

Zbornik prispevkov
Četrty kongres šolske in visokošolske medicine Slovenije
Maribor, 16. in 17. september 2005

ZDRAVA MLADINA, NAŠA BODOČNOST!

ZDRAVA MLADINA, NAŠA BODOČNOST!

ZBORNİK PRISPEVKOV

**ČETRTI KONGRES ŠOLSKE IN VISOKOŠOLSKE MEDICINE SLOVENIJE
MARIBOR, 16. IN 17. SEPTEMBER 2005**

HEALTHY YOUTH, OUR FUTURE!

PROCEEDINGS

**OF THE FOURTH CONGRESS OF THE SLOVENIAN SOCIETY
OF SCHOOL AND UNIVERSITY DOCTORS**

**POKROVITELJ KONGRESA JE
MINISTER ZA ZDRAVJE MAG. ANDREJ BRUČAN, DR.MED.**

Organizator
Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino pri SZD



**Marisa Višnjevca Tuljak, Terezija Oven, Mojca Juričič, Jožica Mugoša,
Jože Šumak, Irena Kržišnik, Janja Scweiger Nemanič, Ksenija Goste,
Mira Cajnkar Kac, Ivan Kauzlarič, Eva Lovše Perger**

Soorganizator
Zdravstveni dom dr. A. Drolca Maribor
OE Varstvo žensk, otrok in mladine

**Leon Radolli, Branka Kvas Kučič, Marija Žiberna, Mojca Goršič Frank,
Marjana Stanko Flakus, Miroslava Pečnik Gerlec, Božena Kolar,
Tatjana Krajnik, Alenka Skačej, Polona Kajba Keršič,
Špela Žnidaršič Reljič, Anica Gaube**

Generalni pokrovitelj KRKA d.d.



Kazalo

1. 96 Let šolske medicine na slovenskem 96 Years of Slovenian School Medicine.....	6
Adolescentna ginekologija.....	8
2. Spolno vedenje srednješolcev Sexual behaviour of secondary-school students.....	8
3. Pelvična bolečina pri mladostnicah Pelvic pain among female adolescents.....	13
4. Spolno prenosljive bolezni pri mladih Sexual transmitted disease among adolescents and young people.....	21
5. Unapređenje reproduktivnog zdravlja učenika u osnovnim školama.....	22
Mentalno zdravje in šolar, študent.....	23
6. Mladi in nasilje.....	23
7. Kako do boljše samopodobe mladostnikov: projekt to sem jaz.....	24
8. Bolezni, stiske in odsotnost od pouka Diseases, distresses and school absences.....	26
9. Vpliv stresa na zobe in obzobna tkiva pri študentih univerze v Ljubljani.....	28
10. Osveščenost o duševnih boleznih v družini med študenti 1. in 4. letnika Univerze v Ljubljani; A survey on sources of information on mental diseases with 1 st and 4 th grade students in Ljubljana.....	29
11. Razširjenost droge med študenti.....	31
12. Razširjenost drog med gorenjskimi mladostniki The use of drugs among adolescents in region of gorenjska.....	36
Preventivni programi v šolskem in študentskem obdobju.....	37
13. Prevention of overweight - obesity; the Development of guidelines for school health services.....	37
14. Šolska medicina kot del javnega zdravja.....	38
15. Šolska preventiva na prepihu.....	45
16. Predlog akcijskega plana razvoja zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov na primarni ravni.....	50
17. Presejalni testi motenj rasti in prehranjenosti; ocena rasti in prehranjenosti šolarjev Assessment of schoolchildren growth and weight.....	54
18. Stanje prehranjenosti srednješolcev mariborske regije.....	63
19. Presejalni testi za odkrivanje motenj vida.....	68
20. Delež šolske mladine z motnjami ostrine vida, ugotovljen s presejalno in diagnostično metodo.....	72
21. Presejalni test za odkrivanje okvare sluha pri šolskih otrocih.....	79
22. Presejalni test golšavosti.....	83
23. Presejalni test slabe drža telesa.....	85
24. Presejalni test skolioze.....	90
25. Presejalni test za odkrivanje valgus in varus deformacije kolen.....	93
26. Zdravstvena vzgoja v okviru preventivnih pregledov mariborskega šolskega dispanzerja.....	94
27. Program za opuščanje kajenja proste roke-čista pljuča.....	101
28. Program vzgoje za zdravo spolnost Programme of sex education.....	102

1. 96 LET ŠOLSKE MEDICINE NA SLOVENSKEM 96 YEARS OF SLOVENIAN SCHOOL MEDICINE

As. mag. Mojca Juričič, dr. med., Medicinska fakulteta v Ljubljani, Katedra za javno zdravje- Higiena, Zaloška 4, Ljubljana mojca.juricic@mf.uni-lj.si
Tajnica Sekcije za šolsko in visokošolsko medicino pri SZD

IZVLEČEK

Prva organizirana šolska zdravstvena služba v Evropi je bila vzpostavljena v Belgiji (Bruselj - leta 1874), nato na Švedskem (1878), v Parizu (1879) in Lyonu (1880).

Ponosno lahko povemo, da na slovenskem beležimo organizirano zdravstveno varstvo šolarjev že od leta 1909, z zaposlitvijo dveh šolskih zdravnikov v Ljubljani. Njuno delo je obsegalo dvakrat letno obiskovanje šol in pregledovanje otrok glede vida, sluha, sposobnosti za telovadbo, nalezljivih bolezni ter šole kot prostora. Leta 1910 se je eden od njiju že udeležil kongresa šolskih zdravnikov v Parizu.

Šolska medicina, takrat imenovana šolska higiena je doživljala razcvet že med obema vojnoma. Ustanavljali so šolske poliklinike in uvajali zdravstvene kolonije za bolehe in slabše razvite otroke. V šolskih poliklinikah, kjer so šolski higieniki celostno skrbeli za otroke, so začeli delati tudi specialisti drugih vej medicine, posebej usmerjeni v šolsko populacijo: šolski okulisti, specialisti za ušesa, nos in grlo. V Ljubljani je bil na šolski polikliniki tudi antropolog, ki je prvi pričel sistematično spremljati rast in dinamiko rasti otrok.

Po drugi svetovni vojni se je nadaljeval razvoj stroke: leta 1956 smo dobili prve specialiste iz šolske higiene.

Leta 1969 so šolski zdravniki izdelali Strokovna navodila za delu službe za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine.

Leta 1973 se je pričel 4-letni program samostojne specializacije šolske medicine.

Leta 1981 je bila ustanovljena Sekcija za šolsko in univerzitetno medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu.

Temu razvoju so sledili tudi razvoji dispanzerjev za šolske otroke in mladino. Leta 1990, le v občinah z manj kot 1000 šolarjev, ni bilo šolskega zdravnika. Število specialistov šolske medicine se je v desetletju od 1980 do 1990 skoraj podvojilo od 46 na 83 specialistov.

Tudi študentska zdravstvena služba, se je s povečevanjem števila študentov, začela razvijati v drugi polovici prejšnjega stoletja. V začetku so izvajali le posamezne zdravstvene akcije: fluorografranje, urejanje študentske prehrane. Leta 1950 so pri Univerzi ustanovili študentski zdravstveni sklad in zdravstvena služba je dobila prve prostore. Leta 1964 so se pričeli redni sistematični pregledi v 1. in zadnjih letnikih študija.

Šolska medicina in študentska zdravstvena služba sta se razvijali glede na potrebe, medicinska dognanja in obolevnost šolarjev, študentov in mladih.

Šolska medicina je bila celo samostojna stroka, s posebno dejavnostjo - šolsko medicino.

Skrb za zdravje mladih je bila na zavidljivi ravni. Žal je šolska medicina kot samostojna stroka pri nas, v zadnjem desetletju, v samostojni Sloveniji, izgublja na veljavi in pristojnosti. Vendar problemi mladih so vedno večji, tudi na zdravstvenem področju. Niso več največji problem nalezljive bolezni, podhranjenost, slaba čistoča, ampak bolezni povezane z današnjim, vedno bolj onesnaženim okoljem in stresnim načinom življenja.

Slovenska sekcija za šolsko in visokošolsko medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu, skuša preživeti, organizirala je že tri kongrese in sedaj še četrtega in se je že pred desetimi leti aktivno vključila

v evropsko združenje za šolsko in univerzitetno medicino (EUSUHM) in leta 2003 prevzela pomembno in odgovorno nalogo in organizirala 12. evropski kongres z naslovom: Caring of Europe's Young Generation.

ABSTRACT

School medicine began evolving as a distinct medical discipline already in the mid-19th century and the first organized school medical services in Europe were instituted in Brussels (1874), through Sweden (1878), Paris (1878), and in Lyons (1880). As Slovenian school doctors we are proud of the fact that organised medical care of schoolchildren in our country was introduced already in 1909, when the first two school doctors were appointed in Ljubljana. Only a year later, in 1910, one of them attended the congress of school doctors in Paris.

From that time on Slovenian school medicine was developing according to the contemporary requirements, medical findings and discoveries and morbidity of youth. It was an independent professional field with a distinct activity - school medicine. Care for health of young people attained a remarkable level.

Regretfully, the current situation in this country makes us notice that in the last decade, when Slovenia became independent, the Slovenian school medicine has lost much of its status and competences - in spite of increasing problems of the young population, including the medical ones.

The Slovenian Section for School and University Medicine at the Slovenian Medical Association has already contributed to this endeavours by organizing already three and now the fourth congress, and by actively joining the European Union for School and University Health and Medicine (EUSUHM) ten years ago and has in year 2003 year taken over an important and demanding task of organising the 12th European congress entitled "Caring of Europe's Young Generation".

2. SPOLNO VEDENJE SREDNJEŠOLCEV SEXUAL BEHAVIOUR OF SECONDARY-SCHOOL STUDENTS

Doc. dr. Bojana Pinter, dr. med., spec. ginekologije in porodništva
SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana

Ključne besede: mladostniki, spolni odnos, kontracepcija, spolno prenosljive okužbe, kondom
Key words: adolescents, sexual intercourse, contraception, sexually transmitted infections, condom

IZVLEČEK

Izhodišča: Spolna aktivnost mladostnikov je povezana s tveganji prenosa spolno prenosljivih okužb, neželjeno nosečnostjo in neplodnostjo. Tudi nosečnost in porod mladostnic sta povezana z večjimi zdravstvenimi tveganji ter socialno-ekonomskimi posledicami za mati in potomca.

Metode: O spolnem vedenju slovenskih srednješolcev so do sedaj bile narejene štiri raziskave: raziskavi med ljubljanskimi srednješolci (1989 in 1994) in raziskavi na reprezentativnem vzorcu slovenskih srednješolcev (1996 in 2004).

Rezultati: Leta 1996 je bilo spolno aktivnih 38% sedemnajstletnikov, leta 2004 pa že 53%. Srednja starost ob prvem spolnem odnosu (mediana), se je znižala iz 18,5 let na 17 let. Povečala se je uporaba zanesljive kontracepcije: leta 1996 je kontracepcijske tablete uporabljalo 14% spolno aktivnih slovenskih srednješolk starih 17 let, leta 2004 pa 32%, kondom pa 60% (1996) oz. 49% (2004). Poznavanje kontracepcije in drugih spolno prenosljivih okužb, razen aidsa, je slabo. Spremenila se je medsebojna komunikacija: leta 1996 so bili najprimernejši vir informacij o spolnosti prijatelji in starši, leta 2004 pa strokovnjaki in različni viri. Delež deklet, ki navajajo homoseksualne spolne stike, je narasel iz 2,5% na 10%.

Zaključki: V zadnjem desetletju se je delež spolno aktivnih srednješolcev v Sloveniji zvišal, hkrati pa se je zvišala uporaba kontracepcijskih tablet; rabo kondoma je potrebno vedno znova spodbujati.

ABSTRACT

Background: Sexual activity of adolescents is related to risks of sexually transmitted infections, unwanted pregnancies and infertility. Pregnancy and delivery of adolescents are related to increased health risks and socio-economical consequences for adolescent mother and a child.

Methods: There have been done four studies on sexual behaviour of secondary-school students in Slovenia: sexual behaviour of Ljubljana secondary-school students (1989 and 1994) and sexual behaviour of secondary-school students in Slovenia (1996 and 2004).

Results: In 1996 there was 38% of sexually active secondary-school students aged 17 years and in 2004 the percentage increased to 53%. Median age at the first sexual intercourse decreased from 18.5 to 17 years. The use of effective contraception increased: in 1996 contraceptive pill was used by 14% sexually active secondary-school students aged 17 years and in 2004 by 32%; condom use was 69% (1996) and 49% (2004). Knowledge on contraception and other sexually transmitted infections, except aids, was low. A change in interpersonal communication was noted: in 1996 the most appropriate source of information were friends and parents and in 2004 professionals and different sources. The rate of girls with homosexual contacts increased from 2.5% to 10%.

Conclusions: In the last decade the rate of sexually active secondary-school students increased, and also the use of contraceptive pills increased. Condom use still has to be promoted.

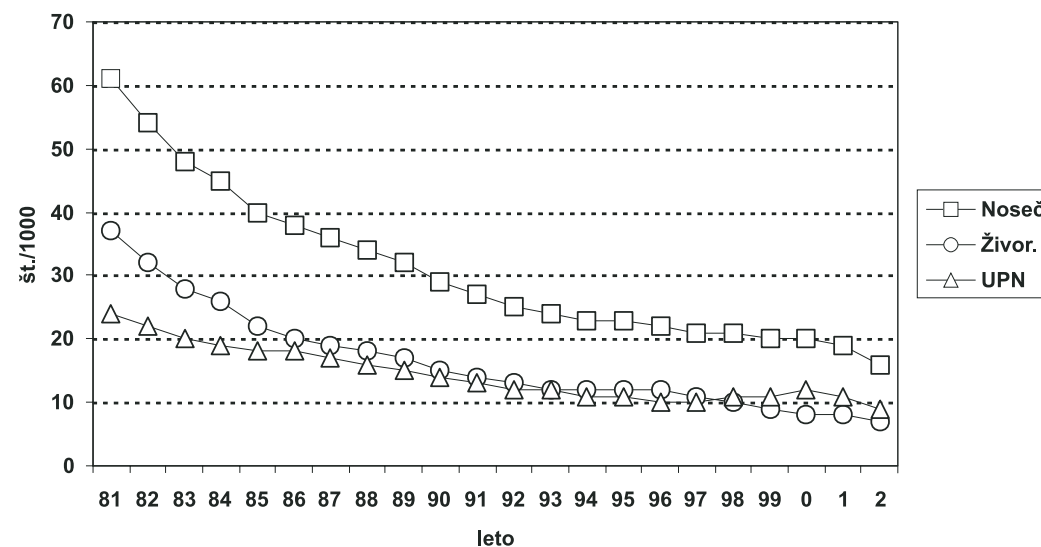
UVOD

Mladostniško obdobje je zaradi biološke in socialne nezrelosti zaznamovano z večjo ranljivostjo ob tveganih vedenjih, predvsem tistih, ki so povezana s prenosom spolno prenosljivih okužb ob spolnih odnosih in povezanih reproduktivnih posledic, kot sta neželena nosečnost in neplodnost (1). Tudi nosečnost in porod mladostnic sta povezana z povečanimi zdravstvenimi tveganji za mati in potomca, kot tudi z dolgoročnimi socialnimi in ekonomskimi posledicami za mlado mati, očeta in otroka (2-4). Zato je učinkovito varovanje spolnega in reproduktivnega zdravja mladostnikov zelo pomembno.

NOSEČNOST IN DOVOLJENI SPLAV PRI MLADOSTNICAH V SLOVENIJI

Število nosečih mladostnic v Sloveniji se v zadnjih dveh desetletjih vztrajno zmanjšuje. Leta 1981 je zanosilo 61/1000 mladostnic starih 15 do 19 let, od tega je rodilo 37/1000 mladostnic, dovoljeno splavilo pa 24/1000; leta 1992 je zanosilo 25/1000 mladostnic, od tega je rodilo 13/1000 mladostnic in dovoljeno splavilo 12/1000 (5). Po letu 2000 se delež neželenih nosečnosti med mladostnicami še zmanjšuje. Leta 2002 je tako zanosilo 16/1000 mladostnic, od tega je rodilo 7/1000 in dovoljeno splavilo 9/1000 mladostnic (diagram 1) (6,7).

Diagram 1: Delež zanositev (št. nosečnosti/1000 žensk), rodnost (št. živorojenih otrok/1000 žensk) in dovoljena splavnost (št. umetnih prekinitev nosečnosti – UPN/1000 žensk) med mladostnicami starimi 15-19 let v Sloveniji v letih 1981 – 2002.



V Sloveniji se je dovoljena splavnost v zadnjih petnajstih letih izrazito zmanjšala sicer v vseh starostnih skupinah, najhitreje pa v mladostniški starostni skupini (8). Po podatkih UNICEF-a in naših podatkih za leto 1996 je Slovenija po deležu umetnih prekinitev nosečnosti (UPN) med mladostnicami bila še vedno med slabšimi zahodnoevropskimi državami in med boljšimi vzhodnoevropskimi državami. Najnižji delež UPN med mladostnicami beležijo na Nizozemskem in v Belgiji, 4-5/1000 (4,9). Upadanje splavnosti med mladostnicami v Sloveniji po letu 2000 pa morda nakazuje ugodne trende pri nas tudi v prihodnosti.

RAZISKAVE SPOLNEGA VEDENJA SLOVENSkih SREDNJEŠOLCEV

Za oceno tveganja, ki so mu izpostavljeni mladi ob spolni aktivnosti, moramo vedeti, kdaj mladi začnejo s spolno aktivnostjo, kaj vedo o kontracepciji in spolno prenosljivih boleznih ter ali je njihov odnos do lastne spolne aktivnosti odgovoren. Podatki dosedanjih raziskav v Sloveniji kažejo, da več kot polovica mladostnikov začne s spolno aktivnostjo že v obdobju srednješolskega izobraževanja. Raziskava med ljubljanskimi srednješolci leta 1989 je pokazala, da je 55% osemnajstletnikov in 54% osemnajstletnic že imelo spolne odnose (10). V podobni raziskavi med ljubljanskimi srednješolci, izvedeni leta 1994, smo ugotovili, da je polovica srednješolcev že spolno aktivnih v starosti 17,5 let (11). Do leta 1996 pa nismo imeli podatkov, ki bi zajeli spolno vedenje srednješolcev na ozemlju celotne Slovenije. Zato smo spomladi leta 1996 izvedli raziskavo o spolnem vedenju na reprezentativnem vzorcu srednješolcev v Sloveniji, ki je bila del interdisciplinarne raziskave o dejavnih tveganja med slovenskimi srednješolci. Raziskavo smo izvedli med 4706 slovenskimi srednješolci v maju 1996. V tej raziskavi smo ugotovili da je pri starosti srednješolcev 17,2 let imelo spolne odnose že 38% srednješolcev. Srednja starost (mediana) pri prvem spolnem odnosu je bila 18,4 leta za dekleta in 19,0 let za fante. Ob spolnih odnosih so srednješolci najpogosteje uporabljali kondom (60%), kontracepcijske tablete (14%), prekinjeni odnos (4%), druge metode (3%), 19% pa jih ni uporabljalo nobene kontracepcije (12,13).

SPOLNO VEDENJE SLOVENSkih SREDNJEŠOLCEV, 2004

Spomladi leta 2004 smo izvedli reprezentativno raziskavo med 2380 slovenskimi srednješolci 1. in 3. letnikov v 48 naključno izbranih srednjih šolah. Podatke smo zbirali s pomočjo anonimnega anketnega vprašalnika s vprašanji o spolnem vedenju in uporabi kontracepcije, poznavanju kontracepcije in spolno prenosljivih okužb, virih informacij o spolnosti ter o stališčih mladih o spolnosti in neželenih posledicah le-te. Ugotovili smo:

- Zaljubljenih je bilo 90% vseh srednješolcev; 80% srednješolcev se je že poljubljalo, na zmenku jih je bilo le 73%, 69% jih je tudi že imelo izkušnje z božanjem, 48% pa s pettingom. Skoraj četrtina (23%) srednješolcev v 1. letniku je že imelo spolne odnose in 53% v 3. letniku, čeprav je po njihovem mnenju več njihovih vrstnikov spolno aktivnih (v 1. letniku domnevno 42% in v 3. letniku domnevno 59%).
- Od kontracepcijskih metod srednješolci po njihovem subjektivnem mnenju zelo dobro poznajo kondom (94%) in kontracepcijske tablete (73%), slabše pa urgentno kontracepcijo po spolnem odnosu (29%) in ostale metode. Večina srednješolcev pozna kot spolno prenosljivo okužbo aids (93%), ostale okužbe pozna manj kot tretjina srednješolcev. Ob tem je večina srednješolcev in srednješolk prepričana, da so o varni spolnosti nasploh dobro (66%), oziroma zelo dobro (27%) poučeni. Informacije o spolnosti je največ (44%) srednješolcev pridobilo iz več različnih virov, 15% od zdravstvenih delavcev, ostalo viri so manj pomembni. Da so zdravstveni delavci sicer najprimernejši vir informacij o spolnosti je mnenja 34% srednješolcev, 14% pa jih je mnenja, da naj bi bili to starši; 25% daje prednost različnim virom.
- Za prvi spolni odnos so se spolno aktivni srednješolci najpogosteje odločili iz ljubezni do partnerja (42%), pri slabi tretjini (28%) je do prvega spolnega odnosa prišlo slučajno.
- Pri prvem spolnem odnosu je kondom uporabilo 75% srednješolcev (74% 1. letnik, 75% 3. letnik), 7% parov je bilo zaščiteno s kontracepcijskimi tabletkami (6% 1. letnik, 7% 3. letnik) in 3% z kondomom in kontracepcijskimi tabletkami hkrati (4% 1. letnik, 3% 3. letnik); brez kontracepcije je bilo 9% srednješolcev (9% 1. letnik, 8% 3. letnik), ostali so uporabili druge metode. Pri zadnjem spolnem odnosu je bilo s kondomom zaščiteno 57% srednješolcev (65% 1. letnik, 49% 3. letnik), s kontracepcijskimi tabletkami je bilo zaščiteno 22% srednješolcev (11% 1. letnik, 32% 3. letnik) ter 5% z kontracepcijskimi tabletkami in kondomom hkrati (6% 1. letnik, 4% 3. letnik).

Sedem odstotkov (8% 1. letnik, 7% 3. letnik) ni uporabilo nobene kontracepcije, 4% prekinjeni odnos (3% 1. letnik, 4% 3. letnik), 2% varne dni (2% 1. letnik, 1% 3. letnik) in 4% drugo metodo (6% 1. letnik, 3% 3. letnik).

- Polovica srednješolcev bi v primeru možne neželene zanositve v prvih dneh po »nesreči« obiskala ginekologa (48%), četrtina bi naredila test na nosečnost (24%), 13% bi jih uporabilo urgentno kontracepcijo, 10% jih ne ve kaj storiti, 4% pa bi jih počakalo na menstruacijo.
- Splav kot izhod v sili odobrava polovica srednješolcev (47%), slaba petina (23%) splava sploh ne odobrava, 17% ga odobrava brez omejitev, 13% pa je neopredeljenih.
- Na vprašanje o privlačnosti oseb istega spola je 2% fantov in 6% deklet odgovorilo z »ne vem«, 3% fantov in 10% deklet pa se zaveda istospolne privlačnosti. Dva odstotka srednješolcev in 10% srednješolk je že imelo vsaj enkrat spolni stik z osebo istega spola.

RAZPRAVLJANJE

Primerjava raziskave o spolnem vedenju slovenskih srednješolcev iz leta 2004 s podobno raziskavo leta 1996 kaže, da je v spolnem vedenju srednješolcev prišlo do nekaterih sprememb v intimni komunikaciji. Če so se leta 1996 srednješolci najprej zaljubili, nato šli na zmenek, se kasneje začeli poljubljati, božati, čemur je sledil petting in kasneje spolni odnos, so se leta 2004 poljubljali še preden so bili na zmenku, ob katerem so se tudi že božali. Več srednješolcev je tudi spolno aktivnih. Leta 1996 je bilo spolno aktivnih 38% sedemnajstletnikov, leta 2004 pa že 53%. Srednja starost ob prvem spolnem odnosu (mediana), ko ima polovica mladih že spolne odnose, se je tako znižala iz 18,5 let na 17 let. Kljub neugodni večji spolni dejavnosti mladostnikov pa se ugodno večja uporaba zanesljive kontracepcije. Leta 1996 je kontracepcijske tablete uporabljalo 14% spolno aktivnih slovenskih srednješolk starih 17 let, leta 2004 pa 32% sedemnajstletnic, kar je verjetno vzrok že omenjenega ugodnega zmanjševanja deleža neželenih nosečnosti med mladostnicami. Pomembno je tudi, da je delež uporabe kondoma še vedno visok in da se je delež srednješolcev, ki ne uporabljajo kontracepcije, znižal z 19% leta 1996 na 7% leta 2004 (9,12,13). Vsekakor pa je nujno potrebno spodbujati t. i. dvojno zaščito: uporaba kondoma in hkrati druge zanesljive kontracepcije (npr. kontracepcijske tablete) ali pravilna in dosledna uporaba kondoma.

Zaskrbljujoče je slabo poznavanje kontracepcije in drugih spolno prenosljivih okužb, razen aidsa, kar je morda odsev odsotnosti sistematične spolne vzgoje v našem izobraževalnem sistemu. Na spremembo v medsebojni komunikaciji morda kažejo tudi podatki o najprimernejših virih informacij o spolnosti: leta 1996 so bili najprimernejši prijatelji in starši, leta 2004 pa strokovnjaki in različni viri, medtem ko je pomembnost prijateljev in staršev izrazito padla (12). Ali je sprememba odsev zavedanja srednješolcev, da imajo premalo znanja o spolnosti, ki bi ga lahko dobili od strokovnjakov, ali pa je motena komunikacija s prijatelji in starši? Preseneča tudi zviševanje deleža deklet, ki navajajo homoseksualne spolne stike: medtem, ko je delež fantov z homoseksualnimi spolnimi stiki enak leta 1996 in 2004 (2%), pa je delež pri dekletih narasel iz 2,5% na 10% (13). Morda je vzrok iskati v večji medijski popularizaciji homoseksualnosti, predvsem s strani predstavnic ženske popularne kulture.

ZAKLJUČKI

V zadnjem desetletju se je delež spolno aktivnih srednješolcev v Sloveniji zvišal, hkrati pa se je zvišala uporaba zanesljive kontracepcije, predvsem kontracepcijskih tablet. Uporaba kondoma je še vedno na zadovoljivi ravni, vendar pa je potrebno vedno znova spodbujati redno uporabo kondoma, samega ali hkrati z drugo zanesljivo kontracepcijo.

