драгоцени су сарадници у бројним друштвеним активностима, саветници и испомоћ у кући и свакодневним пословима. Индивидуални приступ у здравственој и социјалној заштити је најпотребнији баш у раду са овом категоријом становништва.

Поремећаји здравља старих особа најчешће постају хронични. Сам процес старења се одражава крајње различито на

поједина ткива и органе, што зависи од конституције, фактора средине, начина живота – нарочито исхране, преоптерећености, психичких траума и других фактора.

Карактеристичне промене у овом периоду живота јесу истрошеност ткива и смањена имунобиолошка способност организма и слабија реакција на патолошке агенсе, смањена способност адаптације и продужена реконвалесценција.

Ове промене изазивају многобројне болести и имају специфичан ток. Пролазе већином незапажено, с малобројним симптомима и склоношћу да постану хроничне, као и да се појави рецидив. Најчешће промене и поремећаји у овом периоду живота су, по правилу, поремећаји и болести срца и крвних судова, остеодегенеративни и реуматични поремећаји уз запаљенске процесе у мишићима и спонтане фрактуре, затим, поремећаји метаболизма и урогениталног тракта, малигне неоплазме, спуштеност појединих органа, неуролошке и дерматолошке промене и др.

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИ РАД И ДРУШТВЕНА ЗАШТИТА СТАРИХ ОСОБА

Светска здравствена организација је у својим циљевима постављеним до 2000. године, у сам врх ставила друштвену обавезу стварања основних услова и могућности живота. У оквиру њих она ће развијати и користити своје здравствене потенцијале и живети продуктивно, социјални и економски живот, у складу са поштовањем личности и људског достојанства. Сви ови напори су најпотпуније исказани кроз слоган „Додајте живот годинама, а не године животу“.

Здравственоваспитни рад у припреми за здраву и не прерану старост, како у здравственом, тако и у психосоцијалном



Слика 52 – Не! Излазите полако и обазриво

смислу, траје током целог живота.

Ово подразумева активно укључивање становништва у самоиницијативно предузимање мера у борби против ризико-фактора савременог света, као и избегавање понашања штетног по здравље; затим откривање болести и поремећаја док су још у реверзибилној фази; благовремено лечење и рехабилитацију, као и решавање низа других социјалних и економских захтева који настају у старости.

Веома су значајне припреме за пензионисање које се обављају, или би требало да се обављају, у предузећима.

Ужи здравственоваспитни циљеви разликују се од случаја до случаја и одређени су специфичним психосоцијалним и здравственим карактеристикама старости, као и саме социокултуралне средине. У досадашњој организационој шеми здравствене делатности, ова категорија становништва била је највећим делом обухваћена делатношћу опште медицине и поливалентне патронаже, али без специфичних програма превенције.

Без обзира на то о којој се врсти здравствене делатности ради, постоје одређени садржаји здравственоваспитног рада са старим особама. Породица, а посебно стара лица, треба да препознаје ране знакове старења дегенеративне и друге промене које прате овај период живота, као и да уочи настале промене у најранијем стадијуму. Стара лица тада обавезно треба да посети свога лекара. У сваком случају, за старе особе је препоручљиво да најмање два пута у току године одлазе у здравствену установу ради контроле свог здравственог стања.

Од посебног је значаја рад поливалентне патронажне службе у породици због удућивања старих лица у здрав начин живота, како би се што више пролонгирао настанак поремећаја здравља, слабости и различитих обољења везаних за овај период живота.

У том смислу, патронажне сестре посебну пажњу посвећују проблему правилне исхране старих особа и ради тога демонстрира припрему појединих јела. Упућују их на исправно држање тела, јер старе особе у већини случајева заузимају лош положај (погнута глава, спуштена рамена и сл.) саветујући правилно држање тела као важан предуслов за физиолошко функционисање дисајних органа, кардиоваскуларног система, локомоторног апарата итд.

Посебно упућују старе особе на потребу и значај свакодневног ходања на свежем ваздуху, при чему дужина боравка зависи од случаја, а оптимално је два часа. У договору са одговарајућим стручњаком, патронажна сестра ће препоручити и демонстрирати извођење лакших гимнастичких вежби, како би се избегла пасивизација која убрзава процес старења.