LITERATURA

1. World Health Organisation. Promoting the sexual and reproductive health needs and rights of adolescents. Progress in reproductive health research 2002;58:2-3.
2. Olausson PO, Cnattingius S, Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106:116-21.
3. Davis S. Pregnancy in adolescents. Pediatr Clin North Am 1989;36:665-80.
4. UNICEF. A league table of teenage births in rich nations. Innocenti Report Card 2001;3:1-32.
5. Pinter B. Varovanje reproduktivnega zdravja mladostnikov. In: Kako smo dosegli, da nam dojenčki ne umirajo več. Simpozij v počastitev 70-letnice akad. prof. dr. Lidije Andolšek - Jeras. 8. september 1999. Zbornik predavanj. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika. 1999:41-2.
6. Anon. Perinatalni informacijski sistem Slovenije. Primerjava podatkov med regijami in porodničnicami za leto 2002. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2004.
7. Anon. Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti v Sloveniji. Primerjava podatkov med zdravstvenimi zavodi in regijami za leto 2002. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2004.
8. Kirar Fazarinc I, Mihevc Ponikvar B, Rudolf A, Renar I. Dovoljeni splav in raba kontracepcije v Sloveniji. In: Pinter B, Pretnar-Darovec A (eds). Umetna prekinitve nosečnosti v Sloveniji. 1. spominski sestanek prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras, Ljubljana 19. november 2004. Ljubljana: SPS Ginekološka klinika Klinični center Ljubljana, 2004: 73-4.
9. Pinter B. Adolescent abortion in Europe. In: Bruni V, Dei M (eds). Pediatric and adolescent Gynecology. IX. European Congress of Pediatric and Adolescent Gynecology, Florence (Italy) December 2-5, 2002. Rome: CIC Edizioni Internazionali, 2003: 338-41.
10. Stražiščar K, Skubic H, Stojanovič D. Spolnost v adolescenci - znanja in predsodki. Zdrav Var 1990; 29: 41-4.
11. Pinter B, Andolšek L. Spolno vedenje ljubljanskih srednješolcev. Slov Pediatr 1995; 4: 13-6.
12. Pinter B, Tomori M. Spolno vedenje slovenskih srednješolcev. Zdrav Var 1998;37 (Suppl):133-6.
13. Pinter B, Tomori M. Sexual behavior of secondary-school students in Slovenia. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2000;5:71-6.

3. PELVIČNA BOLEČINA PRI MLADOSTNICAH PELVIC PAIN AMONG FEMALE ADOLESCENTS

Doc. dr. Milan Reljič, dr. med.

Ključne besede: akutna pelvična bolečina, kronična pelvična bolečina, adolescenca, dismenoreja

Key words: acute pelvic pain, chronic pelvic pain, adolescence, dysmenorrhoea

IZVLEČEK

Pri dekletih v adolescentnem obdobju je akutna, ciklična ali kronična pelvična bolečina eden izmed najpogostejših simptomov. Akutna bolečina je lahko znak bolezni, ki bolnico življenjsko ogroža, kot je to pri zunajmaternični nosečnosti, rupturi ovarijske ciste, torziji adneksov in pelvičnem vnetju. **Kronična in ciklična bolečina pa pomembno vpliva na kvaliteto življenja. Obravnava mladostnic s kronično pelvično bolečino zahteva multidisciplinarni pristop, saj so vzroki zelo različni. Če je le mogoče ugotovimo in zdravimo organske vzroke, kot so endometriozia, zarastline, pelvična kongestija in obstruktivne razvojne nepravilnosti. Poleg organskim je potrebno posvetiti pozornost tudi psihosocialnim vzrokom, kajti tudi ti pomembno vplivajo na zaznavanje in doživljanje bolečine.**

ABSTRACT

Pelvic pain is one of the most frequent presenting symptoms encountered by clinicians who care for female adolescents. Girls may present with acute pain or chronic or recurrent pain. Acute pain may represent a life-threatening situation and ectopic pregnancy, rupture of ovarian cyst, torsion of adnexae and pelvic inflammatory disease must be considered. For the young patient who presents with chronic pelvic pain, a multidisciplinary approach is essential to facilitate diagnosis and management. Whenever possible, organic disease such as endometriosis, adhesions, pelvic congestion and obstructive malformation should be identified and treated as indicated. Beside organic also psychosocial factors must be considered, because both may contribute to an adolescent's experience of pain.

UVOD

Dekleta v adolescentnem obdobju pogosto iščejo zdravniško pomoč zaradi akutnih, cikličnih, ali kroničnih bolečin v mali medenici. Kronična pelvična bolečina je vzrok za 10 % vseh obiskov pri ginekologu in 20% laparoskopij (1). V ZDA pa navaja različne oblike kronične pelvične bolečine (KPB) kar 12-15% žensk (2). Če upoštevamo še pogostnost akutne pelvične bolečine, o čemer zanesljivih podatkov še nimamo, pa lahko trdimo, da sodi pelvična bolečina med najpogostejše ginekološke simptome. Pomen bolečine v medenici ni le v njeni pogostosti. Akutna pelvična bolečina je lahko znak bolezni, ki bolnico življenjsko ogroža ali trajno poškoduje organe v mali medenici. Kronična bolečina pa pomembno vpliva na kvaliteto življenja. Obravnava teh bolnic je za zdravnika poseben izziv tudi zaradi njene kompleksnosti. Vzroki za bolečine v medenici so lahko zelo različni in izvirajo iz različnih organskih sistemov, zato je obravnava teh bolnic pogosto multidisciplinarna. Tak pristop pa mora biti usklajen in koordiniran, kar pa zahteva, da so zdravniki, vključeni v obravnavo teh bolnic, seznanjeni s patofiziologijo, diagnostiko in terapijo vseh možnih vzrokov pelvične bolečine. V tem prispevku bomo obravnavali pelvično bolečino, ki je posledica predvsem ginekoloških obolenj.

AKUTNA PELVIČNA BOLEČINA

Za akutno bolečino je značilen nenaden začetek in hitro stopnjevanje jakosti. Bolečina je lahko krčevita, ostra, zbadajoča ali topa. Pogosto je povezana z izrazitim avtonomnim refleksnim odgovorom: slabostjo, bruhanjem, znojenjem in nemirom. Akutno pelvično bolečino povzročajo mediatorji vnetja, ki se izločajo v visokih koncentracijah pri infekcijah, ishemiji ali kemičnem draženju.

Na osnovi značilnosti bolečine lahko sklepamo na njen vzrok. Hiter začetek bolečine je značilen za perforacijo votlega organa ali ishemijo. Količke ali močna krčevita bolečina je posledica krčenja mišic votlega organa, medtem, ko je bolečina, ki se širi po celotnem trebuhu posledica generalizirane reakcije na dražečo tekočino v trebušni votlini.

Najpogostejši ginekološki vzroki nenadne bolečine v mali medenici so pelvično vnetje, zunajmaternična nosečnost, torzija adneksov, ruptura ovarijske ciste in hemoragična cista rumenega telesa.

Tabela 1. Nekateri vzroki pelvične bolečine pri adolescentkah.

Akutna:

- pelvično vnetje
- zunajmaternična nosečnost
- torzija adneksov
- ruptura ovarijske ciste
- hemoragična cista rumenega telesca
- apendicitis
- gastroenteritis
- obstrukcija črevesja
- uroinfekt
- urolitijaza.

Kronična-ciklična:

- dismenoreja
- ovulacijska bolečina
- endometriozia
- obstruktivna razvojna nepravilnost Mullerjevih vodov.

Kronična-neciklična:

- endometriozia
- zarastline
- medenična kongestija
- sindrom iritabilnega kolona
- obstipacija
- vnetna črevesna bolezen
- netoleranca na laktozo
- urolitiaza
- mišičnoskeletna
- psihosomatska.

PELVIČNO VNETJE

Pelvično vnetje (PV) je vnetje maternice, jajcevodov, jajčnikov in okolišnjih struktur v mali medenici. Začne se z vnetjem materničnega vratu s spolno prenosljivimi mikroorganizmi kot so *C. trachomatis* in *N. gonorrhoeae*. To vnetje oslabi obrambno sposobnost materničnega vratu in omogoči vdor tudi ostalim mikroorganizmom iz spodnjega v zgornji genitalni trakt. Ker gre za spolno prenosljivo bolezen, je

PV pričakovati le pri mladostnicah, ki so spolno aktivne (3). Bolezen pogosto poteka asimptomatsko ali atipično. Najpogostejši simptom je bolečina v mali medenici, ki je lahko bolj izražena na eni strani. Začetek intenzivne bolečnosti je lahko nenaden, pogosteje pa se jakost bolečine povečuje postopoma in traja tudi teden dni preden bolnica poišče zdravniško pomoč. Poleg bolečine imajo bolnice pogosto povišano telesno temperaturo, znake vnetja spodnjega genitalnega trakta in urotrakta, izvenciklično krvavitev in slabost. Spodnji del trebuha je občutljiv na pritisk in pri draženju obstenske potrebušnice tudi pri odtegnitvi pritiska. V laboratorijskih izvidih so povišani parametri vnetja. To polimikrobno infekcijo zdravimo s kombinacijo antibiotikov, ki so usmerjeni proti vsem možnim povzročiteljem. Pri mladostnicah večina svetuje bolnišnično obravnavo in parenteralno antibiotično terapijo. Pri takšni obravnavi je manjša možnost posledic pelvičnega vnetja, kot so tuboperitonealna neplodnost, zunajmaternična nosečnost, ponavljajoča vnetja in KPB.

ZUNAJMATERNIČNA NOSEČNOST

Zunajmaternična nosečnost je nosečnost izven maternične votline, v 95% se nahaja v jajcevodu. Razvoj nosečnosti v jajcevodu po približno 4 tednih povzroči njegovo distenzijo. To je vzrok za enostransko bolečino v mali medenici, ki je sprva topa in manjše intenzitete. Klinična slika je nato odvisna od poteka bolezni. V primeru spontane resorbcije zunajmaternične nosečnosti težave postopoma izzvenijo. Najpogosteje pa krčenje jajcevoda deloma ali popolnoma iztisne nosečnost v trebušno votlino. V tem primeru postane bolečina sprva krčevita, nato začasno popusti in se ponovno pojavi topa bolečina, ki pa se lahko razširi tudi na celoten trebuh, kar je znak nevarne krvavitve v trebušno votlino. V primeru raztrganja jajcevoda pa naraščajoči topi bolečini sledi rahlo olajšanje in nato ponovno poslabšanje z znaki intraabdominalne krvavitve. Poleg bolečine je značilen še 6-8 tedenski izostanek menstruacije in manj izrazita izvenciklična krvavitev. Terapija je v glavnem kirurška z odstranitvijo prizadetega jajcevoda, redkeje se odločamo za medikamentozno zdravljenje z metotreksatom.

TORZIJA ADNEKSOV

Torzija jajčnika, jajcevoda ali celotnih materničnih priveskov je povzročena z zasukom teh struktur okoli svoje osi. Posledica tega je motnja v krvnem pretoku, zastoj krvi v venah in celo popolna prekinitev venskega in arterijskega krvnega obtoka v teh strukturah. To privede do edema in ishemije ter nekroze prizadetih organov. Najpogostejši bolezenski znak je enostranska bolečina v spodnjem delu trebuha, ki je pogostejša na desni strani. Značilnosti bolečine pa so lahko različne. V raziskavi, ki je zajela 135 bolnic z zasukom materničnih priveskov, jih je 21% navajalo izrazito močno bolečino, 37% topo bolečino, 42% pa poleg tope še ponavljajočo ostro bolečino (4,5). Težave začnejo nenadoma po nekaterih aktivnostih kot so dvigovanje, telesna vadba, spolni odnosi, itd. Poleg bolečine je pogosto prisotna še slabost, bruhanje in neješčnost. Spodnji del trebuha je občutljiv na pritisk in pogosto na odtegnitev pritiska. Pomembna je pravočasna diagnoza in operativno zdravljenje še preden nastanejo nepopravljive poškodbe, kajti le tako se izognemo odstranitvi prizadetih struktur.

RUPTURA OVARIJSKE CISTE IN HEMORAGIČNA CISTA RUMENEGA TELESKA

Večina cist, ki jih ugotovimo pri mladostnicah je funkcionalnih in spontano izginejo (6). Ovarijska cista, ki ni zasukana, vneta, ne raste hitro in njena vsebina ne izteka v trebušno votlino, ne povzroča nenadne bolečine. Najpogosteje povzroča težave hemoragična cista rumenega telesca. Nastane v lutealni fazi menstruacijskega ciklusa, se zaradi krvavitve v lumen ciste hitro poveča in zato povzroči topo bolečino. Če cista počne, je bolečina podobna kot pri rupturi zunajmaternične nosečnosti. Ostra bolečina nastane nenadoma in se nato lahko razširi na celotno trebušno votlino. Pri močnejši krvavitvi v trebušno votlino, se pojavi vrtoglavica in sinkopa. Bolezenski znaki pri razpoku endometriotične in

drugih benignih cist so podobni, le simptomov notranje krvavitve ni prisotnih. Terapija je pretežno konzervativna, le v primeru ogrožajoče krvavitve v trebušno votlino ali razpoka nekaterih benignih cist (dermoid) je potrebna operativna zaustavitev krvavitve in/ali odstranitev ciste.

CIKLIČNA BOLEČINA

Ciklična bolečina je bolečina, ki se vedno pojavi v določenem obdobju menstruacijskega ciklusa. Vzrok ciklične bolečine je skoraj vedno ginekološki, v adolescenci je to najpogosteje primarna dismenoreja in ovulatorna bolečina (6). Če je ciklična bolečina povezana s primarnim izostankom menstruacije, je potrebno pomisliti tudi na obstruktivno razvojno nepravilnost Mulerjevih vodov.

PRIMARNA DISMENOREJA

Primarna dismenoreja je boleča menstruacija brez patoloških sprememb na ginekoloških organih. V adolescenci je primarna dismenoreja zelo pogosta, saj večina epidemioloških študij navaja 60% prevalenco (6,7). Pojavi se 1-2 leti po menarhi, ko postanejo ciklusi ovulatorni, kajti nastane kot posledica povečane endometrijske sinteze prostaglandinov, ki je izrazitejša v sekretorno spremenjeni maternični sluznici (8). Povečana sinteza prostaglandinov povzroča, da je tonus maternice višji z visokimi amplitudami kontrakcij, kar privede do zmanjšanega pretoka krvi v maternici. Bolečina se pojavi nekaj ur pred ali tik pred menstruacijo in traja lahko tudi 48-72 ur. Značilna je krčevita suprapubična bolečina in bolečina v križnem delu, ki lahko izžareva v sprednji del stegna. Poleg bolečine je pogosta slabost, bruhanje, glavobol, driska in celo omedlevica. Najprimernejše zdravljenje primarne dismenoreje je z inhibitorji sinteze prostaglandinov, kot sta naproksen in ibuprofen. Z nekajdnevno terapijo je potrebno pričeti tik pred ali na začetku simptomov in jemati zdravilo na 8 ur. Pri mladostnicah, ki želijo tudi zaščito pred zanositvijo je terapija izbora kontracepcijske tablete, saj je uspešna v kar 90 % (9). Če je zdravljenje s temi zdravili neuspešno, je potrebno opraviti laparoskopijo in druge preiskave ter izključiti organski vzrok dismenoreje.

SEKUNDARNA DISMENOREJA

Dismenorejo, ki je posledica patoloških sprememb v mali medenici imenujemo sekundarna dismenoreja. Ta je v adolescentnem obdobju redkejša v primerjavi s primarno, kajti običajno se pojavi šele več let po menarhi. Najpogostejši vzroki so endometrioza, adenomioza, obstruktivne razvojne nepravilnosti maternice in vložek v maternični votlini. Mehanizmi nastanka bolečine so različni in še ne dokončno pojasnjeni. Tudi pri sekundarni amenoreji, naj bi pomembno vlogo imela prekomerna sinteza prostaglandinov ali hipertonične kontrakcije maternice zaradi obstrukcije v materničnem vratu, prisotnosti struktur in tujkov v maternični votlini. Suprapubična krčevita ali topa bolečina se pojavi 1-2 tedna pred menstruacijo in traja še nekaj dni po koncu menstruacijske krvavitve. Zdravljenje je potrebno usmeriti proti vzroku boleče menstruacije, kajti terapija s hormonskimi kontracepcijskimi tabletami in nesteroidnimi antirevmatiki je veliko manj uspešna.

OVULACIJSKA BOLEČINA

Bolečino povezano z razpokom jajčnikovega folikla v času ovulacije imenujemo ovulacijska bolečina. Povzroča jo majhna količina krvi in folikularne tekočine bogate s prostaglandini, ki se sprosti v trebušno votlino med razpokom folikla. Bolečina je rahla in zmerna ter hitro spontano izzveni. Obsežnejša krvavitev iz počenega folikla je možna le pri motnjah koagulacije.

KRONIČNA PELVIČNA BOLEČINA

Kronična pelvična bolečina (KPB) je aciklična bolečina v mali medenici, ki traja vsaj 6 mesecev. Lahko je topa, ostra, pekoča ali zbadajoča in zelo različne jakosti. Ne glede na značilnosti in jakost pa pomembno vpliva na kakovost družinskega socialnega in poklicnega življenja bolnic. Vzrok za pelvično bolečino v adolescenci je organski, neorganski ali multifaktorialni. Na zaznavanje in doživljanje bolečine vplivajo tako organski kot neorganski dejavniki, zato je za razlago KPB najprimernejša biopsihosocialna teorija (6). Ta upošteva, da poleg bolečinskih dražljajev na zaznavanje in doživljanje bolečine pomembno vpliva tudi psihično stanje bolnice in socialni dejavniki. To razlagajo tudi s fiziološkimi mehanizmi, kajti različni nevrohumoralni modulatorji, kot so prostaglandini, vazoaktivni intestinalni peptidi in endorfini lahko pomembno spreminjajo prenos bolečinskih živčnih dražljajev na periferiji in v hrbtenjači (10). V hrbtenjači se dražljaji ne samo prevajajo do možgan, temveč se z mehanizmom »vrat« tudi ekscitirajo, inhibirajo, konvergirajo in sumirajo. Zaznavanje bolečine modificirajo tudi nevrotransmiterji v možganih kot so norepinefrin, serotonin, GABA in endorfini. Različna področja možganja pa pomembno vplivajo na senzorični odgovor na bolečino, kot tudi njeno čustveno doživljanje (10). Doživljanje bolečine je zato kompleksno in odvisno od številnih dejavnikov, ki jih je potrebno upoštevati pri obravnavi bolnic s KPB. Pomembno je poleg socialnim in psihološkim dejavnikom posvetiti pozornost tudi somatskim vzrokom KPB, ki pa so lahko zelo različni: ginekološki, gastroenterološki, urološki, nevrološki in mišično-skeletni. Med ginekološkimi so v adolescenci najpogostejši endometrioza, zarastline v mali medenici in pelvična kongestija.

ENDOMETRIOZA

Endometrioza je pojav endometrija ali endometriju podobnega tkiva zunaj maternične votline. Odkrijemo jo pri 38-46 % adolescentk, ki tožijo zaradi KPB (11-13). Najpogosteje se pojavi v obliki vsadkov, vozličev ali cist po potrebušnici male medenice, jajčnikih, jajcevodih in maternici. Endometriotične spremembe so na površini ali pa segajo globoko pod potrebušnico med različne organe. Te povzročajo rahlo okolišnje vnetje, pritiskajo na živčne končiče in izločajo prostaglandine E in F2 alfa, kar je lahko vzrok za močne bolečine tudi pri minimalni brezbarvni endometriozni (14). Bolečina je ciklična ali aciklična, pogosto je prisotna dismenoreja in disparevnija (15). Pri endometriozni rektovaginalnega septuma je jakost bolečine odvisna od globine sprememb, sicer pa ni povezave med lokalizacijo in obsežnostjo endometrioze ter izraženostjo bolečin (16). Endometrioza pa vedno ne povzroča težav, saj jo kar pri 30-50 % bolnic odkrijemo naključno. Simptomatsko endometrioza je potrebno zdraviti kirurško in/ali medikamentozno. V adolescenci je terapija usmerjena v lajšanje težav in ohranjanje plodnosti. Prednost dajejo medikamentozni terapiji z oralnimi kontraceptivi, gestageni in analogi hormona sproščevalca gonadotropinov. V primeru neuspeha hormonske terapije pa svetujejo laparoskopsko evaluacijo in odstranitev ali elektrokoagulacijo endometriotičnih žarišč (15).

ZARASTLINE

Zarastline v trebušni votlini so lahko posledica pelvičnega vnetja, endometrioze, vnetja slepiča, operativnih posegov, itd. Odkrili so jih pri 13-60% bolnic s KPB, vendar menijo, da vedno ne povzročajo težav in niso vzrok KPB (11). Bolečina je običajno neciklična in se stopnjuje pri spolnih odnosih in fizični aktivnosti. V 90% je lokalizirana na področju zarastlin, vendar ni povezave med obsežnostjo, lokalizacijo in čvrstostjo zarastlin ter jakostjo bolečine. Mehanizem njenega nastanka ni popolnoma pojasnjen. Domnevajo, da bolečino povzročajo zarastline z omejevanjem gibljivosti in obstrukcijo črevesja ter natezanjem struktur v mali medenici. Terapija je kirurška in po odstranitvi zarastlin lahko pričakujemo izboljšanje v 60-90% (17, 18). Boljši uspeh zdravljenja so ugotovili pri odstranitvi čvrstih

zarastlin s črevesja in bolnicah, ki niso bile anksiozne, depresivne in niso imele drugih somatskih simptomov (19,20).

MEDENIČNA KONGESTIJA

Kongestija pomeni čezmerno napolnjenost tkiv s krvjo zaradi prevelikega dotoka ali motenega odtoka krvi. Pelvično kongestijo po mnenju Taylorja povzroča emocionalni stres, ki preko disfunkcije avtonomnega živčnega sistema povzroči spazem gladke miškulature in kongestijo ovarijskih in uterinih ven (21). Pri bolnicah s KPB in pelvično kongestijo je pri transuterini venografiji pogosto opaziti zapoznelo odtekanje kontrasta iz uterinih in ovarijskih ven, vendar tudi to ne pomeni jasne vzročne povezave s KPB, kajti podobne znake so opazili tudi pri asimptomatskih nosečnicah in ženskah po porodu. Na Ginekološki kliniki v Ljubljani so pelvične varice ugotovili pri 10,7% žensk laparoskopiranih zaradi KPB (11). Tipični znaki so topa bolečina v spodnjem delu trebuha in križu, sekundarna dismenoreja in disparevnija. Bolečina je najbolj izražena od ovulacije do konca menstruacije. Terapija KPB pri medenični kongestiji se zelo razlikuje in obsega od hormonalne supresije, hormonske kontracepcije, dolgotrajne aplikacije gestagenov do embolizacije pelvičnih ven in odstranitve maternice.

PSIHOSOCIALNI DEJAVNIKI

Vzrok KPB je lahko tudi psihosomatski in je posledica akutne psihične travme ali kroničnega stresa (6). Zelo pogosto se v literaturi kot vzrok neorganske-funkcionalne KPB navaja telesna in spolna zloraba (22). Mladostnice v adolescentnem obdobju so še posebno dovzetne za somatizacijo psihičnih težav, kajti v tem obdobju pride do velikih telesnih, miselnih in osebnostno socialnih sprememb. Večjo pozornost posvečajo telesnim spremembam in zaznavam, ta pozornost pa se ob prisotnosti stresa še poveča. Način reagiranja in premagovanja stresa pomembno vpliva na razvoj psihosomatskih simptomov. Bolj dovzetne za somatizacijo so mladostnice, ki se s stresom ne soočijo aktivno, temveč ostanejo pasivne. Sposobnost premagovanja stresa je odvisna tudi od socialnega okolja, urejenosti osnovnih življenjskih pogojev in spremljajočih neugodnih življenjskih okoliščin, kot so ločitev staršev, smrt v družini, itd.

S psihološkim testiranjem bolnic so ugotovili, da ima kar 50% bolnic s KPB tudi značilno psihopatologijo, predvsem anksioznost in depresijo (23). Te so lahko vzrok KPB ali pa se pojavijo kasneje in podaljšujejo simptome. Vzroki KPB se prepletajo zato je težko odkriti kaj je vzrok in kaj posledica, vendar obravnava in zdravljenje psihičnih težav privede do uspešnejšega zdravljenja tudi organske KPB.

OBRAVNAVA BOLNIC S KPB

Že na začetku obravnave mladostnic s KPB je potrebno usmeriti pozornost na odkrivanje in odpravljanje vseh možnih vzrokov in dejavnikov, ki vplivajo na zaznavanje in doživljanje bolečine. S tem pristopom so dosegli veliko boljše rezultate, kot z obravnavo le somatskih vzrokov KPB (24).

Podrobna anamneza je ključnega pomena pri ugotavljanju vzrokov bolečine v mali medenici. Pomembno je, da bolnica opiše lokacijo, morebitno izžarevanje bolečine, intenzivnost in ostale njene značilnosti, navede dejavnike, ki stopnjujejo ali blažijo bolečino, kot so menstrualni ciklus, stres, delo, telesna aktivnost in spolni odnosi. Ginekološka anamneza zajema podatke o spolni aktivnosti, izpostavljenosti spolno prenosljivim povzročiteljem, starosti ob prvi menstruaciji, rednost menstrualnega ciklusa, prejšnjih zdravljenj in nosečnosti, kontracepciji in družinski anamnezi ginekoloških težav. Anamnezi sledi klinični pregled trebuha, ledveno križnega dela, rektalni in ginekološki pregled. Osnovne laboratorijske preiskave zajemajo kompletno krvno sliko, določanje hitrosti sedimentacije eritrocitov, koncentracije C-reaktivnega proteina, tumorskega označevalca Ca-125, beta-hCG, in pregled urina. Glede na ugotovitve se bo zdravnik odločil še za dodatne diagnostične postopke, npr gi-

nekološki ultrazvok, laparoskopijo in bo po potrebi pritegnil k sodelovanju specialiste drugih strok (kirurga, urologa, gastroenterologa, ortopeda, nevrologa, psihologa, psihiatra).

Pri odkrivanju ginekoloških vzrokov moramo najprej izkoristiti neinvazivne diagnostične metode. Ginekološki ultrazvočni pregled je zelo uporaben, saj je njegova pozitivna napovedna vrednost 92,4% (25). Slabša je negativna napovedna vrednost, ki je 60%, kar pomeni, da je potrebno v primeru normalnega UZ izvida odsotnost patologije potrditi še z laparoskopijo. Laparoskopija je najzanesljivejša diagnostična metoda, saj z njo odkrijemo tudi do trikrat več organskih sprememb, ki so lahko vzrok za KPB, kot pa samo z metodami neinvazivne diagnostike (11). Številni avtorji menijo, da je diagnostični postopek brez laparoskopije nepopoln, vendar je potrebno upoštevati, da je to invazivna preiskava, ki zahteva bolnišnično obravnavo in ni brez nevarnosti zapletov. Laparoskopija pa ni samo diagnostična metoda, saj omogoča tudi operativno zdravljenje. Pri 21-40 % žensk tudi z laparoskopijo ne ugotovimo vzroka KPB (11, 26). Tudi v teh primerih poseg ni bil zaman, kajti po ugotovitvah Elcomba s sodelavci ima pozitiven psihološki učinek (27).

Zdravljenje KPB je usmerjeno k odpravljanju vzrokov. Tudi če vzroka ne odkrijemo je smiselno mladostnicam lajšati bolečine z nesteroidnimi antirevmatiki in različnimi ukrepi, kot so gretje trebuha, ukrepi za ureditev prebave in fizična aktivnost. Pomembno je bolnicam pojasniti vse možne vzroke, vključno s psihosomatskimi dejavniki, jih obravnavati z razumevanjem in empatijo ter jim nuditi ustrezno psihično podporo.

LITERATURA

- 1) Brown RT. Chronic pelvic and lower abdominal pain. In Dramasis V, Ratnam SS (eds): clinical approach to paediatric and adolescent gynaecology. Singapore, Oxford university press, 1998, p 148.
- 2) Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, et al. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996;87:321-327.
- 3) Banikarim C, Chacko MR. Pelvic inflammatory disease in adolescents. *Adolesc Med Clin* 2004;15:273-85.
- 4) Pfeifer SM, Gosman GG. Evaluation of adneksal masses in adolescent. *Pediatr Clin North Am* 1999;46:573-92.
- 5) Lee RA, Welch JS. Torsion of the uterine adnexa. *Am J Obstet Gynecol* 1967;97:974.
- 6) Hewitt GH, Brown RT. Acute and chronic pelvic pain in female adolescents. *Medical Clin North Am* 2000;84:1009-1005.
- 7) Klein JR, Litt IF. Epidemiology of adolescent dysmenorrhoea. *Paediatrics* 1981;68:661.
- 8) Wiqvist NE, Lindblom B, Wilhelmsson L. The patho-physiology of primary dysmenorrhoea. *Res Clin Forums* 1979;1:47-54.
- 9) Chan WY, Dawood MY. Prostaglandin levels in menstrual fluid of nondysmenorrheic and dysmenorrheic subjects with and without oral contraceptive or ibuprofen therapy. *Adv Prostaglandin Tromboxane Res* 1980;8:1443-1447.
- 10) Bonica JJ. The management of pain: biochemistry and modulation of nociception and pain. In: Loeser JD, Chapman CR, Fordyce WE, eds. *The management of pain II*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990:95-121.
- 11) Domazet Fink D, Kobal B. Vloga laparoskopije pri odkrivanju vzrokov kronične pelvične bolečine. *Zdrav Vestn* 2003;72:Supl II:139-42.
- 12) Goldstein DP, de Cholnoky C, Leventhal JM, et al. New insights into the old problem of chronic pelvic pain. *J Paediatric Surg* 1979;14:675-80.
- 13) Vercellini P, Fedele L, Arcaini L. Laparoscopy in the diagnosis of chronic pelvic pain in adolescent women. *J Reprod Med* 1989;34:827-30.
- 14) Vernon MV, Beard JS, Graves, et al. Classification of endometriotic implants by morphologic appearance and capacity to synthesize prostaglandin F. *Fertil Steril* 1984;46:801-806.
- 15) Attaran M, Gidwani GP. Adolescent endometriosis. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2003;30:376-390.
- 16) Ferrante FM. Pain treatment in endometriosis and chronic pelvic pain. *Clin Cons Obs Gynecol* 1995;7:170-176.

- 17) Duffy DM, diZerega GS. Adhesion controversies pelvic pain as cause of adhesion, crystalloids in preventing them. J Reprod Med 1996;41:19-26.
- 18) Saravelos H, Li TC, Cooke ID. Adhesions and chronic pelvic pain: a review. Contemp Rev Obstet Gynaecol 1995;7:72-8.
- 19) Steege JF, Scott AL. Resolution of chronic pelvic pain after laparoscopic lyses of adhesions. Is J Obstetric Gynecol 1991; 165:278-283.
- 20) Peters AAW, Trimpos-Kemper GCM, Admiral C, et al. A randomized clinical trial on the benefit of adhesiolysis in patients with intraperitoneal adhesions and chronic pelvic pain. Br J Obstet Gynecol 1992;99:59-62.
- 21) Taylor HC. Pelvic pain based on vascular and autonomic nervous system disorder. Am J Obstet Gynecol 1954;67:1177-1196.
- 22) Walling MK, Reiter RC, O Hara MW, et al. Abuse history and chronic pain in women. I. Prevalence of sexual abuse and physical abuse. Obstet Gynecol 1994;84:193-199.
- 23) Howard FM. The role of laparoscopy in the evaluation of chronic pelvic pain: pitfalls with a negative laparoscopy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1996;4:85-93.
- 24) Peters AAW, van Dorst E, Jellis B, et al. A randomized clinical trial to compare two different approaches in women with chronic pelvic pain. Obstet Gynecol 1991;77:740.
- 25) Ozaksit G, Caglar T, Zorlu CG, et al. Chronic pelvic pain in adolescent women: diagnostic laparoscopy and ultrasonography. J Reprod Med 1995;7:500.
- 26) Porpora MG, Gomel V. The role of laparoscopy in the management of pelvic pain in women of reproductive age. Fertil Steril 1997;68:765-79.
- 27) Elcombe S, Gath D, Day A. The psychological effects of laparoscopy on women with chronic pelvic pain. Psychol Med 1997;27:1041-1050.

4. SPOLNO PRENOSLJIVE BOLEZNI PRI MLADIH SEXUAL TRANSMITED DISEASE AMONG ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE

*Daniilo Maurič, dr. med., specialist ginekologije in porodništva
Dispanzer za ženske, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor,
Vošnjakova 2-4, 2000 Maribor*

IZVLEČEK

Današnje generacije mladostnikov prej biološko dozori, zato se mladi danes tudi prej odločijo za spolne odnose. Zaradi samopotrjevanja in dokazovanja pred vrstniki, se mladi pogosto odločajo za spolne odnose brez ustreznega predznanja o morebitnih posledicah takšne spolnosti. Pogosto se rizičnemu spolnemu obnašanju (odnosi brez zaščite, menjavanje partnerjev...) pridruži še eksperimentiranje z alkoholom in drogami, agresivnost in celo mladostniški kriminal. Takšno neodgovorno in rizično spolno vedenje, ki mu poleg neznanja in neizkušenosti botruje tudi brezbržnost in občutek neranljivosti, pa je lahko vzrok prezgodnjim in neželenim nosečnostim, splavom in spolno prenosljivim boleznim (SPB). Spolno prenosljive bolezni so danes eden najresnejših javnozdravstvenih problemov v Evropi. Mlada dekleta, ki začno zgodaj spolno živeti so bolj dovzetna za SPB zaradi imunološke in biološke nezrelosti materničnega vratu. Neodkrite in nezdravljene SPB lahko resno ogrozijo njihovo zdravje, zdravje njihovih kasnejših partnerjev in celo zdravje njihovih otrok. Čeprav imajo mladi danes lažji dostop do informacij o spolnosti (Internet, revije za mlade, predavanja, knjige...), pa še vedno malo vedo o SPB in metodah kontracepcije. Dekleta so sicer v teoriji nekoliko bolje podkovana, vendar je dostikrat v praksi njihovo spolno vedenje bolj rizično, kot pri fantih. Zato je potrebna nenehna vzgoja in izobraževanje mladih o posledicah neodgovorne spolnosti s strani zdravstvenih delavcev. Spolno aktivni mladini je potrebno omogočiti redne preventivne preglede, zgodnje odkrivanje SPB in zdravljenje obeh (vseh) partnerjev.

5. UNAPREĐENJE REPRODUKTIVNOG ZDRAVLJA UČENIKA U OSNOVNIM ŠKOLAMA

Juhović-Markus V., Koder-Krištof I., Danić-Kojić M.
Zavod za javno zdravstvo grada Zagreba, Hrvatska

Spolno prenosive bolesti i neplanirane trudnoće zbog proširenosti i posljedica predstavljaju javno zdravstveni problem adolescenata a posljedica su rizičnih spolnih ponašanja. Zato je spolno ponašanje u adolescentnom razdoblju važan činitelj reproduktivnog zdravlja u kasnijem životu.

Rezultati istraživanja koje smo proveli 2001. g. o znanju o spolnosti i spolnom ponašanju zagrebačkih srednjoškolaca pokazali su: a) da je znanje manjkavo, na pet od deset pitanja više od polovine ispitanika nije dalo točne odgovore; b) visok je **postotak rizičnih seksualnih ponašanja učenika u svim školama**; često mijenjanje partnera, neredovito korištenje sredstava zaštite, seksualni odnosi pod utjecajem alkohola i droge. **Posebno se to odnosi na učenike trogodišnjih škola koji su pokazali najniže znanje, najveći postotak rizičnih seksualnih ponašanja a istovremeno su spolno najaktivniji.**

Uz porast broja seksualno aktivnih u trećim razredima, te porast rizičnih seksualnih ponašanja rastu i zdravstveni problemi vezani uz seksualnu aktivnost.

Cilj rada je prikazati preventivne aktivnosti tri tima školske medicine koje su provedene u školskoj godini 2004/05 u 15 osnovnih škola grada Zagreba. Preventivne aktivnosti čiji je cilj unapređenje reproduktivnog zdravlja namjenjene su učenicima osmih razreda i njihovim nastavnicima, i to za učenike: predavanja i radionice, a za nastavnike predavanja.

Predavanjima o SPB (spolno prenosive bolesti) i HIV/AIDS-u obuhvaćeno 972 (93,8%) učenika osmih razreda. Nakon predavanja učenici su anonimno anketirani. Rezultati su: 89% učenika već su ranije slušali/čitali o SPB i AIDS-u ; 11,1% učenika smatra da tema nije zanimljiva. Kao izvor informacija o SPB i AIDS-u na prvom mjestu je škola, potom slijedi TV, liječnik, roditelji, omladinski tisak, prijatelji i internet. Od anketiranih učenika 82,1 % smatra da HIV pozitivni učenik treba pohađati redovnu nastavu. Potpuno normalno prema zaraženom učeniku odnosilo bi se 24,7% anketiranih, normalno ali s malo većim oprezom 65,4%, a izbjegavalo bi ga potpuno 9,5 % anketiranih učenika.

Radionica „Prijenos zaraze HIV-om-Rukovanje“ sa evaluacijom je provedena u 36 razreda (90% od planiranih). Učenici su ocijenili sadržaj ocjenom 3,9, osobni doprinos sa 3,6 i vođenje sa 4 (na skali od 1 do 5).

Znanje učenika o HIV/AIDS-u provjereno je anketom od 6 pitanja. Najviše točnih odgovora (94,5%) bilo je na pitanje: Može li osoba koja izgleda zdrava biti zaražena HIV-om? Najmanje točnih odgovora (67,7%) bilo je na pitanje: Može li se osoba zaraziti HIV-om ubodom komarca?

Za nastavnike je održano šest predavanja o HIV/AIDS-u nakon kojih je provedena anketa. Rezultati su: 95,7% nastavnika ocijenilo je sadržaj predavanja vrlo dobro i odlično ; za 84,3% nastavnika predavanje je primjenjivo u njihovoj daljnjoj praksi. Na pitanje koje su najprimerenije metode rada školskog liječnika u zdravstvenom odgoju učenika nastavnici su na prvo mjesto stavili radionice, a potom slijede rad u malim grupama, predavanja i tribine.

Rezultati anketa i zainteresiranost učenika i nastavnika pokazuju da takve programe usmjerene na povećanje znanja, promjenu stavova i prevenciju rizičnih ponašanja vezanih za reproduktivno zdravlje s naglaskom na SPB i HIV/AIDS treba provoditi već u osnovnoj školi.

Mentalno zdravlje in šolar, študent

6. MLADI IN NASILJE

Prof dr. Martina Tomori, dr.med. Psihiatrična klinika Ljubljana, Medicinska fakulteta, Zaloška 29, Ljubljana

Otrok se z nasiljem različnih oblik srečuje v svoji družini, širšem socialnem okolju in v medijih. Če je prikrajšan za druge čustvene in razvojne spodbude, je mogoče, da se v poteku svojega razvoja tudi sam v določenih okoliščinah vede nasilno in da ta vzorec vedenja ponese še v svoje odraslo življenje. Nasilje v družini je lahko odločilen škodljiv vir motenj v razvoju otrokove osebnosti. Družina, ki pri otroku razvija sposobnost zdrave uveljavitve, samospoštovanja in dejavnega obvladovanja problemov in preizkušenj, zmanjšuje možnost, da bi se otrok in kasneje mladostnik zatekal k nasilju, kadar svojih teženj in potreb ne bi zmožl uveljaviti na tvoren in ustvarjalen način. Z različnimi nasilnimi in sovražnimi vzorci vedenja se otrok neposredno in posredno srečuje tudi v svojem zunajdružinskem socialnem okolju. Izpostavljenost medijskim sporočilom o nasilju lahko pri otroku razvije občutja ogroženosti, ali pa mu daje vzore za to, da je nasilje sprejemljivo sredstvo za samouveljavitev ali obvladovanje medosebnih in drugih težav. Nekateri otroci so za nasilje v medijih še posebno sprejemljivi. Nasilno vedenje mladih ima lahko različno funkcijo in motivacijo: lahko je znak premagovanja lastnega strahu, obvladovanje občutja ogroženosti, istovetenje z napadalcem, način iskanja ugodja in zadoščenja, nadomestilo za pomanjkljivo samospoštovanje, poizkus samopotrditve, impulzivni odziv na prizadetost ali povzemanje meril in vedenjskih vzorcev subkulture. V razvoju in oblikovanju nasilnega vedenja imajo pomembno vlogo tudi sociokulturna pričakovanja, spol otroka in učinek psihoaktivnih snovi, še posebno alkohola. Za razvijanje učinkovite strategije preprečevanja nasilniškega vedenja mladih moramo dobro poznati psihodinamiko tega vedenja in si tudi ne smemo zakrivati pogleda pred pomenom vedenja odraslih in socialnimi vplivi, ki jih ustvarjamo in dopuščamo mi vsi.

7. KAKO DO BOLJŠE SAMOPODOBE MLADOSTNIKOV: PROJEKT TO SEM JAZ

Mag. Damjana Podkrajšek, dr. med., spec. šolske medicine, damjana.podkrajsek@zzv-ce.si

Nuša Konec Juričič, dr. med., spec. socialne medicine,

Mag. Tadeja Kopač Vidmar, univ. dipl. ekon.

Kenija Lekić, univ. dipl. novinarka

Petra Šafran, univ. dipl. sociologinja

Prim. dr. Ivan Eržen, dr. med., spec. epidemiolog

Vsi: Zavod za zdravstveno varstvo Celje, Ipavčeva 18, 3000 Celje

Na celjskem Zavodu za zdravstveno varstvo že 5. leto razvijajo mladinski projekt promocije zdravja, katerega najpomembnejši del je zelo obiskana spletna svetovalnica, v kateri je v 4 letih 30 strokovnjakov različnih specialnosti odgovorilo že na več kot 7000 vprašanj mladih iz vse Slovenije.

Na osnovi potreb slovenskih mladostnikov smo leta 2000 zasnovali projekt To sem jaz in pika. Gre za mladinski preventivni projekt, ki pomaga spodbujati samopodobo mladih in premagovati stiske, s katerimi se srečujejo med odraščanjem v družbi tveganj.

Projekt smo razvili za mlade in z upoštevanjem njihovih sugestij. Vanj smo povezali strokovnjake različnih specialnosti (medicina, šolstvo, sociala, psihologija), ki jih družijo poklicno poslanstvo – delo z mladimi. Uspelo nam je narediti projekt, ki ga podpirajo Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport ter Zavod za zdravstveno zavarovanje RS, nekateri župani v celjski regiji in drugi donatorji.

Projekt teče na dveh nivojih: na spletni strani in po 75 šolah po vsej Sloveniji.

Za spletno stran www.tosemjaz.net smo januarja 2005 prejeli 1. nagrado Izidor za spletno odličnost. Na omenjeni spletni strani je objavljenih skoraj 280 strani avtorskih tekstov na naslednje zdravstveno-vzgojne teme: ljubezen in spolnost; samopodoba; zdrava prehrana; telesna dejavnost; telesna samopodoba, telesna teža in motnje hranjenja. Najpomembnejši del spletne strani je spletna svetovalnica. Vanjo je vključenih 30 spletnih svetovalcev, ki delajo brezplačno. V 4 letih so odgovorili na 7000 vprašanj najstnikov. Vsa njihova vprašanja, vsa mnenja vrstnikov in vsi odgovori svetovalcev so dosegljivi na forumu omenjene spletne strani.

Samo v zadnjem letu dni je spletna stran www.tosemjaz.net zabeležila skoraj 110 tisoč obiskov, na njej pa je bilo prebranih več kot 123 tisoč poučnih strani s kakovostnimi vsebinami o ljubezni in spolnosti, samopodobi in zdravi prehrani. Spletno stran v povprečju obišče več kot 300 uporabnikov na dan. To pomeni približno 10 tisoč obiskov mesečno.

Drugi del projekta To sem jaz teče na šolah po vsej Sloveniji. Zavod za zdravstveno varstvo Celje priredi vsako leto v novembru 3 celodnevne seminarje za 90 učiteljev v projekt prostovoljno vključenih šol. Pripravi tudi vedno nove avtorske delavnice na temo samopodobe, pisna gradiva za njihovo izvedbo ter vzgojne materiale (razglednice, plakate, zloženke) na isto temo. To uporabijo učitelji za delo z najstniki. Na osnovi na seminarju pridobljenih novih znanj in veščin izvajajo po šolah vse šolsko leto različne dogodke (razredne ure, delavnice, naravoslovne dneve, roditeljske sestanke, tematske učne ure). Ob koncu šolskega leta naredijo učitelji pisno evalvacijo dogodkov. To upoštevamo za načrtovanje razvoja projekta v naslednjem šolskem letu.

Rdeča nit vsega dogajanja v projektu je dobra samopodoba najstnikov, saj je le-ta najboljša preventiva pred tveganji, ki se ponujajo našim najstnikom med odraščanjem v začetku 3. tisočletja ter zagotovilo za srečo, ki jo iščejo.

VIRI:

1. Podkrajšek D, Lekić K, Kopač Vidmar T. To sem jaz. In to potrebujem. Rezultati anketiranja mladih celjske regije o problemih odraščanja. In: Mladostnik in zdravje. Tretji kongres šolske in visokošolske medicine Slovenije. Zdrav Var 2001; Suppl 1 223-8.
2. Podkrajšek D. Mladi ga potrebujejo: projekt promocije zdravja To sem jaz. In: Inštitut za razvijanje osebne kakovosti, Ljubljana 2002, zbornik mednarodne konference Pozitivno samovrednotenje kot učinkovita preventiva pri delu z mladimi
3. Podkrajšek D, Konec Juričič N, Eržen I, Lekić K. Spletno komuniciranje kot sredstvo za zapolnitev prostega časa mladih: spletna stran www.tosemjaz.net. In: Društvo za srce Ljubljana 2003: Preprečimo odvisnosti, zapolnimo vrzeli; 150-9.

8. BOLEZNI, STISKE IN ODSOTNOST OD POUKA DISEASES, DISTRESSES AND SCHOOL ABSENCES

Prim. Jožica Mugoša, dr. med, spec. šolske medicine
ZD Sežana, Šolski dispanzer, Partizanska 24, 6210 Sežana

IZVLEČEK

Šola in šolske obveznosti so za otroka in mladostnika, v obdobju najintenzivnejšega biološkega in sociokulturnega razvoja, breme, ki ga glede na lastno odpornost ali ranljivost in psihofizično zmogljivost različno premaguje.

Analiza podatkov šolske zdravstvene službe, kaže, da je zdravstvena kondicija šolarja vse slabša. Pogostnost obiskov v šolskih ambulanzah je zaradi akutnih (največ respiratornih) bolezni, okvar, poškodb in vse več zaradi nediferenciranih stanj- simptomov kot posledica psihofizičnih stisk.

Bolezni in stanja vplivajo na prisotnost pri pouku in so lahko vzrok ali posledica neuspeha in straha. V šolskem letu 2004-2005 smo spremljali odsotnost od pouka na dveh osnovnih šolah in srednji šoli ter obiske učencev in dijakov v šolskem dispanzerju v Sežani. Nad 92 procentna prisotnost pri pouku glede na celotni fond ur ne deluje zaskrbljujoče. Pri analizi podatkov, pa so odsotnosti kratke (ure ali dnevi), ponavljajoče, časovno sovpadajo z obiskom v šolski ambulanti – obdobje testov, ustnih preverjanj, večjih fizičnih športnih naporov in v obdobjih epidemij. Iskanje lastnih opravičil, zatekanje v bolezni in dejanska zboleznost zahtevajo celostni, timski, interdisciplinarni pristop učencem v stiski.

Z dekompenzacijo varovalnih dejavnikov in procesov se povečujejo negativni vplivi okolja na prirojene in pridobljene karakteristike razvoja in zdravja.

Mladim je treba ustvariti zdravju prijaznejše okolje in šolo, ki bo manj stresna in starosti primerna. Za doseg te ciljev je potrebna medsebojna povezanost vseh resorjev, ki kreirajo zdravstveno, šolsko, socialno in zaposlitveno politiko, kar šolski zdravniki danes pogrešamo.

ABSTRACT

School and school obligations are for children and adolescents in the period of the most intensive biological and socio-cultural development a burden against which they defeat differently according to their resistance and psychophysical abilities.

Analysis of data provided by school health service shows that health physical fitness of schoolchildren is becoming worse. Frequency of visits in school clinics is increasing due to acute (mostly malfunctions and injuries) and there are more visits to doctors due to unidentified symptoms as consequence of psychophysical distresses. Diseases and symptoms themselves influence the presence of pupils attending class lessons and they can be a cause or a consequence of failure and fear.

In school year 2004/05 we were monitoring, in two elementary schools and in high school, absences from class periods as well as students' visits in school clinic in Sežana. Over 92% of presence at class regarding the entire fund of hours doesn't seem to be disturbing. The analysis of data shows that absences are short, repetitive and visits of school clinic timely coincide with the periods of school testing, oral checking, physical sport efforts and epidemic diseases.

Students' search of their own apologies and real diseases demand integrated and team guided approach to students in distress.

With non compensation of protective factors and processes increase negative environmental impacts on inborn and gained characteristics of personal development and of health.

It is necessary to create kinder environment and school that would be less stressful and more age suitable. To achieve these goals, mutual connection of all participants that create medical, educational, social and employment policy is necessary. School physicians really miss that.

9. VPLIV STRESA NA ZUBE IN OBZOBNA TKIVA PRI ŠTUDENTIH UNIVERZE V LJUBLJANI

Maja Puklavec Ferjančič, dr. dent. med. ; maja.pf@siol.net
Zdravstveni dom za študente Univerze v Ljubljani
Aškerčeva 4
Ljubljana

Ključne besede: stres, bruksizem, okluzalna opornica

V populaciji študentov se iz leta v leto pojavlja več težav z zobmi in obzobnimi tkivi, ki so posledica stresa. Pacienti stiskajo zobe in z njimi škripajo. To so parafunkcionalni podzavestni gibi, ki jih žvečne mišice opravljajo ponoči, med predavanji, med učenjem, nekateri pa stiskajo zobe tudi ob fizičnem naporu.

Prvi znak stiskanja zob je skleninski in včasih celo dentinski defekt tik nad dlesnijo na ličnih straneh premolarjev, podočnikov in prvega molarja. Kasneje pa se pojavijo bolečine v čeljustnem sklepu, v žvečnih mišicah, vsi zobje bolijo in skelijo, ter pogosto postanejo majavi.

Pri pacientih, ki škripajo z zobmi, je poleg zgoraj naštetih znakov prisotna tudi obraba okluzalnih vrškov zob. Ta se najprej pokaže na zgornjih podočnikih, nato na premolarjih in molarjih zgornje in spodnje čeljustnice..

Pogosto spremembe na zobeh in obzobnih tkivih, ki jih povzroča stres, odkrijemo povsem naključno. Pri populaciji študentov jih opazimo ob prvem obisku v naši zobni ordinaciji (1. stomatološki pregled) ali pa na sistematskem zobozdravstvenem pregledu.

Redkeje pacienti pridejo v zobozdravstveno ordinacijo prav zaradi težav, ki jih povzroča stiskanje in škrtanje z zobmi.

Takoj, ko opazimo prve znake teh parafunkcionalnih mišičnih aktivnosti, začnemo s terapijo. Razbremeniti moramo zobe zgornje in spodnje čeljusti. To naredimo s snemno okluzijsko opornico ali pa specialist ortodont z ortodontskim aparatom, ko je poleg stresa za takšne gibe vzrok tudi ortodontska malformacija.

Snemno okluzijsko opornico naredi naš zobotehnik iz trdega akrilata, pacient pa z rednim nošenjem le-te prepreči nadaljne poškodbe zob, obzobnih tkiv in čeljustnega sklepa. Kadar pa so posledice stresa zelo obsežne, pacienta odvadimo parafunkcionalnih gibov s snemno okluzijsko opornico in nato oskrbimo s protetičnimi izdelki.

10. OSVEŠČENOST O DUŠEVNIH BOLEZNIH V DRUŽINI MED ŠTUDENTI 1. IN 4. LETNIKA UNIVERZE V LJUBLJANI; A SURVEY ON SOURCES OF INFORMATION ON MENTAL DISEASES WITH 1ST AND 4TH GRADE STUDENTS IN LJUBLJANA

Nada Kastelic, dr. med.
Zdravstveni dom za študente Univerze v Ljubljani, Aškerčeva 4,
Gaj Vidmar, univ. dipl. psih.
Medicinska fakulteta v Ljubljani

IZVLEČEK

Na našem oddelku za zdravje študentov Univerze v Ljubljani (Slovenija) opravljamo redne sistematične preglede študentov v prvem in četrtem letniku njihovega študija.

Rutinske ankete vsebujejo nekaj vprašanj o družinski anamnezi. Eno od teh je: Ali je duševna bolezen v družini prisotna?