Слика 53. – Сова види у мраку, човек ће у мраку зарадити чворугу

Одржавање опште телесне чистоће и личне хигијене је обавезан садржај здравственоваспитног рада у породици - старачка кожа је атрофирана и стога веома осетљива на инфекције и код здравих особа. Свакодневна хигијена уста и зуба и њихово санирање (протетске надокнаде и сл.) спречавају одређене поремећаје здравља. Упознајући хигијенске навике у породици, патронажна сестра ће саветовати и практично демонстрирати начин одржавања хигијене тела, а нарочито зуба и стопала (правилан избор обуће, хигијена стопала, начин подсецања ноктију и сл.) поготову, ако је стара особа оболела од шећерне болести.

Веома је важно старе особе подстицати на радне активности у складу са њиховим физичким и умним способностима и развијати њихово уверење у корисност тога рада. Можда је још важније утицати на породицу да, користећи радне и социјалне активности старе особе у кући, допринесе стварању повољне климе и спречавању појаве издвајања, потцењивања и избегавања -- „гетоизације“ старих особа. У том смислу је веома значајно учинити све за узајамну адаптацију старих и њихове околине, јер се на тај начин спречавају многе конфликтне ситуације.

ХУМАНИЗАЦИЈА УСЛОВА У СТАРОСТИ

Проблеми старих особа постоје у целом свету и свака друштвена заједница их решава према својим могућностима. Међутим, ни најбогатије земље на свету не могу обезбедити све потребне облике помоћи, које су условљене специфичним потребама и захтевима старих особа, само преко тзв. државних установа. Добровољна помоћ преко хуманитарних организаци-

ја је стога од непроцењивог значаја. Мада не постоје посебни модели овог рада, неке службе, као и велики број добровољних организација, укључују се на различите начине у непрофесионално пружање различитих облика помоћи старим и самохраним особама. Стога, повезивање стручног и добровољног рада представља неопходност, како због повећања нивоа стручности у целини тако и због побољшања квалитета живота старих особа.

У конкретном разрешавању проблема старих ангажују се, по правилу, центри за социјални рад и поливалентне патронажне службе из домова здравља као стручне, професионалне снаге. Црвени крст, као хуманитарна организација, са својим активностима, допуњава професионални рад кроз програме помоћи остарелима -- од најситнијих свакодневних услуга око набавки, уз помоћ при преласку улице, или уласку у возило, до обезбеђења obroka или огрева. Старим особама у великим стамбеним блоковима без паркова, а нарочито за оне у солитерима, један од најтежих проблема представља усамљеност. Отуда, осим облика материјалне помоћи, често је потребнија и драгоцену подршку кроз посете, макар и краткотрајне, уз неколико измењених речи, како се старе особе не би осећале отуђене и на неки начин одбачене од своје средине.

Сложене облике заштите самохраних старих особа обезбеђује Завод за геронтологију, кућно лечење и негу, који у свом саставу има, поред лекара и сестара за негу, социјалне раднике, психијатре, физио- и радне терапеуте и др., што им омогућава решавање веома компликованих ситуација у којима се могу наћи стари. Здравствени радници треба да знају да је поливалентна патронажна сестра, најчешће, први професионалац који се сусреће са тешкоћама старих особа и која је отуда у обавези да алармира, а понекад и организује тимски рад стручних и добровољних сарадника.

ЗДРАВСТВЕНОВАСПИТНИ РАД СА ХРОНИЧНИМ БОЛЕСНИЦИМА



ЗНАЧАЈ ХИГИЈЕНСКО-ДИЈЕТЕТСКОГ РЕЖИМА

С обзиром на то да се лица са хроничним поремећајима здравља и број особа у старијим добним групацијама стално повећавају, то представља феномен који из године у годину добија све већи медицински и друштвени значај. Болести срца и крвних судова, малигне неоплазме, обољења респираторног и дигестивног тракта, као и коштано-зглобна обољења, уз стални пораст психонеуроza налазе се у самом врху лествице оболевања и смртности становништва наше земље. Висока преваленција и тенденција пораста ових болести нису условљене искључиво генским чиниоцима, него и дејством бројних различитих фактора.