Med pogovorom sem pogosto opazila nepoznavanje bolezni, žalost in obup. Navadno so ob tem študentje prvič govorili o svojih čustvih in težavah.

Zato sem študentom, ki imajo v družini duševno bolezen, zastavila dodatno anketo. Slednja vsebuje vprašanja o njihovi osveščenosti o bolezni, kdo jim je posredoval kakršnokoli informacijo, oziroma kdo bi jim jo moral posredovati.

Rezultati bodo predstavljeni statistično in grafično.

Ker v Sloveniji narašča število družinskih zdravnikov, ki edini govorijo z vsemi družinskimi člani, je morda tukaj možnost, da z ustrezno informacijo olajšamo življenje posredno prizadetim družinskim članom.

ABSTRACT

In our department for student health of University in Ljubljana, Slovenia, we regularly do systematical cheking for all students in the first and fourth class of study.

A routine questionnaire contain some questions about family anamnesis. One of them is a question about mental diseases. Frequently when I asked more precisely about that I notice unknowledge, dispair, cry and sadness. Usualy at that time they talk about their feelings and difficulties for the first time.

I decided to add an aditional questionnaire to all students who have positive family anamnesis of mental diseases. This questionnaire contain questions about their knowledge about their relatives diseases, who gave them any information about that, with whom they want to talk about.

The results will be statistically and graphically presented.

In Slovenia we have a project to move from GP for adult to family doctors. There is perhaps a possibility to change some ordinary practision.

Better knowledge about diseases. between family members can make their life little easier.

1. Spol
 - m
 - ž
2. Koliko ste bili stari, ko se je pojavila duševna bolezen v družini ?
 - manj kot 10 let
 - med 10-20
 - več kot 20
3. Bolezen v družini:
 - depresija
 - manija
 - shizofrenija
 - neopredeljena psihoza
 - samomor
4. Kdo od družinskih članov je bil ali je bolan ?
 - starši (mama, oče)
 - sorojenci (brat, sestra)
 - stari starši
5. Ali vam je kdorkoli razložil o bolezni vašega družinskega člana ?
 - da
 - ne
6. Kdo vam je dal informacije o bolezni ?
 - eden od staršev (zdravi)
 - eden od staršev (bolni)
 - sorodnik
 - zdravnik
 - drugi
7. Kako bi večje znanje o duševni bolezni vplivalo na vas ?
 - nič ne bi bilo drugače
 - bilo bi mi lažje
 - bilo bi mi še težje
8. Kdo vam bi moral dati ustrezna pojasnila ?
 - starši
 - zdravnik
 - sorodniki
 - drugi

11. RAZŠIRJENOST DROGE MED ŠTUDENTI

Mag. Jasmina Skočir, dr. med. spec. med. dela

ZD dr. A. Drolca Maribor, Dispanzer za zdravstveno varstvo študentov Maribor

Ključne besede: študent, prepovedana droga, anketa, preventiva

Key words: student, forbidden drugs, poll, drug abuse, drug abuser - "junky"

IZVLEČEK

Uporaba drog med mladimi v našem prostoru se povečuje in postaja del vsakdanjika. To je v večini posledica spremenjenih družbenih razmer – brezposelnost, globalizacija potrošniških vzorcev, itd. V Sloveniji je malo raziskav o vzorcih uporabe drog. V tej nalogi sem s pomočjo ankete ugotavljala razširjenost uporabe prepovedane droge med študenti Univerze v Mariboru.

Da bi imeli čim manj odvisnikov bo potrebno še več preventivnega dela na vseh nivojih

ABSTRACT

Drug abuse among youth in uor region is increasing and is becoming a part of everyday life. Changes in social relations are main cause for increased drug abuse – high unemployment, globalization, consumer habits, etc. In Slovenia only few researches are done about drug abuse. In my research projrct, I used opinion poll to find out how much drug abuse is spread among students at the University of Maribor. Better education and prevention has to be done to reduce drug abuse.

UVOD

Uporaba drog med mladimi se v našem prostoru povečuje in postaja vedno bolj sprejemljivo socialno dejstvo, če ne celo – v nekaterih krogih – vedenjska norma in del vsakdanjika. Vse to se dogaja hkrati s tem, ko se informiranost mladih o drogah povečuje. To je v večini posledica družbenih okoliščin, ki so se začele pojavljati že v 70. in 80. letih. Med take značilnosti štejemo:

Razkrajanje tradicionalnih moralnih avtoritet

Vplive globalizacijskih procesov na področja komunikacij, transporta, tržišča

Poudarek bolj na potrošnji kot proizvodnji ter globalizacijo potrošniških vzorcev

Spreminjajočo se naravo zaposlitvenih karier; obdobja zaposlenosti in nezaposlenosti,

Zaposlenost ni več nikomur zagotovljena, vedno bolj so pomembne večkratne prekvalifikacije tekom posameznikovega delovnega obdobja

Povečano hitrost življenja, novo oblikovanje odnosov med posamezniki in institucijami, preoblikovanje odnosov med razredi in spoloma.

Vse to vpliva na spreminjanje položaja adolescenta in narave mladosti. Obdobje adolescence se podaljšuje, hkrati pa se razkrajajo meje med mladostjo in odraslostjo. Le-ta se vse bolj odmika v prihodnost, obenem pa ni več nujno razumljena kot dokončno in nespremenljivo stanje. Scenarij odraščanja postaja vse bolj nepredvidljiv, kar v splošnem obremenjuje odraščanje z močnejšimi občutki negotovosti, odmika obdobje ustalitve s prevzemom tradicionalnih odgovornosti (družina, otroci, delo) v nejasno bodočnost. Tovrstni socialni moratorij postane za vedno večjo skupino mladih prostor eksperimentiranja in povečanje obsega tveganj, ki jih morajo tekom odraščanja prevzemati. Uporaba drog pomeni eno od teh tveganj.

V Sloveniji imamo razmeroma malo ustreznih raziskav o spreminjajočih se trendih in vzorcih uporabe drog. V letu 1998 sta bili dokončani dve taki raziskavi: ena je raziskovala uporabo drog med dijaki

prvih razredov srednjih šol v Ljubljani (Dekleva, 1998a), druga pa mlade uporabnike plesnih drog, predvsem ekstazija (Dekleva, 1998b).

NEKAJ O DROGAH

Z besedo "droga" označujemo vsako snov, ki je rastlinskega, živalskega ali rudninskega izvora, in jo uporabljamo v naravni obliki ali pa z njo pripravljamo sestavljena zdravila. Droge so torej po prvotni opredelitvi predvsem naravne zdravilne surovine, ki jih lahko uporabljamo kot začimbo (poper, cimmet, vanilija...), poživila (kava, čaj, kakav...), ali pa so namenjena uporabi v kozmetiki (eterična olja, maščobe, voski...). Šele v zadnjem času z izrazom "droga" označujemo nekatere rastlinske surovine, snovi, sintetična in polysintetična zdravila ter druge kemične snovi, ki spreminjajo človekovo duševno stanje in s tem normalno delovanje in obnašanje ljudi. Zloraba drog pomeni dolgotrajno in nekontrolirano jemanje vse večjih količin teh snovi, ki so glede na učinek in posledice (številne telesne in duševne okvare) označene kot "prepovedane droge". V strokovni literaturi so te snovi znane kot "mamila in psihotropne snovi".

Mamila so snovi, ki z delovanjem na osrednje živčevje ublažijo bolečino, omrtvijo in uspavajo; so torej snovi, ki imajo omamni ali opojni učinek (opij, heroin, kodein, metadon...).

Psihotropne snovi nimajo omamne, ampak nasprotno učinke – poživila, halucinacije. So snovi, ki delujejo na človekovo duševnost oziroma povzročajo določene duševne spremembe. Lahko so naravne ali sintetične. Med psihotropne snovi uvrščamo kanabis (marihuano, hašiš), stimulanse (kokain, kofein, nikotin, amfetamine, metamfetamin, "ecstasy"..) in halucinogene snovi (LSD, DMT, DOM, DET, psilocibin...).

Prepovedana droga so vse tiste vrste mamil, katerih proizvodnja je prepovedana, izjemoma v določenih primerih (npr. strogo nadzorovana uporaba za medicinske, veterinarske, raziskovalne namene).

Prekursor je predhodna sestavina za prepovedane droge. Praviloma so povsem legalne kemikalije, ki jih uporabljamo v kemiji in farmaciji.

"Designer" droge so snovi, ki jih izdelujejo v laboratoriju in ne vsebujejo naravnih substanc. Njihovi učinki so načrtovani (poživitev ali povzročanje halucinacij). Proizvajajo jih v ilegalnih laboratorijih, zato je učinek na organizem nepredvidljiv.

Toksikomanija je želja in potreba po uporabi raznih snovi, ki vsebujejo strupe. Toksikoman je torej oseba, ki je z čezmerno uporabo postala odvisna od mamil ali psihotropne snovi, vključno z dovoljenimi.

Odvisnost od mamil in psihotropnih snovi je lahko psihična in fizična. Psihična je značilna za jemanje vseh vrst mamil in psihotropnih snovi. Je lažja od fizične, je začetna faza odvisnosti, ne povzroča abstinenčnih težav. Fizična odvisnost nastopi pri jemanju le nekaterih vrst mamil npr. opijati in njegovi derivati (heroin). Kaže se kot stanje prilagoditve telesa na snov.

METODE RAZISKAVE IN NAMEN

V svoji raziskavi sem želela ugotoviti predvsem razširjenost uporabe prepovedane droge med študenti Univerze v Mariboru. Zanimalo me je tudi katero drogo uživajo (naštela sem samo nekaj najpogostejše omenjenih), v kateri starosti so se prvič srečali z njo in kako pogosto jo uživajo. Prav tako me je zanimalo ali obstaja povezanost med uporabo drog in smerjo študija, kraja bivanja v času študija, spolom in vedenjskim vzorcem v družini.

V ta namen sem sestavila poseben vprašalnik, ki je vseboval 14 vprašanj. Sodelovanje v anketi je bilo anonimno in prostovoljno. Vprašalnik so izpolnjevali v sklopu rednih preventivnih pregledov študenti prvih in zadnjih letnikov fakultet v študijskem letu 2002/2003.

Vprašalnik:

Letnik: prvi, četrti

Spol: ženski, moški

Študijska usmeritev: pedagoška, tehnična, ekonomsko poslovna, pravna, teološka, zdravstvena

Bivanje v času študija: doma, v študentskem domu, kot podnajemnik, pri sorodnikih, v svojem stanovanju, drugje

Izobrazba staršev

Pretirano uživanje alkohola, tablet, cigaret v družini

Pitje in pogostost pitja alkoholnih pijač anketiranca: pivo, vino, žganje občasno, ob koncu tedna, redno, nikoli

Vrsta droge in pogostost njenega uživanja: nikoli, 1-2x, 30-40x, redno

marihuana, hašiš, inhalanti, pomirjevala SD, ekstazi, heroin, kokain, amfetamini

Starost ob prvem poskusu nedovoljene droge: manj kot 12 do 19 let in več

Mesto uživanja drog

Kdo vas oskrbuje z drogo

Seznanjenost s škodljivimi posledicami in tveganjem jemanja drog

Ustanove za zdravljenje odvisnikov

Sodelovanje v programih zdravljenja – samo za redne uživalce drog

REZULTATI

Upoštevala sem vse izpolnjene ankete. Na določena vprašanja ankete so študenti pozabili ali niso hoteli odgovoriti, vendar je bilo takih vprašalnikov zanemarljivo malo.

V raziskavi je sodelovalo 3708 anketirancev, od tega je bilo 75. 2% študentov prvih letnikov. Več kot polovica – 59. 7% (2212) je bilo deklet. Največ je bilo študentov tehnične smeri 34. 6%. Večina anketirancev 51. 5% je v času študija živelo ali se vozilo domov. Pri starših je prevladovala poklicna in srednješolska izobrazba, 2763 jih je kadilo, pri 229 pa je bil prisoten tudi alkohol. Polovica anketirancev uživa alkoholne pijače nikoli ali občasno, predvsem vino.

Tabela 1 : Vrsta prepovedane droge in pogostost njenega uživanja (v %)

Droga	Pogostnost uživanja (v %)			
	nikoli	1-2 krat	30-40 krat	redno
marihuana	74.9	17.6	5.3	2.2
hašiš	93.5	4.7	1.4	0.5
pomirjevala	96.1	3.5	0.3	0.1
ekstazi	97.0	2.6	0,4	-
LSD	98.7	1.2	0.1	-
heroin	99.4	0.4	0.1	0.1
kokain	99.1	0.7	0.1	0.1
amfetamini	99.0	0.9	0.1	0.0
drugo	98.3	1.2	0.2	0.3

Kot je razvidno iz tabele večina študentov ne uživa mamil in psihotropnih snovi, kljub temu pa 117 (3. 1%) anketirancev redno uživa eno izmed naštetih drog, največ marihuano 79, heroin 5, LSD 2, kokain 3 študentje.

Večina je prvič poskusila drogo v starosti od 14 do 18 let, 19 anketirancev pa je bilo ob prvem poskusu mlajših od 12 let.

Drogo uživajo predvsem na zabavi in s prijatelji. Le 1. 1% užívalcev ima stalnega dobavitelja, večino oskrbujejo priložnostni dobavitelji. Skoraj 90% jih je dovolj seznanjenih s posledicami in tveganjem jemanja prepovedanih drog.

Zanimalo me je tudi razmerje med posameznimi parametri. Med seboj sem s pomočjo statistične obdelave primerjala odvisnost med letnikom študija, spolom študenta, bivanjem med študijem, študijske smeri, izobrazbe staršev na eni strani in uživanjem alkohola, marihuane, hašiša, ekstazija, starosti ob prvem poskusu in mestu uživanja drog na drugi strani.

Tabela 2: Statistično značilna povezava med posameznimi parametri

Uživanje	Letnik študija	Spol študenta	Študijska smer	Bivanje kot študent	Izobrazba staršev
alkohola	+	+	+	+	+
marihuane	+	+	+	+	+
hašiša	-	+	+	+	+
ekstazija	+	+	-	-	+
prvi poskus	+	-	+	-	-
mesto uživanja	-	+	-	-	+

+ je statistično pomembno tveganje ($p < 0,05$)

ZAKLJUČEK

K raziskavi sta me je spodbudila citata (Demand..., 1997), ki opisujeta novo nastalo mladinsko kulturo, kakor jo razumejo v Veliki Britaniji :

... več je mladih, ki so z ilegalnimi drogami eksperimentirali, kot pa takih, ki je še niso poskusili. V nekaj naslednjih letih bodo mladostniki, ki ne bodo poskusili drog, predstavljali manjšino...pravzaprav na nek način deviante.

Mladi, ki obiskujejo klube povedo, da uporabljajo marihuano in ekstazi, hkrati pa trdijo, da drog ne uporabljajo.

Kot je pokazala raziskava, take trditve še ne veljajo za študentsko populacijo Univerze v Mariboru. Vsekakor pa je že 1216 študentov poskusilo drogo, največ – 652 študentov marihuano. Tudi podatek, da je 117 študentov rednih uporabnikov prepovedanih drog nam pove, da se tudi mi bližamo vzorcu iz Velike Britanije.

Ob upoštevanju dejstva, da je Slovenija na tako imenovani "balkanski ruti - poti" mamil, statistiki kaznivih dejanj in prekrškov, povpraševanja po mamilih lahko sklepamo, da je v Sloveniji okrog 5000 odvisnikov. Te številke nam povedo, da je potrebno še več truda na področju preprečevanja odvisnosti – potreben je multidisciplinaren pristop. Najpomembnejša je preventiva, da bi čim manj ali celo noben mladostnik ne poskusil dovoljene in prepovedane droge. Vemo namreč, da nekdo, ki redno uživa nevarne droge kaj hitro poseže po nevarnih drogah.

Boj proti uporabi mamil se prične že v družini. Veliko mladostnikov poseže po mamilih v sicer urejenem okolju, zaradi porušene komunikacije v družini.

Želja in cilj nas vseh mora biti, da vzgojimo zdrave in srečne otroke in mladostnike. To je vsekakor najzahtevnejša naloga staršev. Otroku moramo pokazati, da se zanj resnično zanimamo, da ga imamo radi in je zaželen, hkrati pa mu moramo postaviti sprejemljive omejitve, naučiti ga moramo, da zna reči DA ali pa NE. Prav tako ga moramo pripraviti, da se bo znal spopasti s konflikti, kajti le tako se bo lahko razvil v trdno osebnost, ki bo kos pastem sodobne družbe.

Nekateri, predvsem v ZDA se zavzemajo za legalizacijo droge, kar zagovarjajo s tem, da bi bilo manj kriminala in preprodajalcev. Legalizacija pomeni tudi družbeno in socialno sprejemljivost zasvojenosti.

Argumenti proti so tudi mnenja mladih, ki so uporabljali ali so kdaj poskusili prepovedane drog. Trdijo, da strah pred represijo vendarle odvrta od še pogostejše uporabe in razpečavanja drog. Naj končam s sklepno mislijo priznane ameriške ustanove za raziskovanje problematike prepovedanih drog, ki velja za katero koli družbo: "Prepovedane droge niso grožnja ameriški družbi, ker so ilegalne, ampak so ilegalne zato, ker so grožnja ameriški družbi!"

LITERATURA

1. Dekleva, b. (1998a). Droge in srednješolska mladina v Ljubljani. Mestna občina Ljubljana in Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani
2. Dekleva, b. (1998b). Metodologija kvalitativnega raziskovanja škodljivih posledic uporabe drog med mladimi. Zaključno poročilo raziskovalne naloge. Društvo za razvijanje preventivnega in prostovoljnega dela, Ljubljana.
3. Dekleva, B. in Razpotnik, Š. (1999). Odraščati v Sloveniji na prelomu tisočletja – sodobne oblike revščine. V: Žebovec, I. (ur.): Sodobne oblike revščine mladih: mladi, ulica, prihodnost. Salve, Ljubljana.

12. RAZŠIRJENOST DROG MED GORENJSKIMI MLADOSTNIKI THE USE OF DRUGS AMONG ADOLESCENTS IN REGION OF GORENJSKA

Avtorji: As. mag. Marjetka Hovnik – Keršmanc, dr. med., spec. soc. med.

Zavod za zdravstveno varstvo Kranj, Gosposvetska 12, 4000 Kranj

Alenka Hafner, dr. med., spec. soc. med.

Zavod za zdravstveno varstvo Kranj, Gosposvetska 12, 4000 Kranj

Mag. Eva Strgar, univ. dipl. psih, Klinični center- Inštitut za medicino dela

IZVLEČEK

Izhodišča: Namen naše raziskave je bil raziskati razširjenost uživanja tobaka, alkohola in drugih drog med gorenjskimi mladostniki in oceniti trend v zadnjih štirih letih.

Metode. Aprila 2003 je reprezentativen vzorec dijakov 1. letnikov srednjih šol na Gorenjskem, rojenih leta 1987, anonimno odgovarjal na vprašalnik ESPAD.

Rezultati: 69% dijakov je že kadilo tobak, 93% dijakov je že pilo alkohol, 73% jih je že bilo opitih. Po katerikoli ilegalni drogi je poseglo 39% dijakov, po marihuani 38%, hlape je vdihavalo 20%, pomirjevala, ki jih ni predpisal zdravnik, pa je vzelo že 5% vprašanih. V štirih letih se je med gorenjskimi mladostniki povečala raba drog, po njih so posegali pogosteje, v večjih količinah, z njimi pa so se prvič srečali mlajši. Po drogah je posegalo tudi več njihovih prijateljev in sorojencev. V štirih letih se je poslabšala samopodoba mladostnikov, poslabšal se je tudi njihov učni uspeh, povečalo pa se je neopravičeno izostajanje iz šole in tudi sobotni izhodi.

Zaključek: K zmanjševanju problematike drog na Gorenjskem lahko prispeva dobra informiranost čim širšega kroga prebivalcev o razširjenosti drog in dejavnikov tveganja med mladostniki.

ABSTRACT

Background. The purpose of the study was to assess the situation on use of tobacco, alcohol and other drugs among students in region of Gorenjska and their trend in the last four years.

Methods. In April 2003 the representative sample of students in the 1st classes of secondary schools born in 1987 anonymous answered on ESPAD questioner.

Results. 69% of students have already smoked tobacco, 92% of students have drunk alcohol beverages, and 73% were drunk. The lifetime prevalence of any illicit drug use was 39%, of marijuana use was 38%. The prevalence of use of inhalants was 20%, of tranquillisers without a doctor's prescription 5%. In the last four years increased the use of drugs, the frequency and quantity of drugs use. The students were younger at first use of drugs. In the same time increased the use of drugs among their friends and siblings. In the last four years decreased their self-perception and the average grade in school, but increased the missed schooldays and the number of evenings spent outside.

Conclusion. Good information of large part of population about spread of drugs among adolescents and risk factors is important approach to help to combine with the situation.

Preventivni programi v šolskem in študentskem obdobju

13. PREVENTION OF OVERWEIGHT- OBESITY THE DEVELOPMENT OF GUIDELINES FOR SCHOOL HEALTH SERVICES

prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Department of Youth Health care, Katholieke Universiteit Lueven, president of EUSUHM

M. Roelants, Department of Youth Health care, Katholieke Universiteit Lueven, Laboratory of Anthropology, Free University of Brussels,

R. Hauspie, Laboratory of Anthropology, Free University of Brussels

The presence of overweight and obesity among children appears to be rising rapidly in many countries around the world including countries in Europe.

Obesity is linked to serious complications in childhood and an obese child is at risk of becoming an obese adult with an associated raised likelihood of ill health and premature death.

In order to combat this emerging epidemic the indicators for overweight and obesity need to be monitored systematically during childhood and adolescence. In many European countries a network of school health services is in place, in which the health of nearly all children is regularly checked at school age. Therefore, these services are not only key-players in the primary prevention but also in the early detection of ill health and developmental problems in general, and of overweight and obesity during childhood in particular.

Such monitoring, in turn, needs to be conducted on the basis of agreed standardised definitions of terms such as obese, overweight an normal weight for specified genders and ages. In addition, in order to elaborate an effective and efficacious school-based program for the prevention, early detection and guidance of overweight and obesity, one has to strive for scientific evidence for all components of the program. Amongst others, cost-effectiveness, applicability in daily practice, uniformity of screening- and follow-up procedures with respect for individual variety, are key issues to be taken into consideration when outlining a preventive program.

The methodology for the development of guidelines for school health services which is actually being used in Flanders, was derived from the Dutch example, and might therefore be the best available approach for the development of European guidelines for school health care.

The Flemish Growth Survey 2001-2004 included among other indicators of somatic and sexual development in a representative sample of almost 18000 children 0 – 20 years of age, the measurement of height and weight from which the Body Mass Index was calculated. Since the publication of the International Obesity Task Force (IOTF) cut off values in 2001, the BMI has become increasingly popular to evaluate childhood obesity. According to the IOTF standard, about 13% of Flemish children (boys and girls, 2 – 18 years of age) are overweight, and about 2.5% are obese. However, age specific estimates of overweight may vary from 10% to 17% and more, with, notably in girls, substantial increased levels in late childhood and early adolescence (6 – 12 years of age). These estimates are consistent with those obtained in neighbouring countries (geographical perspective), and increased when compared to similar data obtained some five years before this trial. These prevalence estimates will be discussed, and the new BMI charts for children from 2 – 20 years of age will be shown.

In order to improve and harmonize prevention and screening practice for overweight and obesity in European children and youngsters, a co-operation project started in January 2005, involving the Croatian, Slovenian, Dutch and Flemish Societies of School and Student Health Care. The project aims at the development of common guidelines for the prevention, early detection and counselling for overweight and obesity in youngsters. The outline of this project, and a draft of flowchart for the early detection of overweight and obesity during school health checks, will be highlighted.

14. ŠOLSKA MEDICINA KOT DEL JAVNEGA ZDRAVJA

Doc. dr. Marjan Premik, dr. dent med.

POVZETEK

Kot del javnega zdravja je primarni interes šolske medicine izboljšati zdravje in zmanjšati razlike v zdravstvenem stanju med šolarji in mladostniki. Doseganje teh ciljev je mogoče s kombinacijo zdravstvene dejavnosti, promocijo zdravja, socialnim varstvom in izboljšanjem okolja. Iz teh razlogov pričakujemo, da se bo sedanja unisektorska zdravstvena politika postopoma spremenila v bolj kompleksno, večsektorsko politiko zdravja. Da bi lahko v tem smislu šolska medicina politiki dajala utemeljene in aktualne informacije, mora biti sposobna izvajati poklicno dejavnost, raziskovalno dejavnost ter biti večča političnega in menedžerskega svetovanja. Prispevati mora k kratkoročnemu in dolgoročnemu načrtovanju zdravja prebivalstva, še posebej z vidika enakosti, celovitosti in umeščanja dejavnosti šolske medicine v zdravstveno organizacijske strukture. Na osnovi stoletne tradicije šolske medicine v Sloveniji bomo v smislu zagotavljanja zdravja mladih morali vzpostaviti nekaj novih funkcij in ustrežnejšo finančno organizacijsko strukturo. Mladi se namreč zaradi spreminjanja družbe in načina življenja srečujejo z novimi zdravstvenimi problemi.

ABSTRACT

Prime interest of the school medicine which is a part of public health is the improvement of health and reducing health status inequalities among school children and adolescents. This aims can be achieved through a combination of health care, health promotion, social care and environmental improvement. For that reason we expect that the accurate health care policy should gradually turn to a more complex health policy. In order to bring to the health policy accurate and well founded information the school medicine must be able to provide professional services, scientific services and offers political and managerial advice and other public health skills. School medicine should contribute to short and long-term health planning especially with the aspects concerning equity, comprehensiveness, and appropriate settings of the services for the youth. On the basis of long tradition, Slovenia has to develop a few of new function and more adequate financial and organizational structure in the frame of Public Health to improve health of the young population. The youth of today face new health problems caused by changing society and the way of life.

UVOD

Skoraj 100 let šolske medicine (ŠM) in več kot 80 let aktivnega zdravstvenega varstva otrok in šolarjev na slovenskem pomeni tradicijo, na katero smo lahko ponosni. V tem obdobju je šolska medicina kot izrazito javnozdravstvena dejavnost prešla preko treh vojn in številnih sprememb družbeno političnih sistemov. Njen družben pomen je bil vedno v tesni povezavi z vsakokratno politiko zdravja, oziroma mestom in vlogo javnega zdravja v družbi. Menjale so se definicije, financiranje in klasifikacije. Spreminjala sta se znanje in tehnologija, vendar je osnovni cilj – zdravje otrok in mladine, ves čas ostal nespremenjen.