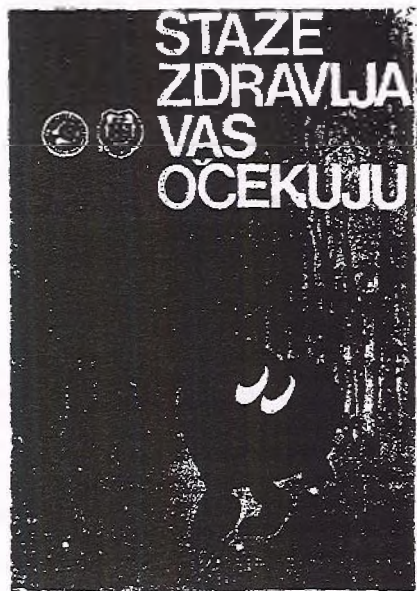
Савремена доктрина превенције ових болести и поремећаја креће се у неколико праваца. Пре свега, то је здравствено-васпитни приступ и активности на стварању услова за здрав начин живота, у коме се неће развијати фактори ризика. Ове активности се усмеравају првенствено на децу и омладину, као категорије које нису сасвим оформиле своје понашање. Најважнији садржаји су здрава, избалансирана исхрана, бављење спортом и другим облицима ре-

креације, хармонични односи са околином и добро сналажење у стресним ситуацијама, затим елиминација пушења и употребе алкохола, сузбијање зависности од дрога и др.

Значај хигијенског режима је можда најзначајнији у предклиничком стадијуму код тзв. ризичних група, где инсистирамо на корекцији понашања и проби против испољених фактора ризика.

Ко спада у ризичне групе? То су најчешће особе са повећаном телесном тежином, пушачи, физички неактивни, лица која су често изложена стресним ситуацијама, затим лица која су често у контакту са супстанцама за које се сумња или оправдано сматра да су канцерогене или коканцерогене а да при том не употребљавају заштитна средства.

Проценат лица која чине категорију ризичних група, по неким ауторима, обухвата више од половине укупне популације. У њиховом понашању доминирају навике које значајно угрожавају здравље,



Слика 54. - Стазе здравља вас очекују

нарочито оних који раде на угроженим радним местима.

Код оболелог становништва, где се настоји открити обољење раним фазама, односно правовремено, адекватно и довољно дуго лечење хигијенско-дијететски режим представља веома важан чинилац свих терапијских мера и поступака. Здравственоваспитни рад је усмерен на промену навика и понашања оболелих и активан став према болести, те отуда чини есенцијални, градивни део мера секундарне превенције и целокупног терапијског поступка. Висока мотивација оболелих помаже у већини случајева да се избегну или бар ублаже компликације, спречи или одложи појава рецидива, олакша сам ток болести.

Оштећења здравља, осим акутних заразних болести, остављају последице, мање или више изражене. Код хронично оболелих изражено је смањивање периода егзацербације са ремисијама, понашање садржи активан став према својој болести, лечењу и рехабилитацији, мере самоконтроле, редовне посете лекару, придржавање прописаног начина живота и употребе лекова, има непроцењив значај.

Да би се стварали услови за здрав начин живота, мора се спроводити праћење, стална процена и контрола животне средине, а посебно тамо где постоји опасност за људско здравље, укључујући ту и потенцијално токсичне хемикалије, радијације, штетне производе и биолошке агенсе. Упознавање радника са безбедним или мање опасним по здравље методама рада, препознавање првих знакова професионалних болести, потреба и значаја сталне примене средстава за личну заштиту, од посебног су значаја за превенцију малигних неоплазми. Савремена наука је дошла до многих сазнања у погледу настајања рака, мада права етиологија још није сасвим разјашњена. Осим бројних ендеogenих агенаса у организму, то су и егзогенни агенси из животне или радне средине, под чијим изолованим или комбинованим дејством брже или спорије настаје рак – азбест, бензин, чађ, катран, нека минерална уља,

једињења никла и др. Збор тога је неопходно стриктно придржавање прописаних мера заштите на угроженим радним местима, што чини стални садржај здравственоваспитног рада у индустрији.

У свим случајевима, без обзира на то о којој се врсти хроничних обољења ради, неопходно је значајно смањење, до потпуне апстиненције, алкохола и дувања. То је неопходно у респираторним обољењима, посебно малигне етиологије, коронарној болести и акутним фазама улкусне болести. Истовремено деловање, односно интерференција више ризико-фактора много више оштећује здравље и повећава могућности оболевања од неке болести. Из тих разлога, неопходан је индивидуални приступ у здравствено-васпитном раду са хронично оболелим особама.

Кроз индивидуални приступ сва сазнања о могућем мултиплом ризику морају се конкретизовати и рационализовати у практичној примени, а у зависности од врсте ризика и природе, односно степена оштећења здравља. Сваки случај је специфичан и посебан – отуда увек морамо имати на уму потребу целовитог сагледавања болесног човека, његових личних и групних карактеристика у садејству са факторима средине у којој живи и ради – „не постоји болест, постоји само болестан човек”.

РЕКРЕАЦИЈА

Рекреација је сталан садржај здравственоваспитног рада у свим фазама заштите становништва од хроничних болести и поремећаја здравља. Здравствени радници стално указују на значај и потребу рекреације, као на битну компоненту живота у савременим условима, полазећи од њених најједноставнијих облика доступних свима. То је, пре свега, ходање на чистом ваздуху. Зашто?

Ходање и лаке физичке вежбе убрзавају циркулацију и размену гасова у организму, спречавају атрофију мишића, стимулишу стварање гонадотропних хормона, посебно значајних хемијских материја које растварају крвне угрушке. Ходање се посебно препоручује старим особама које су, због артериосклеротичних промена на крвним судовима и повећане вискозности крви, више изложене ризику стварања крвног угрушка, као и женама после менопаузе. Од лакших спортова препоручује се пливање и лакше гимнастичке вежбе.

Дубоко дисање повећава сатурацију крви кисеоником, па отуда превентивно делује на спречавање пнеумонија лежећих болесника. Излагање сунцу је врло корисно за здрав организам, јер се под дејством ултравиолетних зракова провитамина D2 и D3, ергостерол и 7-дехидростерол претварају у D-витамин. Међутим, претерано излагање неприпремљене коже сунцу, поред опекотина доводи и до интоксикације организма, због разлагања D-витамина на токсичне материје. Будући да је дошло до значајног оштећења озонског слоја који се простира и на територију СРЈ, појачан је продор штетних зрачења, тако да је неопходно припремање коже и постепена адаптација на сунчеве зраке. Отуда се препоручује избегавање сунчања у периоду од 11 до 16 часова, у време најинтензивније ипсолације. Насупрот ранијим ставовима, нови подаци указују да умерено излагање сунчаним зрацима и хроничним болесницима може да буде корисно по здравље, јер стимулише еритропоезу и јача имуне снаге организма.

Рекреација је веома значајна и у психолошком смислу. Музика, уметност, читање, разговори са другима, омогућује потпунији одмор. Неопходно је наћи више времена да се породични, односно лични живот учини лепшим и креативнијим. Веома је добро имати неки хоби поред свакодневних обавеза, нарочито за старе или болесне особе. Рекреација ће помоћи да се сачувају везе са пријатељима, суседима, најближима, да се избегне усамљеност.

ЖИВОТНА ДЕМОНСТРАЦИЈА НЕГЕ НЕПОКРЕТНИХ И ОГРАНИЧЕНО ПОКРЕТНИХ ОСОБА

Здравствени радници су обавезни да своје знање из неге болесника пренесу на чланове породица или лица која негују болесне особе. Они то чине кроз различите видове обучавања, при чему је животна демонстрација основни део обуке. Она се увек спроводи у постојећим условима, на начин и са средствима која су тој породици доступна и могућа.

У зависности од врсте болести, здравственог стања и животног доба оболелог, указује се, пре свега, на потребу придржавања хигијенско-дијететског режима. На првом месту је лична хигијена целог тела, затим одржавање хигијене просторије у којој се налази болесник, проветравање, хигијенско уклањање екскрета и употреба дезинфекционих средстава, примена неких процедура, као што је, нпр. употреба назалне сонде, врста и начин исхране и друге мере, у зависности од случаја.