V določenih socioekonomskih kontekstih (npr. leta 1991 – prehod iz kolektivne na individualno socialno filozofijo) se zazdi, kot da je javno zdravje, v tem okviru pa tudi šolska medicina, izgubila družbeni pomen. To zaostajanje se odraža tudi v naslednjih očitkih, ki posredno ali neposredno opozarjajo na nekatere razvojne zaostanke šolske medicine:

- širše družbeno nepoznavanje načel, ciljev in pomena javnega zdravja;
- nedorečena vloga in kakovost primarnega zdravstvenega varstva;

- politika ŠM v obdobju tranzicije ne posveča nobene pozornosti;
- ŠM deluje na obrobju dveh sektorjev: šolskega in zdravstvenega;
- premajhna udeležba javnosti pri načrtovanju zdravja mladih;
- preskrbljenost z viri (mreža, kadri, sredstva) je nezadostna in ne enakomerna;
- »sovražen«, namesto partnerski odnos med zasebno in javno zdravstveno dejavnostjo;
- nedorečenost sledenja in evaluacije: centraliziran vs. decentraliziran sistem;
- neuravnoteženost pri zadovoljevanju zahtev in potreb – dejavnost ŠM postaja vse bolj klinična (pediatrična) medicina;
- nimamo razvitega raziskovalnega, pedagoškega in strokovnega vrha ŠM;
- ni šole javnega zdravja, ki bi zagotavljala pridobivanje nemedicinskih veščin, potrebnih za delo v ŠM (menedžment, komunikologija, epidemiologija, politika zdravja ipd.).

Vsak od navedenih očitkov, ne glede na to, ali je upravičen ali ne, je izziv, na katerega bi se morala šolska medicina dokumentirano odzvati. Zaradi javnozdravstvene narave problemov je utemeljene dokaze in prepričljive rešitve treba iskati s sprotim strokovno analitičnim in razvojno naravnanim raziskovalnim delom. Da bi strokovnjaki šolske medicine na ta način lahko širše obvladovali družbene, organizacijske in s tem povezane tehnološke probleme, morajo pridobiti javnozdravstvene kompetence in širše področje funkcij. To je še toliko bolj pomembno zato, ker se v tranzicijskem prehodu pri iskanju novih ciljev in drugačnih prioritet velikokrat spregledajo trajne etična vrednote (zdravje je temeljna človekova pravica; enakost v zdravju in solidarnost v aktivnostih med skupinami, državami in spoli; za razvoj zdravja so odgovorni posamezniki, skupine, skupnosti, institucije, organizacije ter vsi sektorji družbe itd.), nova spoznanja (družbene determinante zdravja) in uveljavljene učinkovite metode dela (dispanzerska metoda dela). Zato moramo v takšnih razmerah ponovno poudarjati nekatere osnovne javnozdravstvene cilje in strategije ŠM ter glasno opozarjati, da brez celovite podpore zdravju otrok in mladine ni zdravega prebivalstva, ni zdravih delavcev in ni nacionalnega napredka.

V tem prispevku izhajam iz trditve, da poslanstva šolske medicine ni mogoče obravnavati ločeno od javnega zdravja. Čeprav ima ŠM svoje medicinske korenine v pediatrični stroki, pa je njeno delo v smislu zagotavljanja zdravja lahko učinkovito le z dodatno uporabo javnozdravstvenih tehnologij in sodelovanja s celo paleto strokovnjakov z drugih področij življenja in dela.

JAVNOZDRAVSTVENE FUNKCIJE ŠOLSKE MEDICINE

Če izhajamo iz opredelitve, da je javno zdravje znanost in umetnost preprečevanja bolezni, podaljševanja življenja in izboljševanja zdravja prek organiziranih naporov družbe, je torej prvenstveni interes delavcev na področju šolske medicine krepitev zdravja šolarjev in mladostnikov. Ta temeljni cilj je mogoče doseči le s kombinacijo zdravstvene dejavnosti, promocijo zdravja, socialnega varstva in izboljšanjem fizikalnega okolja (Slika 1). Zaradi teh spoznanj mora šolska medicina kot pomembna zdravstvena dejavnost poleg pediatričnih aktivnosti posegati in sodelovati še na drugih področjih. To za šolsko medicino ni novo spoznanje, je pa dejstvo, da lahko svoje poslanstvo celoviteje opravlja in razširja svoje funkcije le ob širši družbeni podpori oziroma ustrezni javni politiki, ki naj bi postopoma pridobila značilnosti politike zdravja (večsektorska, dolgoročna naloga vlade – z razliko od politike zdravja, ki je unisektorska, kratkoročna in pretežno odvisna od Ministrstva za zdravje)(1).

Slika 1. Izboljšanje zdravja s kombinacijo aktivnosti na več področjih

Zdravstvena dejavnost	Promocija zdravja	Socialna varnost	Izboljšanje okolja
-----------------------	-------------------	------------------	--------------------

Spreminjanje politike zdravja in spremembe v sistemih zdravstvenega varstva vplivajo tudi na položaj in vloge zdravstvenih delavcev. Zdravstveni delavci kot izvedenci na področju medicine in zdravstvene nege se bodo na te spremembe verjetno odzivali tako, da bodo v določenih okoliščinah na področju

zdravja prevzemali različne vloge in poslanstva kot strokovnjaki, komunikatorji, raziskovalci, sodelavci, zagovorniki ali menedžerji. Čeprav najbrž nihče ne bo deloval v vseh vlogah hkrati, pa bodo po potrebi morali posedovati osnovne sposobnosti za udeležbo v vsaki od možnih vlog (2).

Jasno je, da izboljšanje nacionalnega zdravja zahteva aktivno in usklajeno politiko zdravja. Aktivno zagovarjanje in ustvarjanje politike zdravja je zato tudi funkcija šolske medicine. V tem konceptualnem okviru se dejavnost šolske medicine razširi in preseže klasične medicinske storitve, ker je odgovorna, da politični in drugi odločevalci dobijo utemeljene informacije o:

- zdravstvenem stanju otrok in mladostnikov,
- naravnem poteku velikih zdravstvenih tveganj in motenj, ki onesposabljaajo,
- učinkovitosti sedanjih razpoložljivih možnosti za zmanjševanje incidence zdravstvenih problemov in njihovih posledic pri otrocih in mladostnikih ter o
- možnostih za promocijo pozitivnega zdravja.

Da bi lahko našete naloge izpolnjevali, morajo strokovnjaki v okviru šolske medicine imeti poklicne kompetence za izvajanje:

- strokovne dejavnosti,
- znanstveno-raziskovalne dejavnosti,
- političnega in menedžerskega svetovanja ter
- drugih javnozdravstvenih veščin.

STROKOVNA DEJAVNOST

Strokovna dejavnost znotraj zdravstvenega varstva šolarjev in mladostnikov je odvisna od temeljnega poklica delavcev – pretežno zdravniki in medicinske sestre. Sedanjo preventivno poklicno dejavnost v okviru šolske medicine pri nas predpisuje pravilnik (3), ki nalaga naslednja področja aktivnosti: spremljanje rasti in razvoja s testi presejanja, obvezno in priporočeno cepljenje, medicinsko svetovanje posamezniku, skupini, instituciji in programirano zdravstveno vzgojno delo glede na tveganja značilna za posamezna razvojna obdobja. Ob teh aktivnostih pa je treba v šolski medicini skupaj z drugimi skupinami akterjev (strokovnjaki s področja javnega zdravja, pedagogike, psihologije, socialnega skrbstva, ekonomije, prava ipd.) poskrbeti še za dodatne strokovne aktivnosti, kot so:

- statistično-epidemiološka dejavnost, ki se nanaša predvsem na pripravo in analizo (lokalnih, regionalnih in nacionalnih) informacij o zdravstvenem stanju otrok in mladostnikov, o aktivnostih šolske medicine, o dejavnostih tveganja, ki ogrožajo mlade, pripravi primerjalnih podatkov ipd. Informacijski sistem za zdravje se razlikuje od medicinskega informacijskega sistema;
- zdravstvena ekonomika, ki je v podporo možnim ocenam projektov in raziskavam uspešnosti in učinkovitosti (lahko izraženo: v denarju – »cost/benefit analysis«, v učinkih – »cost/effectiveness analysis«, v kakovosti življenja – »cost/utility analysis«);
- zagovarjanje ogroženih skupin prebivalstva (subpopulacijske skupine, ki so izpostavljene akumulaciji neugodnih determinant zdravja, zato je pri njih povečano tveganje za bolezen in »slabo« zdravje). Še posebej so ogroženi otroci staršev z nizkimi dohodki ter socialnimi in mentalnimi problemi (4);
- izobraževanje in izpopolnjevanje. Za zdravstvene delavce, še posebej tiste, ki delajo na primarni ravni zdravstvenega varstva, je nujno, da imajo temeljna znanja z drugih strokovnih področij (menedžment, organizacija, ekonomika ipd.), da bi lahko enakopravno sodelovali z vsemi dejavnostmi, ki imajo vpliv na zdravje. Prezirljiv odnos, ki ga včasih srečamo med zdravniki, do drugih nemedicinskih področij –pomembna je stroka, vse drugo je enostavno – se kaj hitro lahko maščuje. Podiplomska dopolnitev potrebnih znanj in veščin se v svetu pridobiva zlasti v okviru šol javnega zdravja, ki je v Sloveniji žal še nismo uspeli ustanoviti (5).

ZNANSTVENO-RAZISKOVALNA DEJAVNOST

Znanstveno-raziskovalne aktivnosti na področju javnega zdravja šolskih otrok in mladostnikov so:

- epidemiološko ocenjevanje zdravstvenega stanja,
- ocenjevanje učinkov ekoloških dejavnikov na zdravje,
- ocenjevanje drugih dejavnikov tveganja za zdravje,
- pripravljane predlogov za ukrepanje in vrednotenje njihovih učinkov in
- nudenje metodološkega izvedenstva.

Menedžersko in politično svetovanje

Neodvisno, nepristransko klinično in javnozdravstveno svetovanje menedžerjem in politikom pri:

- načrtovanju dejavnosti šolske medicine in zagotavljanju zdravja mladih, vzpostavljanje zdravstvenih ciljev, uporabi strategij (vključno z udeležbo javnosti) in razporejanju virov,
- identifikaciji partnerjev znotraj in izven zdravstvenega sektorja,
- sledenju in vrednotenju sistemskih, organizacijskih in operativno tehnoloških sprememb, povezanih z izvajanjem nalog šolske medicine glede na doseganje ciljev zdravja: enakost, kakovost, učinkovitost ipd.

PRISPEVEK ŠOLSKE MEDICINE K NAČRTOVANJU ZDRAVJA PREBIVALSTVA

Pri načrtovanju zdravja mladih in vključevanju tega v splošne programe zdravstvenega varstva mora šolska medicina (skladišče znanja glede zdravstvenih razmer in populacijskih problemov šolarjev) poleg svojih ožjih aktivnosti (3) aktivno načrtovati in zagotavljati strokovno podporo širšim vidikom izboljševanja zdravja. Javnozdravstveni prispevek šolske medicine pri splošnem načrtovanju zdravstvenega varstva je v poudarjanju in uresničevanju ciljev, kot so: enakost, celovitost in ustrezno umeščanje svoje dejavnosti v različne družbene strukture.

ENAKOST

Otroštvo in adolescenca je čas priložnosti in tveganj. Vsi mladi niso enako zdravstveno ogroženi. Strokovnjaki na področju šolske medicine lahko na osnovi epidemioloških podatkov prikažejo razlike v zdravstvenem stanju med otroki in mladostniki in njihovo različno zdravstveno ogroženost glede na socioekonomski status, geografsko lokacijo, etnično pripadnost, kulturne razmere ali druge, za zdravje pomembne značilnosti (družbene determinante zdravja)(6). Tako bodo lahko utemeljili in v programe zdravja vključili cilj »enakost«.

Zmanjševanje razlik v zdravstvenem stanju med skupinami prebivalcev je ena najpomembnejših aktivnosti pri izboljševanju zdravstvenega stanja prebivalstva (SZO: 1. in 2. cilj). Še posebej pa so za otroke in mladostnike poudarjene družbene determinante zdravja v 3. in 4. cilju, kjer Svetovna zdravstvena organizacija v okviru strategije "zdravje za vse" poudarja pomen začetka življenja in zdravje mladih (7).

Počasna rast in pomanjkanje čustvene podpore v otroškem obdobju zvišuje vseživljenjsko tveganje za »slabo« fizično zdravje in zmanjšuje fizično, kognitivno in čustveno delovanje v dobi adolescence in odraslosti. Revne socialne in ekonomske okoliščine pomenijo za odraščanje otrok in mladostnikov največjo nevarnost, vodijo jih na nizko socialno in izobraževalno raven ter vplivajo na nezdrave življenjske vzorce. Odkrivanje, opozarjanje in sodelovanje pri odpravljanju socioekonomskih korenin in posledic slabega zdravja otrok, šolarjev in adolescentov je pomembna naloga in poslanstvo šolske medicine. (Glavni ukrepi za zmanjševanje razlik v zdravstvenem stanju stremijo k vzpostavljanju prijaznega podpornega okolja, ki omogoča graditi pozitivno samopodobo mladih, nuditi dobre možnosti za izobraževanje in zaposlitev, paziti, da ne pride do preobremenitve mladih, dobavljati informacije, graditi veščine, nuditi svetovanja, izboljšati dostopnost do medicinske dejavnosti ipd.).

CELOVITOST

Rojstvo, rast in razvoj potrebujejo podporo in preprečevanje zdravstvenih problemov. Zato se mora šolska medicina zavzemati za celovito planiranje potreb in razporeditev virov. Celovito planiranje pa pomeni, da so v izvedbene programe zdravstvenega varstva vključena vsa področja, in ne samo (ali pretežno) akutna diagnostika in terapevtske storitve. Ocene potreb, ki ne zajemajo celovito vseh aktivnosti, so pomanjkljive.

V smislu celovitosti potreb razumemo naslednja področja:

- promocijo zdravja,
- preventivne dejavnosti,
- (zgodnje) diagnostične dejavnosti,
- terapevtske dejavnosti,
- rehabilitacijo,
- trajno nego in
- terminalno oskrbo.

Razporejanje sredstev samo za akutno diagnostiko in terapevtske dejavnosti le redko vpliva na obremenjenost prebivalstva z boleznimi in ima le majhen vpliv na izboljšanje zdravja prebivalstva. (Prenos vseh odgovornosti za medicinske aktivnosti na primarni ravni na družinskega zdravnika v Sloveniji bi po veliki verjetnosti vodilo v pretežno pokrivanje akutne diagnostike in terapevtske aktivnosti). Šolska medicina pa bo morala, zaradi uresničevanja svojega poslanstva, delovati predvsem v smislu izboljšanja zdravja. Glede na to, da je za zdravje na družbeni ravni odgovorna država (8), bo le ta morala šolski medicini za izvajanje njenih specifičnih aktivnosti (promocijo zdravja, preventivne aktivnosti in zgodnje odkrivanje zdravstvenih problemov) zagotoviti progresivno naraščajoči trend virov (sredstva, kadri, mreža), da bo lahko spremenila in povečala obseg dela v smislu podpore zdravemu razvoju otrok in mladostnikov.

UMEŠČANJE AKTIVNOSTI ŠOLSKE MEDICINE

Na splošno sta učinkovitost in ekonomika zdravstvene dejavnosti povezani z umestitvijo njenega izvajanja. Večina ljudi najbolj ceni oskrbo na mestu, kjer živijo in delajo (na domu, šoli, delovnem mestu ipd). S tem se vpliva na zmanjševanje institucionalnih in bolnišničnih obravnav, kar lahko sprosti sredstva (vire) in omogoča njihovo drugačno razporeditev (9).

Obdobje razvoja od otroštva do odraslosti je poleg biološke ogroženosti zaradi hitrega razvoja in rasti, ogroženo predvsem zaradi številnih dejavnikov iz socialnega okolja. Če izhajamo iz pretežno socioekonomskih korenin aktualnih zdravstvenih problemov mladih, potem je jasno, da je mesto ukrepov tam, od koder ti problemi izhajajo. Ta mesta so: dom, šola, zdravstvena institucija (dispanzer), delovno mesto, ulica, civilne organizacije in ustanove v lokalni skupnosti, stanovanjska naselja, nakupovalni centri, mediji/zabava, politični in pravni sistem. Področje osebnega zdravja, ki ga neposredno obvladuje posameznik, je zelo majhno v primerjavi z vplivom kulture, ekonomije in okolja. Vedeti moramo, da se občutek socialne koherence vzpostavlja od otroštva naprej in zato so izkušnje v družini, vrtcih, šolah, zdravstvenih institucijah in na drugih mestih življenja, dela in zabave, zelo pomembne, saj lahko mladim ljudem zagotavljajo konsistentna sporočila, prek katerih pridobijo (ali pa zanemarijo) potrebne veščine za dobro zdravje in s tem povezano dobro delovanje v življenju.

Nobenega dvoma ni, da šolska medicina, ki postavlja mlade v središče vseh družbeno pomembnih dogajanj, sodi v okvir primarnega zdravstvenega varstva. V tem širšem okviru je šolarjem potrebno zagotoviti lahko dostopno, trajno in kontinuirano zdravstveno dejavnost.

Podpora zdravju in preprečevanje zdravstvenih problemov zahteva, da se zdravstveni delavci v šolski medicini povzpnejo preko tradicionalne medicinske ambulantne dejavnosti in zahtevajo sodelovanje tako z drugimi dejavnosti znotraj sektorja zdravstva, kot tudi z drugimi sektorji v skupnosti.

Oblike, način in zagotavljanje sodelovanja šolske medicine z drugimi sektorji največkrat odseva različne sistemske in organizacijske strukture, ki so vzpostavljene v posameznih državah. Pri nas je prenos pristojnosti in odgovornosti za planiranje primarnega zdravstvenega varstva na občine pripeljal do »krize« (10) javnozdravstvenih dejavnosti, še posebej v okoljih, ki so že itak socioekonomsko prikrajšana. To krizo lahko pripisujemo tudi premajhni aktivnosti javnozdravstvene stroke (tudi šolske medicine) in nesodelovanja drugih (vladnih in nevladnih), za zdravje mladih pomembnih področij, zlasti pa še nepoznavanju zdravstvenih problemov pri političnih odločevalcih. Vzpodbudno je, da se v zadnjem času pojavljajo tako uporabniki zdravstvenega varstva, kot tudi legalni odgovorni nosilci (občine mesta, šole, skupnost, šolska medicina), ki v dialogu z nosilci primarnega zdravstvenega varstva iščejo večjo fleksibilnost in raznolikost.

RAZPRAVA

Za izgradnjo primarnega zdravstvenega varstva, vključujoč šolsko medicino, so potrebni jasno opredeljeni zdravstveni cilji (sprejem »agende 21« v lokalnem okolju), ki jih je možno uresničiti na podlagi ustreznih znanj, kadrov, timskega dela, participacije javnosti ter politične in finančne podpore. Takšen celovit pristop bo možen le ob dodatnem izobraževanju zdravstvenih delavcev in delavcev v drugih sektorjih, ki pomembno vplivajo na zdravje ljudi ter stalni aktivnosti na ozaveščanje ljudi in politikov. Odločitve v prav vseh družbenih sektorjih vplivajo na zdravje. Dokazan je pomen večsektorskega sodelovanja, zato mora to najti mesto v vseh politikah zdravja na vseh ravneh (9).

Gre za to, da se poleg zdravstvenega vključijo tudi sektorji (ministrstva), ki so pristojni za fiskalno, izobraževalno, transportno, zaposlovalno, agrikulturno in okoljsko politiko ter da se spozna učinek, ki ga ima njihova politika na zdravje prebivalstva. Za izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva so najučinkovitejše javnozdravstvene aktivnosti na lokalni ravni. Na tej ravni imajo velik vpliv programi, kot so: zdrave šole, programi zdravih mest, programi nevladnih organizacij za zdravje ipd. – vse, kar prispeva k srečevanju oblastnih struktur, lokalnih akterjev, prostovoljnih organizacij in drugih, z zdravstvom povezanih akterjev. Aktivno vključevanje delavcev šolske medicine in njihove aktivnosti v te programe je seveda več kot zaželeno.

Aktivno zdravstveno varstvo, organizirano na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, je v preteklosti pri nas želo velike uspehe. Žal danes ne sledimo sodobnim trendom razvoja celovitega javnega zdravja. Pri političnih odločevalcih zaznavamo enačenje delovanja družinskih zdravnikov s celotnim področjem primarnega zdravstvenega varstva, kar je strokovno neopravičljivo in v smislu politike zdravja zavajajoče. Kljub idejni naravnosti javnozdravstvene politike k primarnemu zdravstvenemu varstvu (8, 11) pa kadrovska, institucionalno in finančno javnozdravstvena stroka pri nas nazaduje. Stroka opraviči svoje družbeno poslanstvo in naloge, ko lahko jasno svetuje javnosti, kaj je pravilno in kaj je narobe. Zaradi tega je poziv k javnozdravstveno aktivnejši šolski medicini potreben, skupaj z zahtevo po spremembi zdravstvene politike k politiki zdravja pa utemeljen in nujen.

LITERATURA

1. Premik M. Od zdravstvene politike do politike zdravja – načrtovanje zdravja mladih. In: Zbornik / XV. Srečanje pediatrov v Mariboru z mednarodno udeležbo. Maribor: Splošna bolnišnica; 2005: 120-3.
2. Gillibrand IM. A Health for all – The future for medicine and health care. World Medical Journal 2002; 48: 49-52.
3. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ur List RS 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02.
4. Lewis S, Saulnier M, Renaud M. Reconfiguring Health Policy: In: Handbook of social studies in health and medicine: 509-23.
5. Premik M, Bilban M, Zaletel Kragelj L, Artnik B. Slovenska šola za javno zdravje. Strokovne podlage za ustanovitev. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje; 2004.
6. Javornik J, Korošec V, eds. Poročilo o človekovem razvoju: Slovenija 2002/2003. Človekov razvoj in zdravje. Ljubljana: UMAR/UNDP; 2003: 83.
7. WHO: Health 21: an introduction to health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 1999: 13-4.
8. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju RS Ur List RS 20/04.
9. Crown J. The Public Health Functions in Pluralistic Systems. In: Artundo C, Sakellarides C, Vuori H, eds. Health care reforms in Europe. Proceedings of the First meeting of the working party on health reforms in Europe. Madrid; 1992: 129-41.
10. Brčar P, Plevnik Vodusek V, Truden Dobrin P, Šoštaršič Likar K, Seher Zupančič M. Predlog akcijskega plana razvoja zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov na primarni ravni. Slov Pediatr 2004; 11: 127-39.
11. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ur List RS 9/92.

15. ŠOLSKA PREVENTIVA NA PREPIHU

mag. Leon Radolli, dr. med., specialist pediatrie, e-mail leon.radolli@zd-mb.si
Dispanzer za šolske otroke in mladino
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor
Vošnjakova ul. 2-4
2000 Maribor

Ključne besede: šolar; preventivni pregledi; prenova

IZVLEČEK

Avtor razpravlja o razlogih, ki so pripeljali do zatečenega stanja na področju zdravstvenega varstva šolskih otrok na primarni ravni in potrebe po prenovi preventivnih pregledov (spremenjene razmere v družbi in spremenjene epidemiološke razmere, glavarinski sistem financiranja primarnega zdravstvenega varstva, ukinitve specializacije iz šolske medicine, uvedba devetletne osnovne šole, bela knjiga), kar je pripeljalo do imenovanja Delovne skupine s strani Ministrstva za zdravje. Predlaga jasno delitev dela med šolskim zdravnikom in usposobljeno medicinsko sestro. Polemizira o pregledu vstopnika v šolo in časovnih intervalih med posameznimi preventivnimi pregledi v šolskem obdobju, predlaga kompromisno rešitev. Avtor navaja stanje na področju zdravstveno-vzgojnega dela ob preventivnih pregledih v šolskem obdobju v Sloveniji, predlaga rešitev. Navede tudi nekaj dejstev glede financiranja šolske preventive.

UVOD

V zadnjih letih smo v Sloveniji pričala številnim spremembam v vseh segmentih zdravstvenega varstva. Prehod v novi politični sistem je v dobršni meri spremenil pogled na organizacijo in način financiranja zdravstvenega varstva.

Uvedba glavarinskega sistema financiranja primarnega zdravstvenega varstva v letu 1993 po vzoru nekaterih zahodnoevropskih zdravstvenih sistemov je bila prva pomembna prekretnica, ki je precej porušila do takrat več desetletij utečeno delitev dela na primarnem nivoju med vsemi nosilci zdravstvene dejavnosti.

Iz strahu pred neizpolnjevanjem »norm« in zaradi nejasnih in sprva nerealno visokih normativov ter v strahu pred napovedovano »divjo privatizacijo« je prišlo do »lova za glavarino«. Pediatri so zadrževali šolske otroke in odrasle, šolski zdravniki predšolske otroke in odrasle, splošni zdravniki pa kar vse. Kljub nekaterim načelnim dogovorom (omejitev dovoljenega deleža opredeljene populacije, za katero nisi nosilec dejavnosti) nikoli več ni prišlo do vzpostavitve prvotnega ravnotežja. Komunikacije med različnimi nosilci zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, vsaj tiste konstruktivne, enostavno ni bilo.

Vzporedno s približevanjem organizacije zdravstvenega varstva sistemom držav članic Evropske unije je po nekajletnem »boju« izvisela tudi specializacija iz šolske medicine, saj je v taki obliki (kurativno-preventivna dejavnost, specializirana za populacijo šolskih otrok) Evropa ne pozna. Specialiste šolske medicine je bilo treba nekam umestiti in ker po definiciji skrbijo za populacijo do 19. leta starosti, je bila »priključitev« pediatriji edina logična poteza. Je pa to seveda povzročilo nekatere pomisleke (včasih imam občutek, da tudi razkol) med specialisti šolske medicine in dodatno motnjo pri komuniciranju s pediatri, ki na primarnem nivoju skrbijo za populacijo predšolskih otrok.

V obdobju največjega nezaupanja je prišlo leta 1998 do postopnega uvajanja devetletne osnovne šole. Ker so v tistem letu v Uradnem listu objavljena nova Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvene-

ga varstva na primarni ravni (1) predvidevala le osemletno osnovno šolo smo seveda vsi pričakovali hitro spremembo navodil, prilagojeno novi situaciji, kar se pa ni zgodilo in smo še sedaj pri izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva osnovnošolskih otrok kljub navodilom Stalne strokovne skupine za zdravstveno varstvo šolskih otrok pri Razširjenem strokovnem kolegiju za pediatrijo iz leta 1999, v Sloveniji zelo neenotni.

V času velike negotovosti (nejasni normativi, ukinjena specializacija iz šolske medicine, upadanje števila šolskih otrok) je bila pred štirimi leti oblikovana in s strani Ministrstva za zdravje imenovana Delovna skupina za pripravo predloga sprememb Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, ki se nanaša na zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine do dopolnjene 19. leta starosti (v nadaljevanju Delovna skupina). V njej je delovalo 12 specialistk šolske medicine iz vse Slovenije. Skupina naj bi pripravila prenovljene in posodobljene preventivne programe, ki bi vsebovali le presejalne teste, katerih smiselnost je potrjena z raziskovalnimi projekti.

Nekaj članic te skupine in nekaj nas, ki smo delo Delovne skupine spremljali s strani, smo ob začetnih izhodiščih za delovanje imeli občutek, da je v ozadju temeljni interes ministrstva, da zreducira šolsko preventivo na nekaj sistematskih pregledov, ki bi jih opravila specializirana medicinska sestra, pač po angleškem modelu (kjer je na primarnem nivoju le družinski zdravnik).

Da se je Ministrstvo za zdravje v prejšnji sestavi pri zahtevah po temeljiti redukciji in reorganizaciji preventivnih pregledov v šolskem obdobju resnično zgledovalo po angleškem modelu, je dokazala obelodanitev »bele knjige« s predlagano reformo zdravstvenega sistema leta 2003, kjer je kot nosilec zdravstvene dejavnosti na primarnem nivoju predviden le družinski zdravnik.

Bela knjiga nas je (pediatre in šolske zdravnike) po dolgem času prisilila k intenzivnejšem sodelovanju, s skupno akcijo smo uspeli in dosegli demantiranje spornega segmenta še s strani prejšnjega ministra. In potem je komunikacija spet zamrla. Še sedmo generacijo devetletkarjev bomo pregledovali po neenotnem sistemu. Še vsaj ena generacija otrok bo v starosti 5 let pregledana dvakrat.

Skupina za pripravo prenovljenih preventivnih programov šolskih otrok se ni sestala že dve leti. Predlagana manjša skupina, ki bi zaključila delo in izdelala enotna navodila za izvajanje zdravstvenovzgojnega dela ob preventivnih pregledih s strani Ministrstva za zdravje ni bila imenovana.

Mislím, da se vsi šolski zdravniki zavedamo potrebe po prenovljenih preventivnih programih. Idej in pripomb je veliko, idealne sheme, ki bi upoštevala vse pripombe, ni. Namen prispevka je na kratko razpravljati o nekaterih splošnih in osebnih pomislekih.

IZVAJALEC PREVENTIVNIH PREGLEDOV ŠOLARJEV

Različni zdravstveni sistemi v svetu ponujajo različne rešitve (2-4). V Sloveniji imamo desetletja dobro utečen sistem, kjer je izvajalec pregleda zdravnik, ki mu pomagajo usposobljene medicinske sestre.

Osebnó sem mnenja, da mora imeti otrok pravico, da se vsak preventivni (sistematski) pregled konča s (vsaj ciljaním) pregledom in posvetom s šolskim zdravnikom. Ta naj bo specialist šolske medicine, pediater ali splošni/družinski zdravnik z opravljením podiplomskim tečajem iz varstva žena, otrok in mladine, ki večino tudi svoje kurativne dejavnosti opravlja za populacijo 0-19 let.

Glede na to, da v zadnjem desetletju deluje v zdravstvenem sistemu visoko izobražena diplomirana medicinska sestra, so težnje, da bi, ob ustrezní usposobljenosti, sama izvajala večino (ali kar vse) presejalnih testov, razumljive. Vendar obstajajo določene meje, ki jih, z ozirom na visoko stopnjo organiziranosti primarnega zdravstvenega varstva šolarjev pri nas, ne bi smeli prekoračiti. Določene teste zaradi poseganja v otrokovo intimo (motnje spolnega razvoja in spolovil), druge zaradi potrebe po izkušnjah in znanju (presejalni test golšavosti, skolioze itd) lahko izvaja le zdravnik.

Vrednotenje (ocena) testov pa je tako ali tako domena zdravnikovega dela.

ČASOVNA SHEMA IZVAJANJA PREVENTIVNIH PREGLEDOV V ŠOLSLEM OBDOBJU

Glede na splošna priporočila je potrebno preventivne preglede pri šolskih otrocih in mladini izvajati vsaj na 2 leti (2,3). Sedaj veljavna shema to upošteva, morala bi jo tudi nova.

Skoraj nerešljiv problem predstavlja podvajanje sistematskih pregledov pri 5-letnem otroku, ki se je pojavilo z uvedbo devetletke.

Vsaka stran (pediatri in šolski zdravniki) ima svoje argumente za in proti.

Glede na starost otrok ob pregledu in dosedanjo delitev dela (preskrbljenost populacije s šolskimi zdravniki se računa od dopolnjene 7. do dopolnjene 19. leta starosti) ter Denversko testiranje, ki se zaključí ob pregledu 5-letnika (in za katero šolski zdravniki nismo usposobljeni) so ti aduti na strani pediatrov.

Pregled vstopnika v šolo je eden temeljnih preventivnih pregledov v šolskem obdobju. Šolski zdravnik ob pregledu dobi neprecenljive informacije o zdravstvenem stanju in cepilnem statusu populacije, ki vstopa v šolo, za katero je odgovoren. To je naš močan argument.

Vendar smo šolski zdravniki ostali brez močnega aduta, to je ocene zrelosti otroka za vstop v šolo. Dosedanja merila za ocenjevanje zrelosti pri eno leto mlajšem vstopniku ne veljajo, poleg tega pa spremenjena šolska zakonodaja predvideva možnost vpisa otroka v šolo tudi če zdravnik to odsvetuje, pa je otrok ustrezní starosti in se starši za vpis odločijo.

Predlog, ki ga je Ministrstvu za zdravje podala Delovna skupina predvideva ob vstopu v šolo oceno zrelosti otroka s pregledom zdravstvene dokumentacije, pogovorom s starši in otrokom ter oceno motoríčne in socialne zrelosti. Sicer ne gre za klasični sistematski pregled kot ga poznamo sedaj, vendarle pa skušamo obdržati nadzor nad vstopniki v šolo. Shema predvideva prvi obsežnejši sistematski pregled (s kliníčnim pregledom otroka) šele v 2. razredu osnovne šole, kar se mi zdi sporno.

Akcijski plan razvoja zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov na primarni ravni (5) predvideva v sorazmerno kratkem obdobju veliko pomanjkanje pediatrov in šolskih zdravnikov. Glede na splošno pomanjkanje zdravnikov se nam ne obeta nič dobrega, poleg tega pa je tudi specializacija iz pediatrije zaradi »centralizacije« za zdravnike izven Ljubljane postala neatraktivna. Čez nekaj let bo torej dela veliko preveč za oba segmenta zdravstvenega varstva otrok na primarni ravni.

Ker je zatečeno stanje dogovarjanja med pediatri in šolskimi zdravniki na »mrtvi« točki, smo člani Skupine za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine pri RSK za pediatrijo po živahni diskusiji sprejeli naslednji kompromisni predlog:

1. pregleda vstopnika v šolo v sedanjem obsegu šolski zdravnik ne bi več opravljal. Potrdilo o opravljenem pregledu in cepilnem statusu izda otrokov izbrani zdravnik. V primeru, da otrokov izbrani zdravnik, svetovalna služba ali otrokovi starši svetujejo odložitev všolanja, šola obvesti imenovanega zdravnika šole, ki opravi sistematski pregled iz naslednjega odstavka in po pregledu otrokove zdravstvene dokumentacije poda mnenje glede otrokove sposobnosti za vstop v osnovno šolo. Imenovan zdravnik šole še naprej sodeluje v timski obravnavi vstopnikov v šolo.
2. v prvih treh mesecih šolskega leta imenovani zdravnik šole opravi sistematske preglede prvošolčkov v spremstvu staršev. Pregled je obsežen, vsebuje vse elemente iz s strani delovne skupine predlaganih pregledov ocene zrelosti otroka ob vstopu v šolo in 2. razreda devetletke. Pregled z isto vsebino se opravi tudi za otroke, pri katerih je predlagana odložitev všolanja iz zgornjega odstavka.
3. naslednji sistematski pregled se opravi v tretjem razredu devetletke v drugi polovici šolskega leta (vsebinsa enaka kot jo Delovna skupina predlaga za 4. razred).
4. nadaljnja shema ostane enaka kot jo je predvidela Delovna skupina.

ZDRAVSTVENA VZGOJA

Mislím, da ga ni šolskega zdravnika, ki se ne bi zavedal pomena zdravstveno- vzgojnega dela. Še zlasti v obdobju, ko so številne zdravstvene vsebine izgubile svoje mesto v natrpanih učnih programih, (p)ostaja (ponovno) zdravstvena služba tisti najpomembnejši promotor zdravega življenja in vir pomembnih informacij, s strani interneta in medijev velikokrat zbegani mladini.

Če smo v somatskem delu preventivnih pregledov še dokaj enotni, saj vsebino dokaj jasno opredeljujejo Navodila za izvajanje preventivnih pregledov, vsaj evidentiranje opravljenega dela pa nadzira ZZZS (6-8), pa je na področju zdravstveno-vzgojnega dela ob preventivnih pregledih v Sloveniji zaznati velike razlike.

Glede na temeljno izhodišče, da mora biti predpisani preventivni pregled veljaven in enak za vso Slovenijo je jasno, da bo potrebno natančno opredeliti tudi namen, ciljne skupine, izvajalca, natančno vsebino, obseg in metode zdravstveno-vzgojnega dela z otroki in mladino.

Očitek s strani Ministrstva za zdravje, da na tem področju ni bilo storjenega skoraj nič, pravzaprav drži. Delovna skupina je izdelala dokaj natančno shemo za posamezno starostno skupino predlaganih zdravstveno-vzgojnih vsebin, za naprej pa je bilo dogovorjeno, da bo s strani ministrstva imenovana nova skupina, ki bo sestavljena pretežno iz strokovnjakov s področja zdravstveno-vzgojnega dela, vendar, kot sem že omenil, imenovanja predlaganih članov kljub številnim apelom na ministrstvo ni bilo!

In vse stoji na mestu...

VREDNOTENJE PREVENTIVNIH PREGLEDOV

Kot je v našem zdravstvu pogosto, je Standarde obsega programov v zdravstvenem varstvu otrok, šolarjev in mladine na primarni ravni izdelala zavarovalnica (!?) (dr. Petrič in mag. Svetec iz ZZZS) leta 1998 (9). Ti neživljenski normativi veljajo še danes, vsi dosednji poskusi za korekcijo so bili, kljub načelni podpori Ministrstva za zdravje, neuspešni (10).

Ob preobremenjenosti šolskega zdravnika je težko računati na bistvene kvalitativne premike ob enakem sistemu financiranja.

Glede na upadanje števila otrok boljše vrednotenje preventivnih pregledov v absolutnem merilu ne bi pomenilo večjega izdatka za zdravstveno blagajno, šolskim zdravnikom pa bi omogočilo normalne pogoje dela.

Aktivnosti na tem področju še tečejo.

ZAKLJUČEK

Šolska medicina v Sloveniji je ena od vej medicine, ki je po spremembi političnega sistema in zdravstveni reformi neprestano na prepihu. Enkrat piha z leve, drugič z desne, spet tretjič od zgoraj ali spodaj, najnevarnejši pa je tisti veter, ki nas cepi od znotraj.

Predvsem naše delo na področju preventive je tisto, ki nas definira kot šolske zdravnike, ne glede na to ali smo specialisti šolske medicine, pediatri ali splošni zdravniki. Zato moramo na področju prenove preventivnih programov najti skupen jezik najprej šolski zdravniki sami, nato pa še s pediatri s področja predšolskega zdravstvenega varstva, saj je konec koncev populacija 0-19 let le ena.

Vedno manj nas je in le če bomo držali skupaj bomo preživeli naslednje močne sunke vetra, ki bodo ponovno skušali odpihniti kvalitetno organizacijo zdravstvenega varstva otrok na primarni ravni, ki smo jo podedovali od naših predhodnikov in smo jo dolžni prepustiti našim naslednikom.

Veter se da obrniti tudi v svojo korist, tako da včasih pomaga odpihniti tisto, česar se na počasen način ni dalo rešiti.

Ali nam bo uspelo?

LITERATURA

1. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ur. list RS št. 19/98: 1254-82.
2. EUSUHM – European Union for School and University Health and Medicine. Šolsko in univerzitetno zdravstveno varstvo v Evropi, 1990.
3. American Academy of Pediatrics. Recommendations for Preventive Health Care, 2002.
4. British Pediatric Association. Health services for school age children. London, 1993.
5. Brcar P, Plevnik Vodušek V, Truden Dobrin P, Šoštarič-Likar K, Seher-Zupančič M. Predlog akcijskega plana razvoja zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov na primarni ravni. Slov Pediatr 2004; 11: 127-39.
6. Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2004. Občasnik ZZZS št. 3/2004: 19-59.
7. Splošni dogovor za pogodbeno leto 2004. Občasnik ZZZS št. 3/2004: 2-18.
8. Sklep o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev. ZZZS (sprejeto 21. 7. 2004): 1-9.
9. Petrič D, Svetec S. Standardi obsega programov v zdravstvenem varstvu otrok, šolarjev in mladine na primarni ravni. Gradivo sestanka na ZZZS; 1999: 1-9.
10. Radolli L. Standardi in normativi za delo v šolskem dispanzerju. XV. srečanje pediatrov v Mariboru – zbornik predavanj. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor 2005: 152-4.

16. PREDLOG AKCIJSKIJSKEGA PLANA RAZVOJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA OTROK IN MLADOSTNIKOV NA PRIMARNI RAVNI

prim. asis. mag. Polona Bracar, dr. med., spec. šolske medicine,
Inštitut za varovanje zdravja RS, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana.
Vesna Plevnik Vodusek, dr. med., spec. pediater,
Pediatrska ordinacija, Regentova 70, 1000 Ljubljana.
mag. Polonca Truden Dobrin, dr. med., spec. epidemiolog,
Inštitut za varovanje zdravja RS, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana.
Katja Šoštarč-Likar, dr. med., spec. pediater,
Zdravstveni dom Ajdovščina, Tovarniška 3a, 5270 Ajdovščina.
Margareta Seher Zupančič, dr. med., spec. pediater,
Zdravstveni dom Velenje, Vodnikova 1, 3320 Velenje.

POVZETEK

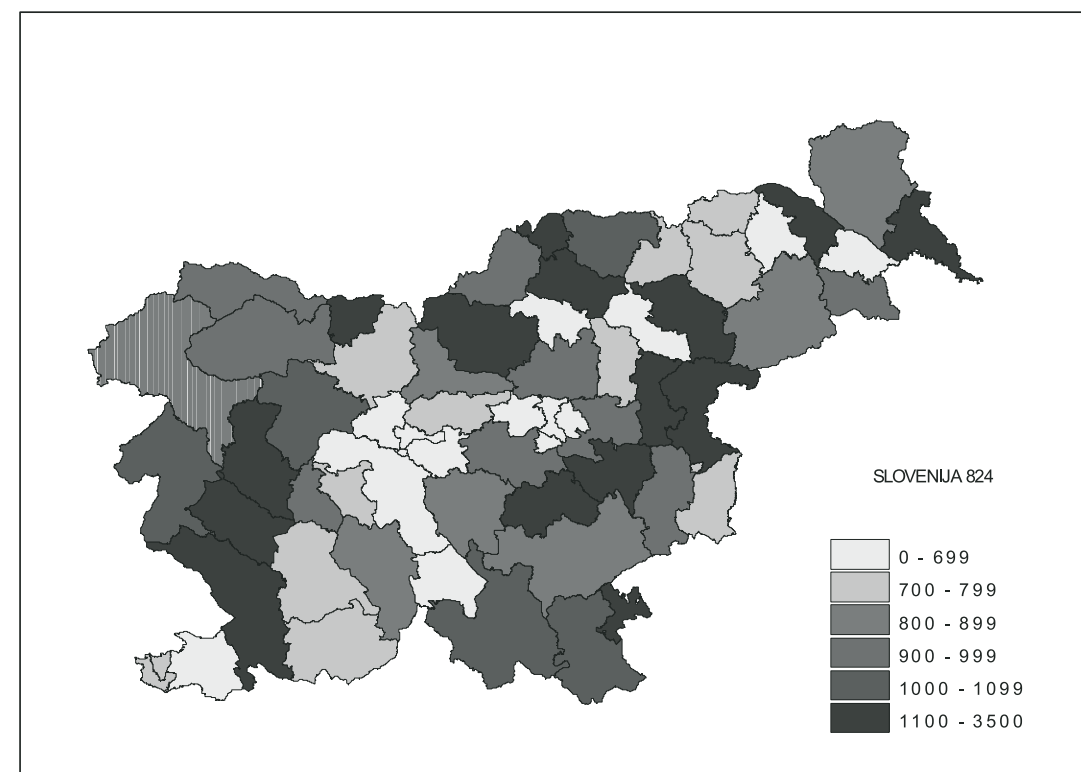
Avtorice poudarjajo, da je telesno, duševno in socialno zdravje otrok in mladostnikov pomemben kazalec družbene, pravne in ekonomske urejenosti, kulturne zrelosti, humanosti in pravičnosti posamezne države h kateremu pomemben del prispeva dostopnost zdravstvenega varstva.

Zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov v Sloveniji sega v začetek prejšnjega stoletja, ko je mestna oblast v Ljubljani zaposlila prvega pediatra in prva dva šolska zdravnika na primarni ravni, da bi poskrbeli za zdravljenje in preventivno varstvo otrok in šolarjev. Danes, stoletje kasneje je zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov organizirano po principu dobre kadrovske in lokalne dostopnosti ter prepoznavnosti službe na vseh treh nivojih zdravstvenega varstva, prilagojeno potrebam populacijske skupine. Zdravstveno varstvo na primarni ravni je organizirano v 59 zdravstvenih domovih in njim pripadajočih zdravstvenih postajah ter 41 zasebnih otroških in šolskih ordinacijah. Mreža primarnega zdravstvenega varstva je postavljena po principu upravnih enot (več občin skupaj) in tako lokacijsko blizu uporabnikom. V vsakem zdravstvenem domu je organizirana služba za zdravstveno varstvo predšolskih otrok, zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine ali pa skupaj, za otroke in mladino ter splošna dežurna služba, ki skupaj zagotavljajo 24 urno delovanje, brez čakalnih dob. Tudi zasebne otroške in šolske ordinacije imajo praviloma varstvo otrok in mladostnikov ločeno od varstva odraslih, so pa v nekaterih primerih slabše prepoznavne (niso v sklopu stavbe zdravstvenega doma). V teh varstvih po Sloveniji je bilo v letu 2003 zaposlenih 300 zdravnikov izračunanih iz ur (55% specialistov pediatrov, 26 % specialistov šolske medicine in 19 % zdravnikov splošne medicine), ki izvajajo zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov polni delovni čas (zdravljenje bolnih in izvedbo celotnega nacionalnega preventivnega programa s cepljenjem). Omenjeno zdravstveno varstvo uporabljajo otroci in mladostniki do vključno 19. leta starosti oziroma do konca srednješolskega izobraževanja. V krajih, kjer ni posebej organizirano zdravstveno varstvo študentov kot v Ljubljani in Mariboru, pa tudi študenti na višjih in visokih šolah, kot npr. v Novem Mestu, v Celju, v Kopru.... Le v nekaterih, bolj ruralnih in slabše poseljenih krajih, služba ni organizirana ločeno za otroke in mladostnike in le ti lahko poiščejo pomoč samo pri splošnem zdravniku, ki skrbi tudi za odraslo populacijo. V Sloveniji je takih splošnih zdravnikov 47 in namenijo v povprečju 21% svojega delovnega časa varstvu otrok in mladostnikov. V večini ti zdravniki zdravijo otroke in mladostnike, nekateri od njih izvajajo tudi nacionalni preventivni program za opredeljene.

S pomočjo demografskih podatkov, veljavnih kadrovskega normativov, posnetka stanja preskrbljenosti in pričakovane dinamike upokojevanja so avtorji pripravili predlog kadrovske mreže timov, katerega

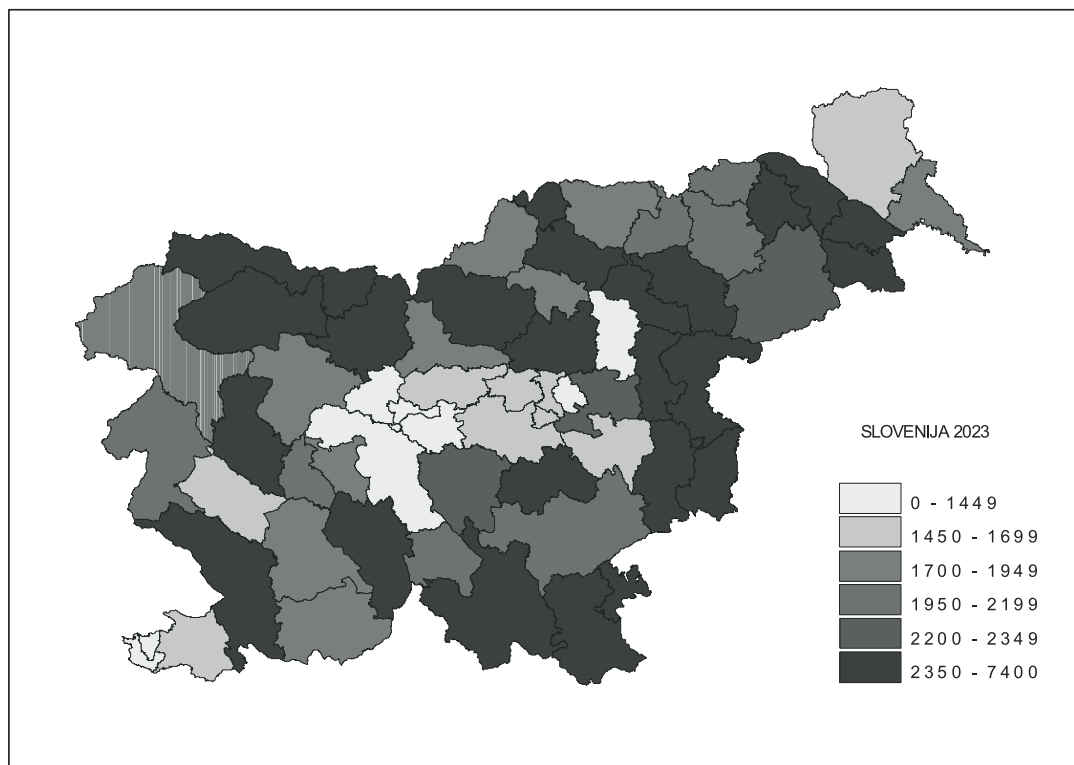
nosilec je specialist pediater (specialist šolske medicine), v zdravstvenem varstvu otrok in mladostnikov po upravnih enotah. Pripravili so predloge za takojšnje ukrepanje in potrebe za razpis specializacijskih mest iz pediatrije. Stanje kadrovske preskrbljenosti otrok (0-6 let) in mladine (7-19 let) z zdravniki, se je do leta 2000 v "zdravstvenem varstvu predšolskih otrok" in "zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine" postopno izboljševalo, normativno za celo državo. V posameznih lokalnih okoljih je bila kadrovska preskrbljenost ves čas kritična, ponekod na meji izvedljivosti programa (depriviligirana področja). Po letu 2000 se je stanje v posameznih lokalnih okoljih še dodatno poslabšalo, ko se je preskrbljenosti začela postopno zniževati zaradi upokojevanja zdravnikov in pomanjkanja zdravnikov in specialistov pediatrije za nadomeščanje le-teh, kljub zmanjševanju števila otrok zaradi nizke rodnosti. Tako smo v Sloveniji koncem leta 2003 v zdravstvenem varstvu predšolskih otrok beležili 839 otrok (0-6 let) na zdravnika iz planiranih ur (963 otrok na zdravnika specialista iz planiranih ur) in v zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine 1944 otrok (7-19 let) na zdravnika iz planiranih ur (2862 otrok na zdravnika specialista iz planiranih ur) (slika 1 in 2).

Slika1. Stopnja preskrbljenosti otrok, starih 0 do 6 let v zdravstvenem varstvu predšolskih otrok v letu 2003, Slovenija



Vir: Projekt racionalizacije oz. nove organizacije pediatrije na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva

Slika 2. Stopnja preskrbljenosti mladih, starih 7 do 19 let v zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine v letu 2003



Vir: Projekt racionalizacije oz. nove organizacije pediatrije na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva

Tudi v prihodnje glede na starostno strukturo zdravnikov, specialistov pediatrov in specialistov šolske medicine v otroškem in mladinskem varstvu, pričakujemo še nadaljnje slabšanje preskrbljenosti, ki bo v posameznih okoljih močno zmanjšala dostopnost zdravstvenega varstva in ogrozila izvedljivost preventivnega programa. Zato je potrebno takoj zaposliti 10 zdravnikov, razporediti delo med varstvi ali zagotoviti pomoč med zdravstvenimi zavodi vsaj za izvedbo preventivnega programa. V prihodnjem desetletnem obdobju bo neugodna starostna struktura zaposlenih zdravnikov otežila reševanje kadrovske preskrbljenosti, saj bo prvi pogoj za upokožitev doseglo 115,7 zdravnikov, izračunanih iz ur, v prvem in 54,5 zdravnikov izračunanih iz ur v drugem petletnem obdobju. Glede na dosedanjo dinamiko upokojevanja zdravnikov ni pričakovati, da se bodo upokojevali že ob prvem pogoju, vendar je kljub temu potrebno planirati specializacije iz pediatrije za 115 zdravnikov v prvem in 64 zdravnikov v drugem petletnem obdobju, da bi ohranili mrežo stabilno.

Iz prikazanega je razvidno, da se bomo soočili s kadrovsko problematiko, ki bo najbolj prizadela nerazvita in depriviligirana področja in vnesla neenakost v dostopnosti. Zato mora Ministrstvo za zdravje pripraviti plan ukrepov za reševanje nastalih problemov (boljše nagrajevanje dela v depriviligeranih okoljih, pravočasno planirane specializacije, pomoč med zdravstvenimi zavodi z izmenjavo kadra, določitev minimalnega nabora preventivnih aktivnosti in kadrovskega normativov, ki jih določi stroka, prenos dela nalog na usposobljene medicinske sestre in babice, podporo boljši organizaciji dela predvsem s preprečevanjem odliva pediatrov v splošno medicino in obratno, pripravo postopkov za

vključitev zdravnikov iz tujine...). Prav v stanju slabe preskrbljenosti mora Ministrstvo za zdravje skupaj z odgovornimi zbornicami, stroko in Univerzami še bolj zavzeto podpreti in omogočiti strokovno usposobljenost in usposabljanje zdravstvenega osebja za delo z otroci in mladostniki, ki je pomemben dejavnik dostopnosti in racionalnosti (pravočasno posredovanje doktrinarnih sprememb, zagovarjanje enotne doktrine, obvladovanje komunikacijskih veščin, razčiščevanje moralno-etičnih dilem...).