Изузетно је важно спречити декубитус, а то се постиже беспрекорним одржавањем хигијене постелине и личног рубља, посебно инконтинентних и хаектичних болесника. Посебна пажња се обраћа на предилекциона места за декубитус, а то су потиљак, лопатичнорамени део, секрум, лактови и пете. Коришћење помагала – гумени котурови и др. ублажава компресију на угроженим деловима тела. Неопходна је беспрекорна хигијена ових делова тела, нарочито аноректалне регије, уз редовну масажу алкохолом и засипање талком. Препоручује се и свакодневно излагање сунцу и свежем ваздуху, уклањање набора постеле и рубља, и редовно мењање положаја болесника у одређеним временским интервалима.

У зависности од обољења, болесник заузима принудни положај у постели, најчешће полуседећи, код кардиопулмоналне инсуфицијенције, затим специфични положаји код фрактура и остеодегенеративних оштећења, дренажни код бронхијектазије и др.

ЗНАЧАЈ РЕДОВНЕ КОНТРОЛЕ ХРОНИЧНИХ БОЛЕСНИКА

Редовна контрола здравља је једна од основних компонената савремене здравствене заштите. Код хроничних болесника она има посебну улогу и у терапијском смислу – третману појединих болести, нарочито ако су у питању такви поремећаји здравља који се на данашњем степену медицинских знања не могу дефинитивно излечити, већ само мање или више успешно лечити (хипертензија, дијабетес, хиперлипидемије, гојазност и сл.).

Успешним лечењем, у чему је прва фаза трајна – редовна контрола здравља, могу се превенирати неке од веома тешких и озбиљних компликација, као што су изненадни престанак рада срца, цереброваскуларна оштећења, улкусна крварења и акутне болне фазе и др. Редовне контроле здравља хроничних болесника обухватају и праћење примене морбитационих поступака, када се болеснику указује стручна помоћ ради смањења оштећења, а истовремено се врше неопходне припреме за промене у начину живота. По потреби се организује кућна нега болесника, обезбеђује се пријем на хоспитализацију и решавају се и многи други социјални проблеми везани за болест. Рутинске контроле здравља, као што је, нпр. мерење крвног притиска на пунктовима у месним заједницама, истуреним амбулантама, у покретним саветовалиштима, обезбеђују потребан увид у здравствено стање и пружање потребних здравствених савета и упутстава за даље лечење, а истовремено јачају активан став пацијента према својој болести.

Код тешких оштећења здравственог стања било би потребно едуковати чланове породице оболелих за примену основних мера кардиопулмоналне реакције.

У току целокупног тока збрињавања оболелих, од дијагностике, болничког или другог вида лечења, контроле здравственог стања, до рехабилитације, примењује се програмски организован



Слика 55. – Превенцијом против инвалидности – контролиште крвни притисак

здравственоваспитни рад оболелих и чланова њихових породица. Кроз индивидуалну или групну методу рада, писане информације, учешће масовних медија и друге облике рада, болесне особе и чланови њихових породица добијају потребне здравствене поуке и упутства о врстама дијете, примени лекова, упражњавању и поступном повећавању физичког тренинга и активности и др., међу којима је, без обзира на то о ком се обољењу ради, најважније одржавање нормалне телесне масе и одговарајућа исхрана, престанак пушења и континуирани дозирани физички тренинг.

У здравственоваспитном раду са хронично оболелим особама незаменљива је улога медицинских сестара и техничара. Своје активности они реализују у склопу процеса здравствене неге. Успех рада зависи од њихових стручних квалитета – не само медицинских него и педагошко-психолошких и вештина комуникације. Прва особа са којом се болестан човек сусреће и са којом ће најдуже бити у контакту јесте медицинска сестра.