Za izboljšanje kakovosti zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov bo v prihodnje Ministrstvo za zdravje v sodelovanju s stroko moralo opraviti organizacijske spremembe v javni mreži. Postavitev Dežurnih centrov za otroke in mladostnike z namenom zagotoviti 24 urno skrb za otroke in mladostnike s strani pediatra, zmanjšanje nihanja kadrovske preskrbljenosti v manjših okoljih s prekrivanjem zdravnikov in medicinskih sester primarne in sekundarne ravni zdravstvenega varstva, preoblikovanje malih otroških oddelkov v centre z dnevno bolnišnično oskrbo in opazovalnico ter potrebno ambulantno specialistično dejavnostjo, uvedba grupne prakse (sodelovanje družinske medicine in pediatrije) in postavitev posvetovalnic za otroke in mladostnike v katere bodo vključeni strokovnjaki različni področji, kar vse sodi med velike spremembe v organizaciji zdravstvenega varstva.

Vlada Republike Slovenije se mora glede dostopnosti zdravstvenega varstva otrokom in mladostnikom jasno opredeliti v Nacionalnem planu razvoja zdravstvenega varstva za daljše časovno obdobje in ga pravno-formalno urediti z zakonskimi in podzakonskimi akti, ker je to pogoj za postavitev kadrovskega normativov in razvoj javne mreže na vseh nivojih zdravstvenega varstva.

Celoten članek »Predlog akcijskega plana razvoja zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov na primarni ravni« je objavljen v Slovenski Pediatriji.

17. PRESEJALNI TESTI MOTENJ RASTI IN PREHRANJENOSTI; OCENA RASTI IN PREHRANJENOSTI ŠOLARJEV ASSESSMENT OF SCHOOLCHILDREN GROWTH AND WEIGHT

Majda Troha, dr. med. ZD Idrija

Ključne besede: telesna višina, telesna teža, indeks telesne mase (ITM), rast, razvoj

Key words: height, weight, body mass index (BMI), growth, nutrition

IZVLEČEK

Z merjenjem telesne višine in teže na sistematičnih pregledih ugotavljamo dinamiko rasti in prehranjenosti posameznega otroka. Podatki o rasti in prehranjenosti v celotni populaciji imajo tudi širši javnozdravstveni pomen. V primeru odstopanj od normale je treba izvesti ustrezno diagnostiko in otroka zdraviti oziroma s preventivnimi programi izboljšati njegove prehranske navade in vplivati na redno telesno aktivnost. Pomembno pa je, da meritve izvajamo natančno in rezultate pravilno in čimbolj enotno ovrednotimo.

ABSTRACT

Height and weight measurements are part of a scheduled preventive health visit, during which dynamics of growth and nutrition of an individual child are established. Information about growth and nutrition in the whole population also has a wider meaning for public health. A record of a deviation from the normal enables an early detection of a possibly underlying disorder and its treatment. If no disease is detected, health promotion activity can exert influence on proper nutrition and sufficient physical exercise. The assessment of a child's growth and nutrition requires accurate measurement techniques as well as correct and uniform evaluation of the results.

UVOD

Spremljanje otrokove rasti in prehranjenosti je ena izmed temeljnih nalog vsakega pediatra in šolskega zdravnika. Rast je namreč poleg razvoja glavna značilnost otroške dobe in istočasno zelo natančen in občutljiv kazalec otrokovega zdravja (1,2). Odstopanja od normale so lahko znak zelo različnih prirojenih in pridobljenih bolezni. Pri nekaterih kroničnih boleznih sta lahko telesna višina in teža pomemben kazalec uspešnosti ali stranskih učinkov terapije. Nenazadnje so lahko manjši ali večji odstopi v rasti in prehranjenosti tudi znamenje psihosocialne deprivacije (1,3).

MOTNJE RASTI

Z enkratnimi meritvami je zastoj v rasti zaradi nezadostne prehrane težko ločiti od družinske in konstitucionalne nizke rasti ali astenične konstitucije posameznika (3). Zato je zelo pomembno longitudinalno sledenje otrok (3).

Meritve ob vsakem sistematičnem pregledu izvaja usposobljena medicinska sestra. Preiskovanca meri z višinomerom. Le-ta mora biti pri merjenju v spodnjem perilu in bos. Stati mora vzravnano. Stopali se dotikata s petami, glava je v frankfurtskem položaju (sredina zunanje odprtine sluhovoda je v isti liniji kot spodnji rob orbite) (3). Pogled odčitavalca mora biti usmerjen čimbolj vodoravno na merilo. Izmerjeno vrednost odčita na 1 mm natančno, jo zabeleži v tabelo in vriše v nomogram.

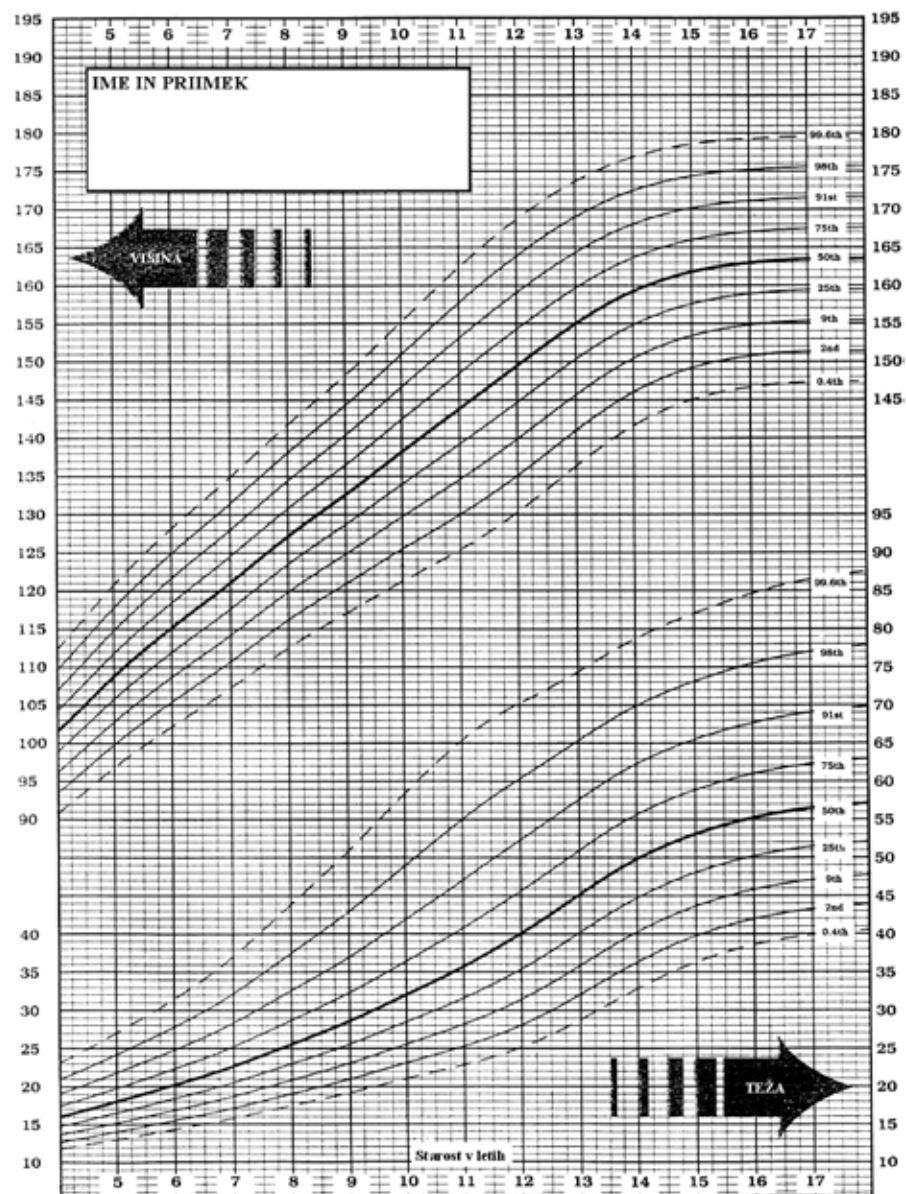
Za ocenjevanje zdravniki uporabljamo nomograme s percentilnimi krivuljami. Le-ti niso enotni za ves svet. Idealno bi bilo, če bi imeli na razpolgorastne krivulje, izdelane na osnovi meritev naše populacije otrok, saj se vzorec rasti in končne višine med posameznimi narodi in etničnimi skupinami

razlikuje (1,6). V Sloveniji so se znanstvene raziskave telesnega razvoja otrok in mladine izvajale že od leta 1939 dalje, približno vsakih deset let. Zadnje meritve za raziskovalne namene, ki so zajele otroke po vsej Sloveniji, so potekale v letih 1990-92 (5). Percentilne krivulje rasti pa obstajajo le za ljubljanske otroke. Izdelali so jih sodelavci Oddelka za biologijo Biotehnične fakultete Univerze v Ljubljani in Inštituta za varovanje zdravja ter jih leta 1996 objavili v publikaciji Ocena telesne rasti in razvoja otrok in mladine v Ljubljani. Ker te niso reprezentativne, uporabljamo tuje nomograme, ki nam pomagajo, da ob upoštevanju pubertetnega razvoja otroka njegovo višino primerjamo z višino vrstnikov, vsakega posameznika pa tudi longitudinalno sledimo (6). Za spodnjo in zgornjo mejo normalnosti se uporabljata 3. in 97. percentila (1). Če je spodnja meja 3. percentila, so v območju nizke rasti tudi tisti otroci, pri katerih gre za familiarno in konstitucionalno nizko rast, ki sta pravzaprav varianti normalne rasti, patološke nizke rasti je le 20% (1,2). V literaturi najdemo kot spodnjo mejo tudi 0,4. in zgornjo mejo 99,6. percentilo. V tem primeru ima večina otrok, ki imajo tri standardne odklone pod povprečjem, patološki vzrok za nizko rast (2). Tako se izognemo lažnemu vznemirjanju otrok in staršev. Slednje smernice upoštevajo tudi navodila v angleških nomogramih iz leta 1995. (prilogi 1 in 2) Prav tako pomembna je tudi dinamika rasti otroka, zato moramo ukrepati, če otrokova krivulja rasti križa eno ali celo dve centilni krivulji.

DEKLETA

NOMOGRAM TELESNE RASTI (5 - 18 LET)

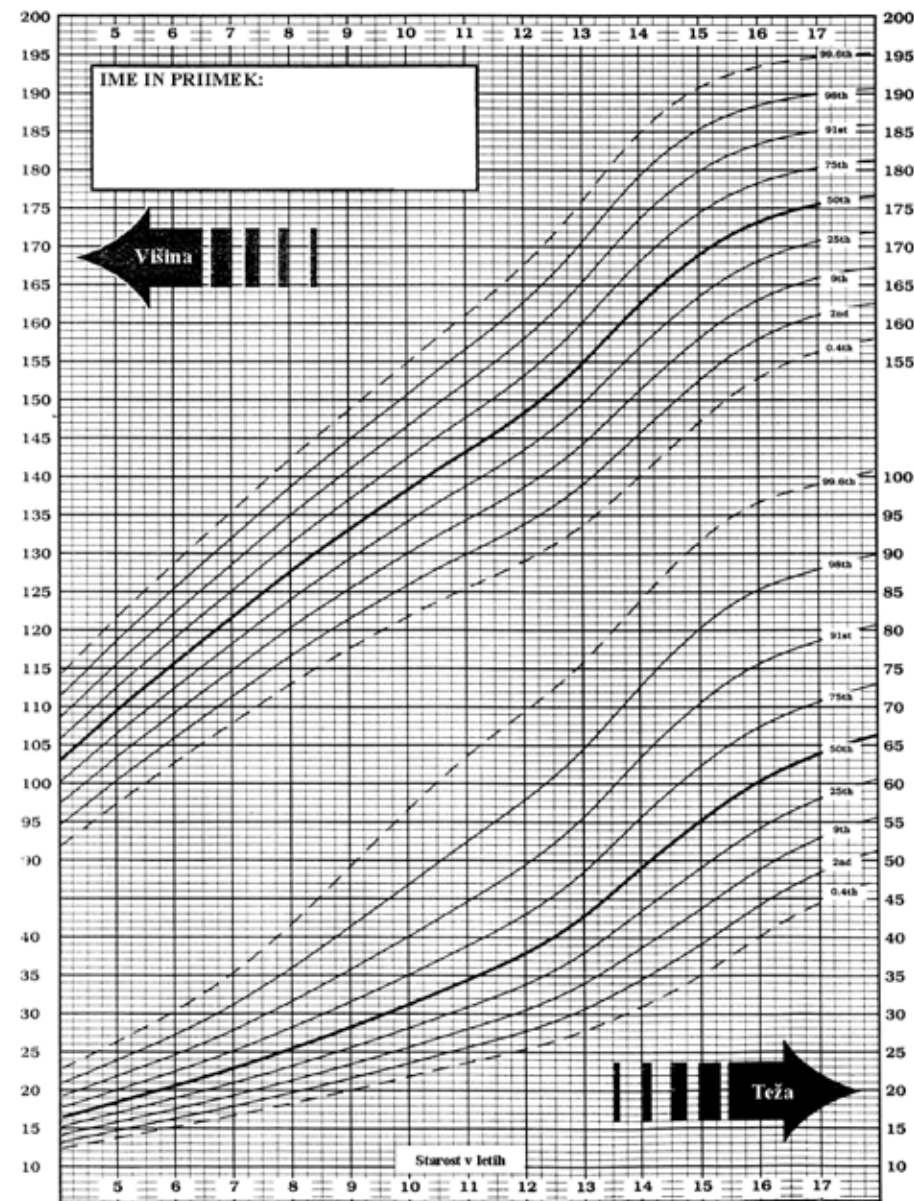
United Kingdom cross-sectional reference data: 1994/1



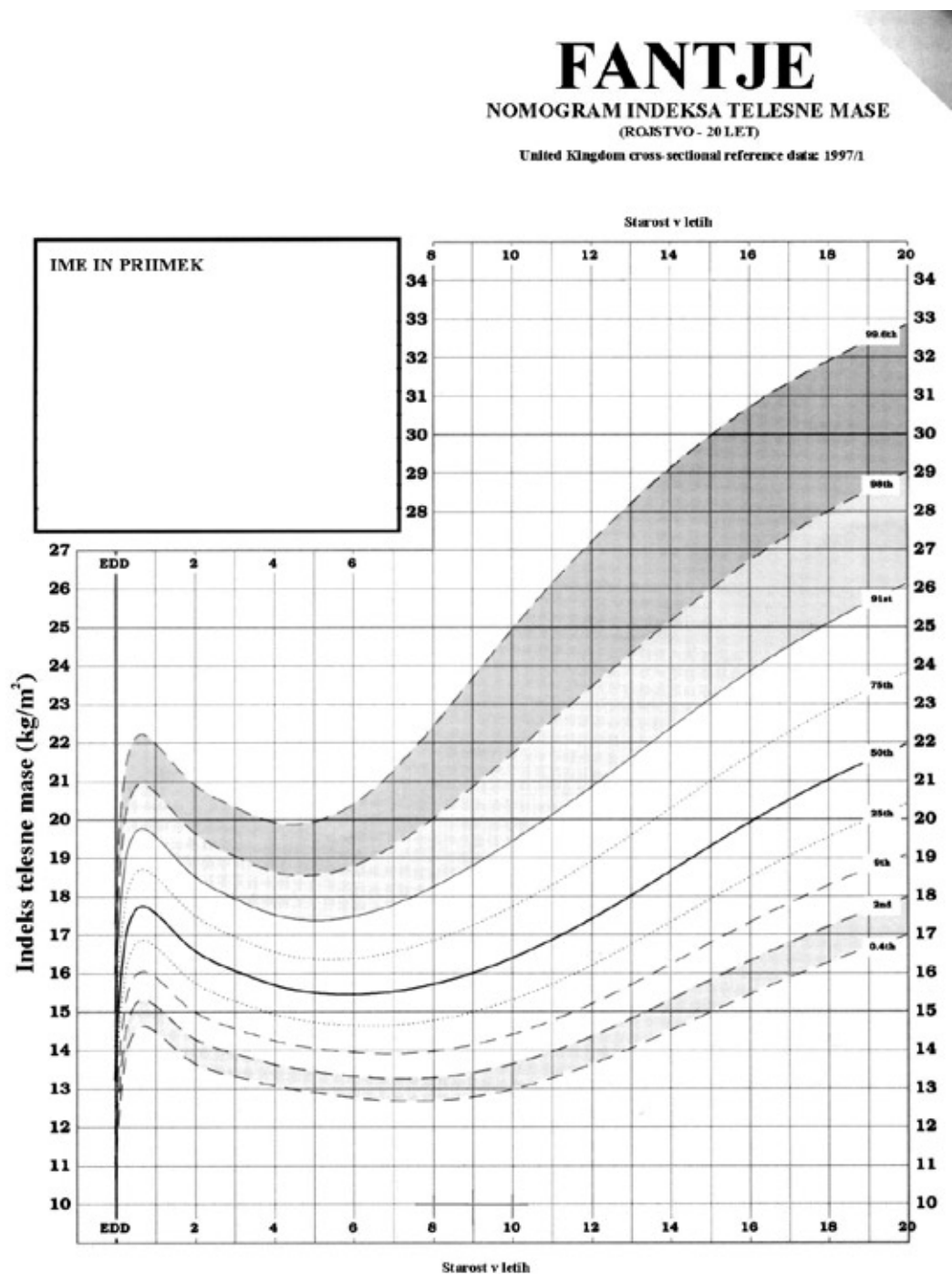
FANTJE

NOMOGRAM TELESNE RASTI (5 - 18 let)

United Kingdom cross-sectional reference data: 1994/1



Priloga 4: Nomogram ITM za fante od 5 do 18 let (Prirejeno po Boys BMI Chart (Birth – 20 Years) United Kingdom cross sectional reference data: 1997/1; Designed and Published by Child Growth Foundation 1997/1)



Priloga 5: Mednarodne mejne vrednosti ITM za prekomerno hranjene in debele otroke med 2. in 18. letom, ločeno po spolu. Prirejeno po (10).

Starost	BMI 25 kg/m^2		BMI 30 kg/m^2	
	Dečki	Deklice	Dečki	Deklice
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2,5	18,31	17,76	19,8	19,55
3	17,89	17,56	19,57	19,36
3,5	17,69	17,4	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,3	19,17
5,5	17,45	17,2	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,6	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,1	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24	24,11

LITERATURA:

1. N. Bratanič. Rast in otrokovo zdravje. Ogroženo zdravje mladostnikov. Zbornik II. Kongresa šolske in visokošolske medicine Slovenije, Ljubljana, 1998; 151-160.
2. W. Feldman. Evidence - Based Pediatrics. Height and Weight Measurement.. Hamilton, London, Saint Louis, 2000; 22-23, 65 -77.
3. C. Kržišnik, T. Battelino. Vpliv prehrane na rast in razvoj otrok in mladostnikov. Slov. Pediatrija 1998; 5:24-27.
4. D. Hall and D. Elliman. Health For All Children 4th Edition. CH 8: Growth Monitoring and Nutrition. http://www.health-for-all-children.co.uk/hfac4_draft.htm.
5. M. Štefančič, U. Arko in sod. Ocena telesne rasti in razvoja otrok in mladine v Ljubljani. Zdrav Var 1996; Suppl. 1:11-22.
6. Ž. Prebeg. Tjelesni rast i razvoj. Ginekologija dječje i adolescentne dobi, Jugoslov. Med. naklada, 1980; 35-67.
7. N. Bratanič. Epidemiologija debelosti v Sloveniji. In: Debelost in motnje hranjenja. Ljubljana: Littera picta d. o. o, 2000; 38-43.
8. D. Strmole. Prehranjevalne navade in zdravstveno stanje sedmošolcev s povišanim indeksom telesne mase. Mladostnik in zdravje. Tretji kongres šolske in visokošolske medicine Slovenije, Novo Mesto. Zdrav Var 2001; 64: Suppl: 145-161.
9. L. Edmunds, E. Waters, E. J. Elliott. Evidence based paediatrics. Evidence based management of childhood obesity. BMJ 2001; 323: 916-919
10. T. J. Cole, M. C. Bellizzi, K. M. Flegal, W. H. Dietz. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1-6.
11. N. Uršič Bratina. Ocena enostavne debelosti pri otroku in mladostniku. In: Debelost in motnje hranjenja. Ljubljana: Littera picta d. o. o, 2000; 44-57.
12. I. Keber. Kasne posledice debelosti v otroški dobi. In: Debelost in motnje hranjenja. Ljubljana: Littera picta d. o. o, 2000; 69-73.

13. M. Breclj Kobe. Motnje hranjenja v otroštvu in pomen zgodnjega odkrivanja. In: Debelost in motnje hranjenja. Ljubljana: Littera picta d. o. o, 2000: 105-111.
14. M. Y. Jackson, J. M. Proulx, S. Pelican. Obesity prevention. Am. J Clin Nutr. 1991; 53:1625S-30S.
15. B. Žemva. Psihološka pomoč pri hujšanju. In: Debelost in motnje hranjenja. Ljubljana: Littera picta d. o. o, 2000: 91-97.
16. T. Battelino. Uspehi programov hujšanja in posebne diete. In: Debelost in motnje hranjenja. Ljubljana: Littera picta d. o. o, 2000: 98-101.

18. STANJE PREHRANJENOSTI SREDNJEŠOLCEV MARIBORSKE REGIJE

Sabina Rozman-Golčar

Dispanzer za šolske otroke in mladino

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

KLJUČNE BESEDE: Srednješolci, debelost, prehrabene navade

KEY WORDS: Middle-school population, obesity, nutrition habits

IZVLEČEK

Namen: s spremenjenimi življenjskimi navadami narašča tako prevalenca debelosti kot tudi slabe prehranjenosti. Naloga prikazuje stanje prehranjenosti v srednješolski populaciji mariborske regije.

Metode : vključenih je bilo 5547 otrok. Podatki so bili zbrani tekom rednih sistematskih pregledov v šolskem letu 2001/2002.

Rezultati: ugotavljamo visoko prevalenco prekomerne prehranjenosti (17,9%) in debelosti(8,3%), ki je primerljiva z evropskimi državami. Večji delež predstavljajo dečki, srednješolci poklicnih šol. Nižja prevalenca je ugotovljena v višji starostni skupini. Visok je tudi delež slabo prehranjenih otrok (5,9%). Slaba prehranjenost je prisotna več pri deklicah, predvsem v višjih letnikih gimnazijskih programov. Sklepi: rezultati raziskave kažejo, da predstavlja predvsem prekomerna prehranjenost pomemben zdravstveni problem, ki zahteva boljše preventivne programe.

ABSTRACT

Purpose: with the changed lifestyle and living manners both, overweight and obesity prevalence and malnutrition grows. This study shows the state of nourishment in the middle-school population of the Maribor region.

Methods: 5547 children were included. The data were collected during the systematic check-ups in the school year 2001/2002.

Results: a high prevalence of overweight (17,9%) and obesity (8,3%), comparable with European countries. Vocational middle-school boys represents the major part. Lower prevalence is detected in the higher age group. The percentage of malnourished children is also high (5,9%). Malnutrition is more present with girls, especially in the higher grades of high-school programs..

Conclusions: the results of the research shows that mainly the overweight is becoming an important medical problem, which requires better preventive programs.

UVOD

Tako debelost kot motnje prehranjevanja sta zaradi visoke prevalence in naraščajoče incidence pomemben zdravstveni problem že v obdobju otroštva in mladostništva.

Prevalenca debelosti v zadnjih desetletjih stalno narašča in prerašča že v epidemične razsežnosti. Prekomerno prehranjevanje oziroma prehrana s preveliko vsebnostjo maščob ter spremenjen način življenja s premalo telesne aktivnosti sta na prehodu v novo tisočletje poglavitna vzroka verjetno najpogostejše kronične bolezni – debelosti (1). S stalno naraščajočo prevalenco debelosti pa naraščajo tudi debelosti pridruženi zapleti ter kronične bolezni, ki so sicer redko problem v otroškem obdobju, vendar se s pojavom naraščajoče debelosti že od zgodnjih otroških let dalje čas pojavnosti kroničnih bolezni pomika v nižje starostne skupine (npr. sladkorna bolezen tip 2)(2). Debeli otroci, starejši od šest let, imajo v primerjavi z normalno prehranjenimi nekajkrat višje tveganje za debelost v odrasli dobi (3).

Debelost prerašča že v pandemične razsežnosti, saj je prisotna v večini starostnih obdobij, zajema visok delež populacije in se pojavlja v širokem geografskem področju (2). Visoka prevalenca debelosti je bila sprva značilna za razvite dežele, v zadnjih dveh desetletjih pa postaja problem tudi v preostalih delih sveta – v državah z bivšo komunistično ureditvijo, Srednjem Vzhodu in Latinski Ameriki (3,4).

Po definiciji debelost pomeni prekomerno količino maščobnega tkiva, prevelika telesna teža pa je lahko posledica kopičenja maščobnega ali tudi nemaščobnega tkiva (kosti, mišice). Po veljavni doktrini se za opredeljevanje debelosti uporablja indeks telesne mase (ITM), ki ga izračunamo tako, da telesno težo delimo s kvadratom višine (kg/m²). Za ITM velja, da relativno dobro korelira s količino maščevja v telesu ($r = 0,7-0,8$) (6). Kriterij za prekomerno prehranjenost pri odraslih je ITM med 25 in 30 kg/m², za debelost pa nad 30 kg/m². Pri otrocih so izdelani kriteriji za debelost prav tako na osnovi izračuna ITM, ki zaradi spreminjanja s telesno višino sicer ni idealno merilo, vendar je enostavna indirektna metoda za oceno maščevja v telesu. Pri vrednotenju moramo upoštevati otrokov spol, starost, raso in pubertetni stadij. Kot debeli so opredeljeni otroci, katerih ITM je višji od 95. percentile za starost in spol (1).