Због тога се увек мора наглашавати озбиљност здравственоваспитног рада са болесницима и посебна морална одговорност здравствених радника. Заплашен,

брижан човек који трпи болове и друге неугодности, очекује од њих охрабрење, сигурност и заштиту. Одрасле особе очекују и имају потребу за здравственим радником који уме да комбинује мудрост и зрело расуђивање са практичним искуством. Вештина поучавања садржи способност и умеће јасних објашњења поткрепљених примерима, вештину заокруживања и сагледавање целокупног проблема болесне особе, чак и евентуалне импровизације на лицу места.

Али, пре свега, то треба да буде особа која је способна да прихвати и разуме друге, са максимумом обзира према њима као људским бићима која су у невољи. Све ово указује да је здравственим радницима, осим одговарајућег радног и животног искуства, потребно много воље и љубави за њихов позив. Да ли је то увек тако, пре свега је питање етике здравствених радника.

САРАДЊА СА СЛУЖБОМ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ И ДРУГИМ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИМ СЛУЖБАМА

Савремени приступ у борби против хроничних болести је условио појаву диспансеризације у многим медицинским дисциплинама. То је утицало да лекари терапеути, са својим тимовима, активније него до сада учествују и у превентивном раду – да посматрају болесника као целовиту личност, а не само епизоду неке болести, у контексту његове породичне и радне средине, да изађу из оквира здравствене установе у циљу бржег и ефикаснијег откривања и ублажавања дејства фактора ризика и да у том смислу активно сарађују са другим диспансерским и специјалистичким службама и осталим субјектима у заједници.

У овом раду, служба опште медицине је полазна и полазна и основна, јер специјалистичке амбуланте обухватају само извођење дијагностичких поступака и потребне терапијске процедуре већ оболелих лица.

Основна здравствена заштита кроз делатност опште медицине, уз наведене

мере дијагностике, праћења и лечења, остварује још и упознавање еколошких услова под којима живе и раде становници одговарајућег подручја. Упознају, такође, њихове навике и обичаје и стално раде на унапређивању здравствених прилика и здравља становништва. По себи се разуме да је здравственоваспитни рад на упућивању становништва у узроке и начин превенције појединих хроничних обољења, као и здрав начин живота, саставни, незаменљиви део свакодневне праксе.

Служба опште медицине најтешње сарађује са другим службама и диспансерима у области дијагностике, лечења и рехабилитације, нарочито са високоспецијализованим јединицама. Путем поливалентне патронажне службе организује се и прати лечење болесника у породичним условима, а кроз сарадњу са болесничким организацијама прате се лечења и отпуст болесника, како би се служба укључила у процесе рехабилитације.

Такође је неопходно спровођење функционалне дијагностике ради оцене радне способности болесника, како би се мерама рехабилитације остварило максимално оспособљавање оболелих за привредну и друштвену активност.

У нашим условима, подела рада између чланова тима морала би да буде изведена на начин који ће омогућити максимално учешће сваког члана посебно. Медицинска сестра која ради у картотеци потпуно је искључена из медицинских садржаја рада, не учествује чак ни у епидемиолошком сагледавању величине проблема. Према Д. Жигићу, „само је у општој медицини дозвољено да се стручност на сестринском нивоу погрешно користи“. Аутори би додали да је слична, ако не и гора ситуација са активношћу стоматолошких сестара, што је недопустиво.

Успостављање нове улоге медицинске сестре и њено враћање у медицинске садржаје рада представља основни организацијски проблем у општој медицини, а истовремено и начин за његово разрешавање.



31

СВЕТСКИ ДАН ЗДРАВЉА 1989

Здравствене поруке - ЗА ДЕЦУ...

1. НАУЧИ О СЕБИ
Научи како се твоје тело мења, расте и развија.
2. ОДРЖАВАЈ ХИГИЈЕНУ ТЕЛА
И ти си одговоран. Редовно се купај, пери зубе, чисти нокте, пери ноге.
3. ПРАВИЛНО СЕ ХРАНИ
Твоје тело мора да се развија и да расте. Једи воће и поврће редовно, избегавај да сувишне често једеш слаткише.
4. ПАЖЉИВО СЕ ИГРАЈ
Учи се да будеш пажљив у школи, за време игре, на улици нарочито. Ако будеш пажљив, избећи ћеш незгоде.
5. ДРУЖИ СЕ, СТЕКНИ ПРИЈАТЕЉЕ
Буди добар друг, покушај да се спријатељиш и са млађима и старијима од себе. Научи се да разговараш и да слушаш пријатеље и родитеље.
6. ЗАШТИТИ СВОЈУ ОКОЛИНУ
Учини колико год можеш да твоја кућа, улица, школа и околина буду уредна и свима пријатна и угодна за боравак.
7. НАУЧИ ДА КАЖЕШ „НЕ“
Ако се од тебе тражи нешто што ти не одговара, или то не одобраваш, реци слободно НЕ. Реци НЕ дрогама, пушењу.
8. ЛЕКОВИ
Не играј се са лековима. Узми само оно што ти дају родитељи, лекар или неки други здравствени радник.
9. ПРИРОДНА И СТЕЧЕНА ЗАШТИТА (ИМУНИТЕТ)
Тешке дечије болести спречавају се захваљујући вакцинама, то треба да знаш.
10. АКО СИ БОЛЕСТАН
Ако си болестан, реци то одмах родитељима или лекару. Треба да научиш како да заштитиш себе од болести, али и друге уколико си сам болестан.

Здравствене поруке - ЗА ОМЛАДИНУ...

1. ПРАВИЛНО ЈЕДИТЕ (СЕ ХРАНИТЕ)
Редовни и разноврсни оброци доприносе да и касније изгледате лепо и да будете здрави.
2. УЗИМАЈТЕ ДОВОЉНО ТЕЧНОСТИ
Обична вода и воћни сокови су добри за здравље. Избегавајте алкохол, вишеструко је штетан.
3. ПУШЕЊЕ?
Ако хоћете да будете здрави, немојте да пушите.
4. НАЋИТЕ ВРЕМЕ ЗА ОДМОР
Игре, музика, уметност, читање, разговор са другима, омогућају вам одмор и чине вас интересантном особом.
5. БУДИТЕ СТВАРАЛАЧКА ЛИЧНОСТ
Трудите се да будете „позитивна“ личност, мислите конструктивно. Уживајте у томе што сте млади.

**6. УПОЗНАЈТЕ СВОЈЕ
МОГУЋНОСТИ**

„Погледајте добро пре него што скочите“... Тренутна пенажа или необзидност могу да вам униште цео живот.

7. ОДГОВОРНА СЕКСУАЛНОСТ

Потрудите се да схватите и прихватите своје жеље, али обавезно прихватите и одговорност коју мора да има зрела особа.

8. СПОРТ ЈЕ ДОБАР ЗА ВАС

Бављење спортом доприноси да се боље осећате и да боље изгледате. Свако ко се бави спортом биће победник у односу на сопствено здравље.

9. ХОДАЈТЕ

И ходање је спорт који чува здравље.

10. ДРОГЕ

Дроге су као излет који се завршава смрћу. Будите сигурни и одлучни у њиховом одбијању.

Здравствене поруке – ЗА ЖЕНЕ...

1. ХРАНИТЕ СЕ ПРАВИЛНО

Исхрана је нарочито пажња за време трудноће и у периоду дојења. Узимајте довољно витамина и минерала.

**2. УЗИМАЈТЕ ДОВОЉНО
ТЕЧНОСТИ**

То значи најмање два литра течности дневно, нарочито воде. Алкохол може да буде посебно опасан за ваше будуће дете, ако сте gravidни.

3. ДУВАН?

Због вас лично, нарочито ако употребљавате орална контрацептивна средства, због ваше породице, због вашег детета које ће се тек родити, ПРЕСТАНИТЕ ДА ПУШИТЕ!

4. ХОДАЈТЕ

Ходање је врло здраво за вас. Настојте да шетате што чешће можете, нарочито после менопаузе.

**5. ОДВОЈТЕ ВРЕМЕ
САМО ЗА СЕБЕ**

Потрудите се да имате времена и за друге ствари у животу, осим за уобичајене свакодневне послове.

6. БУДИТЕ КОНСТРУКТИВНИ

Бити конструктиван у међусобним односима значи љубав и пажњу уз истовремено дељење одговорности. Осмех је најједноставнији начин повезивања људи.

**7. ПРЕДУЗМИТЕ МЕРЕ
ЗАШТИТЕ**

Планирајте своју породицу, одредите време за будуће дете, због свог личног здравља и здравља детета. Обратите пажњу на површивање у кући, нарочито ваше деце.

8. СЕКС

Уживајте у својим жељама. Учините све што можете за што стабилније односе са човеком кога волите и који вас воли.

9. СПОРТ

Спорт је добар за ваше физичко и ментално здравље.

10. ЛЕКОВИ

Немојте да узимате лекове по сопственом избору, већ само на начин и у количини коју је одредио ваш лекар.

Здравствене поруке – ЗА ОДРАСЛЕ...

1. ХРАНИТЕ СЕ ПРАВИЛНО

Важно је да знате како се храните, а нарочито када треба да престанете да једете.

**2. УЗИМАЈТЕ ДОВОЉНО
ТЕЧНОСТИ**

Потребно вам је најмање два литра течности дневно, нарочито воде. Не узимајте алкохолна пића никада док возите.

3. ДУВАН? Пушење није здраво и не чини вас привлачним.
4. ХОДАЈТЕ Хођајте више чешће и што више можете.
5. НАЂИТЕ ВРЕМЕНА ЗА СЕБЕ Нађите времена да свој породични живот учините лепшим, креативнијим и интересантнијим. Бавите се и другим активностима, поред свакодневних обавеза, имајте неки хоби.
6. БУДИТЕ ТОЛЕРАНТНИ Отвореност мишљења, добронамеран став и способност да се други саслуша, увек су бољи од сукобљавања. Осмех је најједноставније средство међусобног споразумевања.
7. БУДИТЕ ОПРЕЗНИ Будите посебно пажљиви приликом вођења, док шетате или радите у кући. Клоните се замора, будите опрезни.
8. СЕКС Не ступајте у сексуални однос са недовољно познатим особама у случајним сусретима. Ако то већ чините, користите обавезно презерватив.
9. СПОРТ Спорт је добар за ваше физичко и психичко здравље.
10. ЛЕКОВИ Не узимајте лекове по сопственом нахођењу, већ само на начин и у количинама које је одредио ваш лекар. Не заборавите да сте пример својој деци и млађима од вас.

Здравствене поруке – ЗА СТАРИЈЕ ОСОБЕ...

1. ХРАНИТЕ СЕ ПРАВИЛНО Једите мање, а чешће – по могућству разноврсне оброке. Потребно је да храна буде сиромашна мастима.
2. УЗИМАЈТЕ ДОВОЉНО ТЕЧНОСТИ Узимајте довољно течности, али избегавајте алкохолна пића.
3. ДУВАН? Никада није касно да прекинете да пушите. Дуван повећава ризик настанка срчаних обољења и рака.
4. ХОДАЈТЕ Шетња је један од најбољих начина да задржите добру физичку форму. Свеж ваздух је најбоље средство за јачање организма.
5. НАЂИТЕ ВИШЕ ВРЕМЕНА ЗА РЕКРЕАЦИЈУ Не кидајте везе са својом породицом, пријатељима, суседима. Запамтите – никада није касно да се нешто ново сазна и научи или да сами некога поучите.
6. БУДИТЕ ТОЛЕРАНТНИ Уколико сте особа добронамерна, весела и склона споразумевању, многи ће пожелети да се друже са вама.
7. БУДИТЕ ПАЖЉИВИ И ПРОМИШЉЕНИ Не пренагњујте у својим поступцима. Ваш живот и живот других људи зависе често од добро промишљених одлука.
8. СЕКС Годиш не ограничавају, уколико сте здрави, пун сексуални живот.
9. СПОРТ ЈЕ ДОБАР ЗА ВАС Физичке активности, с тим да нису превише напорне, помоћи ће вам да дуго сачувате добру физичку кондицију и повољно ће деловати и на ваше здравствено стање. Посебно се препоручују пливање и лаке гимнастичке вежбе.
10. ЛЕКОВИ Не претерујте са узимање лекова против несанице и лекова за смиривање. Употребљавајте само оне лекове које вам је преписао ваш лекар.