Študij, ki se ukvarjajo s problemom prekomerne prehranjenosti in debelosti, je bilo opravljenih ogromno. Problem nastopi pri primerjavi rezultatov teh študij, predvsem zaradi različnih definicij oziroma kriterijev debelosti in prekomerne prehranjenosti, saj je mejna vrednost različno postavljena (5,6). Prav tako so bile uporabljene različne metode za ugotavljanje debelosti (poleg ITM najpogosteje še debelina kožne gube), različni standardi (uporaba lokalnih, ali kjer niso izdelane lokalne, uporaba privzetih percentilnih krivulj za ITM) (7). Prav tako se študije razlikujejo po izbrani populaciji glede na starostno skupino. Vsem študijam pa je skupno, da ugotavljajo stalno naraščajočo prevalenco prekomerne prehranjenosti in debelosti v vseh starostnih skupinah razen pri starostnikih po 70. letu ter pojavljanje debelosti v tesni povezavi s prisotnostjo debelosti v družini (8).

V ZDA, kjer potekajo periodične epidemiološke raziskave, so ugotavljajo med leti 1960 in 1980 dokaj stalno prevalenco debelosti, ki je v zadnjih dveh desetletjih strmo narasla. Otrok je prekomerno prehranjenih 25%, od tega je 14% debelih (6, 9,10). Prevalenca debelih in prekomerno prehranjenih evropskih otrok je v primerjavi z ameriškimi nižja, med šolarji je med 14,5% -19,5% prekomerno prehranjenih, od tega jih je v povprečju 8% debelih (11, 12, 13, 14).

Podatkov o debelosti v Sloveniji skorajda nimamo. Na nacionalnem nivoju študija o stanju prehranjenosti otrok še ni bila narejena. Raziskava Debelost pri otrocih v mariborski regiji iz leta 1991 je obravnavala prevalenco debelosti predšolskih in šolskih otrok do starosti 11 let in ugotavlja nižje prevalence v primerjavi z ameriškimi otroci oziroma prevalenco, ki so jo v Ameriki ugotavljali v 70-letih, ko še ni bilo trenda naraščanja (8). Druga raziskava pa je bila v istem obdobju narejena v okviru Inštituta za varovanje zdravja. Opravljene so bile antropometrične meritve ljubljanskih otrok, starih 7 do 18 let. Izračunane ITM so razporedili v percentilne krivulje. Ugotovljeno je bilo, da so vrednosti ITM naših otrok v primerjavi z ameriškimi iste starosti nižje, v primerjavi s francoskimi pa višje (15). Podatki o prevalenci debelosti v tej skupini otrok niso objavljeni. Po ocenah strokovnjakov, ki se ukvarjajo s problemom debelosti, je v Sloveniji med 10% do 15% otrok prekomerno prehranjenih in debelih (11).

Kot druga skrajnost se pojavlja problem slabe prehranjenosti in motenj prehranjevanja. Najpogostejša oblika motenj prehranjevanja je anoreksija nervosa (AN), za katero je v zahodnih državah ugotovljena visoka prevalenca (0,2-1%)(17,18) in s stalno naraščajočo incidenco, ki se je v zadnjih desetletjih povečala od 4-5x (18,19). Vrh obolevanja je v srednješolski populaciji (14-18 let). Fantje predstavljajo 5-10% vseh obolelih, z izjemo zgodnjih oblik, kjer so zastopani v višjem odstotku (30%) (20).

PREISKOVANCI

Raziskava je zajela srednješolke in srednješolce prvih in tretjih letnikov vseh mariborskih srednjih šol, ki so bili pregledani tekom rednih sistematskih pregledov v šolskem letu 2001/2002. Vključenih je bilo skupno 5547, od tega 2430 deklet in 3117 fantov, starih od 15 do 19 let. Srednješolci mariborskih srednjih šol prihajajo iz podravske regije in predstavljajo večji del S-V regije Slovenije.

METODE DELA

V sklopu sistematskega pregleda smo vsakemu otroku izmerili telesno višino s stadiometrom in telesno maso z digitalno tehtnico. Iz teh dveh parametrov smo izračunali ITM. Pri vsakem od otrok je izbrani zdravnik zabeležil podatek, ali se je že obravnaval zaradi motenj prehranjevanja.

Za opredelitev debelosti smo uporabili ITM, za katerega velja, da dobro korelira s količino maščevja v telesu. Ugotovljeno je, da ima ITM visoko specifičnost za debelost in slabo senzitivnost (21).

Nacionalne percentilne krivulje za ITM nimamo izdelane. Kot standard za evropske otroke smo izbrali angleško percentilno krivuljo (22), po kateri smo kot debele opredelili otroke z ITM nad 98. percentilo, otroke z ITM nad 90. percentilo pa kot prekomerno prehranjene – to je skupina s povečanim tveganjem za nastanek debelosti.

ITM pod 10. percentilo za starost in spol je bil opredeljen kot prenizka telesna teža.

REZULTATI

V študiji smo obravnavali 5547 otrok, od tega 2430 deklet in 3117 fantov, starih od 15 do 19 let. Pri dečkih je prekomerno prehranjenih 21%, od tega je 9,8% debelih. Pri deklicah je delež nekoliko nižji - 14% jih je prekomerno prehranjenih, od tega 6,3% debelih. Skupno je cca. 18% otrok prekomerno prehranjenih in več kot 8% debelih. ITM prekomerno prehranjenih otrok se statistično pomembno razlikuje in je višji pri otrocih višjega letnika tako v skupini gimnazijcev ($p=0,013$) kot pri ostalih ($p=0,00098$). Višji je tudi ITM otrok, ki obiskujejo negimnazijske programe v primerjavi z gimnazijskimi, razlika je statistično pomembna (0,0073).

S pomočjo statističnega programa smo izračunali 95. percentilo ITM glede na spol in starost (podani sta tudi 5. in 50. perc.) ter dobljene vrednosti primerjali z rezultati, ki so bili dobljeni z raziskavo narejeno za ljubljansko regijo 10 let pred našo. Ugotovili smo, da so vrednosti ITM naše študije v enakih starostnih skupinah višje glede na zgoraj omenjeno raziskavo.

V skupini otrok s prenizko telesno težo (pod 10. percentilo za starost, spol) je med deklicami višji delež (7,6% vseh deklic) glede na dečke (4,7%). Pri obeh spolih je delež višji pri starejših letnikih. Delež presuhih otrok je pri obeh spolih višji pri otrocih, ki obiskujejo gimnazijske programe.

Zdravnike, ki so izvajali sistematske preglede smo prosili, da zapišejo, če jim je znano oz. je zabeleženo v kartoteki, ali se kdo od otrok že vodi pri pedopsihiatru zaradi motenj prehranjevanja. Pozitiven odgovor je bil pri 14 otrocih, od tega treh dečkih.

RAZPRAVA

V raziskavi smo zajeli približno polovico celotne srednješolske populacije, ki obiskuje mariborske srednje šole in prihaja iz večjega dela S-V regije Slovenije.

Med preiskovanci smo ugotovili visok delež prekomerno prehranjenih in debelih (17,9%). Naš rezultat sovпада z rezultati študij evropskih otrok, kjer se prevalenca giblje med 14,5-19,5%. Tako se prevalenca otrok S-V regije nahaja blizu zgornje meje prevalence ugotovljene za evropske otroke in je nižja od prevalence pri ameriških otrocih. (8,5%) otrok je debelih in predstavljajo približno polovico vseh prekomerno prehranjenih otrok. Rezultat je zelo podoben izsledkom študij za ostale evropske države,

kjer je prevalenca debelih v povprečju 8%. Prevalenca debelosti naših otrok je približno 6% nižja v primerjavi z ameriškimi otroci.

Med prekomerno prehranjenimi in debelimi otroci je višji delež pri dečkih. Večina raziskav ne ugotavlja večjih razlik med spoloma. Možna razlaga je, da deklice v tem starostnem obdobju v povprečju bolj skrbijo za izgled in s tem na telesno težo. Večji delež prekomerno prehranjenih in debelih je v prvem letniku srednje šole, ki ga predstavljajo nižje starostne skupine, kar kaže na to, da otroci začnejo s hujšanjem predvsem v višjih letnikih.

Primerjava rezultatov glede na program, ki ga otroci obiskujejo kaže, da je med gimnazijci nižji delež prekomerno prehranjenih in debelih napram otrokom, ki obiskujejo poklicne šole. Rezultat govori morda za boljše razgledanost in zdrav način življenja med gimnazijci.

S pomočjo statističnega programa smo izračunali 5., 50. in 95. percentilo za ITM glede na spol in starost ter dobljene vrednosti primerjali z rezultati, ki so bili dobljeni z raziskavo narejeno za ljubljansko regijo 10 let pred našo. Ugotovili smo, da so vrednosti ITM naše študije v enakih starostnih skupinah pri obeh spolih višje glede na zgoraj omenjeno raziskavo. Primerjava ni povsem objektivna, ker so bili obravnavani otroci iz dveh različnih regij Slovenije, podatkov iz mariborske regije za to starostno skupino pa nimamo.

Rezultati prav tako kažejo visoko prevalenco otrok s prenizko telesno težo. Med deklicami je (7,6%) s prenizko telesno težo, med dečki pa manj (4,7%).

V višjem letniku je delež otrok s prenizko telesno težo nižji. Iz tega sklepamo, da začnejo namensko hujšati otroci v višjih letnikih, kjer je več suhih in manj prekomerno prehranjenih. Višji delež otrok s prenizko telesno težo je tako pri dečkih kot pri deklicah pri gimnazijcih, kar je bil glede na dosedanja opažanja pričakovan rezultat.

Pozitiven odgovor glede motenj prehranjevanja je bil le pri štirinajstih otrocih, od tega treh dečkih. Glede na prevalenco motenj prehranjevanja, ki se v evropskih državah giblje med 0,2% in 1%, je bil pričakovan v naši izbrani skupini, ki je zajemala več kot 5500 otrok, večji delež otrok, ki se obravnava zaradi motenj prehranjevanja. Zelo nizko število govori verjetno ali za nizko prevalenco ali pa za premajhno pozornost do tega problema.

ZAKLJUČEK

Študije v zadnjih letih kažejo na stalno naraščajočo prevalenco debelosti, ki ima že skoraj epidemične razsežnosti. Rezultati raziskave kažejo, da predstavlja pri mladostnicah in mladostnikih in severovzhodne Slovenije prekomerna prehranjenost in debelost zelo pomemben problem, saj dosega prevalenca vrednosti, kakršne so značilne za evropske države z visoko prevalenco. Debelost se pogosto nadaljuje v odraslo dobo, je kronična bolezen s številnimi posledicami, ki močno povečujejo obolevnost in smrtnost, zdravljenje pa je velikokrat neuspešno. Zato ima velik pomen poznavanje obsežnosti tega problema za vse, ki se ukvarjajo z vzgojo in zdravjem otrok ter preprečevanje z izdelavo preventivnih programov pri otrocih in mladostnikih.

Prav tako je pomembno prepoznavanje znakov, ki so značilni za motnje prehranjevanja.

Glede na rezultate naše študije, ki kaže, da je skoraj tretjina srednješolcev nepravilno prehranjenih (prekomerno ali premalo), moramo dati večji poudarek pri vzgoji otrok glede zdravega prehranjevanja in primerne telesne aktivnosti.

Rezultati raziskave kažejo tudi na potrebno in pomen preventivnih pregledov v teh starostnih skupinah. Preventivne preglede bi bilo potrebno razširiti z ustreznimi programi, ki bi omogočali zaustavljanje naraščajočega trenda neprimerne prehranjenosti. Hkrati pa bi bilo potrebno razviti posebne dodatne kurativne programe za skupino debelih mladostnic in mladostnikov.

LITERATURA

1. Bratanič N. : Debelost pri otrocih in mladostnikih. Zbornik predavanj – Bled,1998:29-37.
2. Kim SYS, Obarzanek E. : Childhood Obesity: A New Pandemic of the New Millennium. *Pediatrics* 2002;110(5):1003-1007.
3. Seidell JC. Obesity: a growing problem. *Acta Paediatrica* 1999;428(suppl):46-50
4. Racette SB, Deusinger SS, Deusinger DH. Obesity: Overview of Prevalence, Etiology and Treatment. *Physical Therapy* 2003;83:276-288.
5. Guillaume M. Defining obesity in childhood: current practice. *Am J Clin Nutr* 1999;70:126S-30S.
6. Ebbeling CB, Pawlak BD, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet* 2002;360:473-482.
7. Rolland-Cachera MF, Cole TJ, Semple M, Tichet J, Rossignol C, Charraud A. Body Mass Index variations: centiles from birth to 87 years. *Eur J Clin Nutr* 1990;45:13-21.
8. Bigec M, Seme Ciglenečki P. Socialno pediatrični pogled na primarno debelost. In: Pokorn D, editor. Zbornik referatov s seminarja Socialno medicinski vidiki debelosti; 1999. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za higieno, 1999:63-96.
9. Troiano F, Flegal K. Overweight children and adolescents: description, epidemiology and demographic. *Pediatrics* 1998;101(suppl):495-504.
10. Troiano RP, Flegal KM, Kucumarski RJ, Campbell SM, Johnson CL. Overweight Prevalence and Trends for Children and Adolescents. *ARCH Pediatr Adolesc* 1995;149:1085-1091
11. Bratanič N. Epidemiologija debelosti v Sloveniji. In: Battelino T, ur. Debelost in motnje hranjenja. Ljubljana: Klinični odd. za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni Pediatrične klinike, 2000:38-43.
12. Reilly JJ, Dorosty AR, Emmett PM. Prevalence of overweight and obesity in British children: cohort study. *BMJ* 1999;319:1039.
13. Rios M, Fluiters LFP, Mayor-Garcia EG, Mayor-Garcia RV. Prevalence of childhood overweight in Northwestern Spain: a comparative study of two periods with a ten year interval. *International Journal of Obesity* 1999;23:1095-1098.
14. Hauschild-Kromeyer K, Zellner K, Jaeger U, Hoyer H. Prevalence of overweight and obesity among school children in Jena (Germany). *International Journal of Obesity* 1999;23:1143-1150.
15. Juričič M. Debelost pri mladostniku. In: Pokorn D, editor. Zbornik referatov s seminarja Socialno medicinski vidiki debelosti, 1999; Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za higieno, 1999:55-62.
16. Warden-Schonfeld N, Warden CH. Pediatric Obesity: An Overview of Etiology and Treatment *Pediatric Endocrinology* 1997;44:339-361.
17. Robb AS. Eating disorders in children. *Psychiatric Clinics of North America* 2001;24:1-10.
18. Bachrach LK. Bone mineralisation in childhood and adolescence. *Curr Opin Pediatr*. 1993;5:467-473.
19. Lucas AR, Beard M, Kurland LT. 59- years trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester. *Am J Psychiatry* 1991;148:917. 22.
20. Andersen AE, Holman JE. 1997 Males with eating disorders: challenges for treatment and research. *Psychopharmacology Bulletin* 33:391-397.
21. Himes JH, Dietz WH. Guidelines for overweight in adolescent preventive services: recommendations from an expert committee. *Am J Clin Nutr* 1994;59:307-16.
22. Buckler JMH. A Reference Manual of Growth and Development. 2nd ed. Oxford: Blackwell, 1997.

19. PRESEJALNI TESTI ZA ODKRIVANJE MOTENJ VIDA

Božena Kolar, dr. med.

Dispanzer za šolske otroke in mladino

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Vošnjakova ul. 2-4

2000 Maribor

Ključne besede: motnje vida, presejalni testi, šolar, preventivni program.

IZVLEČEK

V prispevku je predstavljen predlog presejalnih testov za zgodnje odkrivanje motenj vida, kot jih je pravila delovna skupina za pripravo preventivnih programov za šolske otroke in mladino. Predstavljeni so predvideni preventivni program, metodološka navodila, izvajalci ter potrebna oprema za izvajanje testov. Predlagan je tudi postopek vrednotenja izvidov, beleženja rezultatov ter postopek nadaljne obravnave. V preventivni program so predlagani testi za zgodnje odkrivanje štirih vrst motenj vida: refrakterne motnje vida, strabizem s posledično slabovidnostjo, motnje globinskega vida in motnje barvnega vida.

UVOD

Vid je eden osnovnih čutov, ki bistveno prispevajo k normalnemu psihomotoričnemu, psihosocialnemu in intelektualnemu razvoju otroka. Težja delna ali popolna okvara vida pomeni invalidnost, zaradi katere je otroku pot za doseganje njegovih življenjskih ciljev zelo otežena ali celo onemogočena.

Zaradi teh razlogov je zgodnje odkrivanje bolezni, ki vodijo v okvaro ali izgubo vida zelo pomembno, zlasti kadar obstaja možnost uspešnega zdravljenja.

V šolskem obdobju so po prevalenci in incidenci pomembne naslednje motnje vida:

- motnje ostrine vida (refrakterne motnje) in slabovidnost (ambliopija)
- škiljenje (strabizem)
- motnje globinskega vida
- motnje barvnega vida

Slabovidnost se najpogosteje razvije do 3. leta otrokove starosti (prirojene vzroki), vendar pa obstaja tveganje za razvoj te zelo resne okvare do 9. leta otrokove starosti, ko je razvoj vida zaključen.

Strabizem se večinoma pojavi v predšolskem obdobju, v manjšem deležu pa tudi v obdobju šolarja.

Prevalenca ambliopije je po podatkih iz zahodne literature 2%-5%, prevalenca strabizma 2%-4%.

Kljub temu, da incidenca teh dveh okvar s starostjo otroka upada, sta obe zelo resni. Nezdravljeni namreč vodita v progresivno in dokončno okvaro ali izgubo vida, ki pomeni invalidnost in otroka resno ovira v učnih in poklicnih ciljih. Po drugi strani so uspehi zgodnjega zdravljenja odlični in stroški ne preveliki v primerjavi s posledicami nezdravljene napredujoče slabovidnosti.

Menim, da so presejalni testi za odkrivanje teh dveh bolezni potrebni tudi v zgodnjem šolskem obdobju zaradi resnosti posledic spregledane oz. neodkrite bolezni.

Refrakterne motnje vida po svojem naravnem poteku ne vodijo v tako resne in težke okvare vida kot prej omenjeni motnji, razen kadar gre za težke napredujoče miopije, hipermetropije ali astigmatizem. Je pa zato prevalenca in incidenca refrakternih motenj vida v šolskem obdobju visoka. Po podatkih iz tuje in naše literature znaša 15%-25% do 18. leta starosti. Zgodnje odkrivanje motnje in korekcija z očali ali lečami omogočata otroku dobro ostrino vida in delno preprečujeta napredovanje okvare.

PRESEJALNI TEST ZA ODKRIVANJE MOTENJ OSTRINE VIDA NA DALJAVO

Namen testa:

Zgodnje odkrivanje refrakterne motje omogoča zgodnje zdravljenje v smislu korekcije vida z očali ali lečami. Otroku omogoči normalno delovanje v šoli in vsakdanjih aktivnost

Metodološka navodila:

Izvajalec testa: usposobljena medicinska sestra

Izvedba testa: Vsako oko je potrebno testirati posebej, po navodilih kot so predpisana za testiranje vida na daljavo,

Potrebna oprema: Snellenove tabele (črkovne ali številčne), Landoltova C tabela ali E tabela za nepismene. Če testiramo na aparatu, se priporoča ortorator po Rodenstocku.

Vrednotenje in beleženje rezultatov: Ostrino vida beležimo za vsako oko posebej, vedno najprej za desno oko, nato za levo. V primeru, da otrok gleda z očali, je potrebno seveda zapisati ostrino vida s korekcijo. Če je ostrina vida manjša od 1,0, je presejalni test pozitiven.

Vrednotenje rezultatov testa mora opraviti zdravnik. Če otrok že nosi očala, je nujno zapisati ob ostrini vida dioptrijo, ki mu jo je predpisal oftalmolog.

Postopek nadaljnje obravnave: novoodkrite otroke s pozitivnim presejalnim testom je potrebno poslati k oftalmologu za postavitev diagnoze in ustrezno zdravljenje. Pri že znanih okvarah je potrebno pre-vrednotiti dosedanje specialistične izvide in se odločiti za napotitev samo v primeru, ko je to potrebno in smiselno - kar lahko opravi

le zdravnik

Preventivni program: test ostrine vida se opravlja ob pregledu v 1.,4.,6., in 8. razredu OŠ ter v 1. in 3. letniku SŠ.

PRESEJALNI TEST ZA ODKRIVANJE MOTENJ BARVNEGA VIDA

Motnje barvnega vida so dedne prirojene motnje, ki prizadenejo večinoma moško populacijo, zato je izvajanje presejalnega testa smiselno pri dečkih. Zdravljenje ni možno, motnja pa je pravzaprav benigna, saj v vsakdanjem življenju ne predstavlja večje ovire. Presejalni test bi bil smiseln pri zadnjem sistematičnem pregledu v osnovni šoli zaradi poklicne usmeritve.

Prevalenca okvare znaša 4-5%.

Metodološka navodila:

Izvajalec testa: zdravnik

Izvedba testa: Preiskovanec mora prebrati številke iz ustreznih tablic, iz razdalje 30 – 50 cm. Če ne prebere vseh pravilno, gre za motnjo oz. pozitiven rezultat.

Potrebna oprema: Izokromatske tablice po Ishihari ali ortorator po Rodenstocku.

Vrednotenje in beleženje rezultatov: V primeru anomalije ali anopije je napotitev k oftalmologu potrebna le v primeru, ko gre za takšno poklicno usmeritev, ki zahteva brezhiben barvni vid, zaradi natančne določitve stopnje okvare.

Otroku oz. staršem je potrebno razložiti naravo motnje.

Preventivni program: Test bi izvajali ob pregledu v 1. in 8. razredu OŠ.

PRESEJALNI TESTI ZA ODKRIVANJE STRABIZMA IN AMBLOIPIJE

Kot sem omenila že v uvodu, sta slabovidnost in škiljenje resni okvari vida, ki nezdravljeni vodita v težko in ireverzibilno okvaro vida. Večino primerov obeh motenj odkrijemo že v predšolskem obdobju. Vendar se določen odstotek obeh motenj lahko razvije v obdobju od 5. – 9. leta starosti. Upoštevati je potrebno tudi dejstvo, da nikakor ne odkrijemo vseh prirojelih do 4. leta starosti oz. da določen odstotek otrok spregledamo na sistematičnem pregledu 3-letnega otroka. Oftalmologi opozarjajo, kako zelo

je potreben presejalni test na te okvare še v starosti 5. in 7. let, saj je to poslednja in skrajna starost, ko je zdravljenje vsaj še delno možno in uspešno.

Testi za odkrivanje obeh motenj so dokaj enostavni in ekonomsko upravičeni.

Namen testa: zgodnje odkrivanje kasnih ali spregledanih primerov otrok in takojšnja vključitev v zdravljenje.

Preventivni program: ob sistematičnem pregledu v 1. razredu OŠ.

Predlagani testi:

Test bulbomotorike (gobljivost zrkla) :

Izvajalec: zdravnik

Izvedba testa: kot je predpisana v oftalmološki preiskavi.

Oprema za izvedbo testa: ni potrebna

Vrednotenje testa: če obe zrkli preiskovanca simetrično sledita gibanju prsta do skrajnih leg, je izvid normalen. V primeru zaostajanja zrkla je izvid patološki, kar tudi zabeležimo.

Postopek nadaljne obravnave: otroka s patološkim testom napotimo k oftalmologu.

Test pokrivanja očesa (Cover test) – test za odkrivanje heteroforije (škiljenja)

Izvajalec: zdravnik

Izvedba testa: kot je predpisana v oftalmološki preiskavi.

Oprema: ni potrebna

Vrednotenje in beleženje rezultatov: v primeru, da je prišlo do premika zrkla ob odkrivanju zrkla, je izvid patološki.

Postopek nadaljne obravnave: otroka s patološkim izvidom je potrebno napotiti k oftalmologu zaradi nadaljne obravnave in zdravljenja.

Test konvergence:

Izvajalec : zdravnik

Izvedba testa: kot je predpisana v oftalmološki preiskavi.

Vrednotenje in beleženje testa: v primeru zaostajanja enega zrkla gre za patološko konvergenco.

Postopek nadaljne obravnave: otroka s patološkim testom je potrebno poslati k oftalmologu.

Test za ugotavljanje globinskega vida:

Globinski vid testiramo na dva načina:

- s pomočjo forije in stereovida z aparatom Rodenstock (R7, R 12, R 22)

- s pomočjo stereoptičnih tablic in stereoptičnih očal

po priloženih navodilih proizvajalca.

Izvajalec: usposobljena medicinska sestra

Izvedba testa: po navodilih proizvajalca aparata

Beleženje rezultatov: po navodilih proizvajalca v ustrezen obrazec

Vrednotenje rezultatov: zdravnik

Postopek nadaljne obravnave: otroka s patološkim izvidom se pošlje k specialistu oftalmologu v primeru novoodkrite motnje. Če je otrok že voden pri oftalmologu, se za napotitev odločimo le v primeru poslabšanja stanja, po pregledu otrokove dokumentacije.

Preventivni program: ob pregledu v 1. razredu OŠ in v 8. razredu OŠ v primeru poklicne usmeritve kjer je potreben globinski vid.

LITERATURA

1. Oftalmološka preiskava, 1989, MR
2. ThompsonJR, Woodruff G, HiscoxFA, Strong N. The incidence and prevalence of amblyopia detected in childhood. Public Health 1991;105:455-462
3. Cross AW. Health screening in schools:part I. J Ppediatr. 1985,107:487-494
4. Campbell LR, Charney E. Factors associated With deley in diagnosis of childhood amblyopia. Pediatrics 1991;87:178-185
5. MacPherson H, Braunstein J. LaRoche GR. Utilizing basic screening principles in the design and evaluation of vision screening programs. Am Orthopt J. 1991;28:110-121
6. Romano PE. Summary and conclusions. Symposium on preschool/school vision and eye screening:current techniques and future trends. Am Orthop J 1988;38:73-80
7. Epelbaum M, Milleret C, Buisseret P. The sensitive period for strabismic amblyopia in hunans. Ophtalmology 1993;100:323-327
8. American Academy of Pediatrics, Commitee on practice and Ambulatory Medicine. Reccomendations for preventive pediatrics health care. Pediatrics 1995;96:373-374
9. Green M. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of infants, Children and Adolescents. Arlington, Va: National Center for Education in Maternal and Child Health, 1994
10. America Academy of Ophtalmology. Infants and Childrens Vision Screening; Policy Statement, San Francisco,1991

20. DELEŽ ŠOLSKE MLADINE Z MOTNJAMI OSTRINE VIDA, UGOTOVLJEN S PRESEJALNO IN DIAGNOSTIČNO METODO

A. Zorko Brodnik, L. Radolli, E. Lovše, B. Vouk

Dispanzer za šolske otroke in mladino

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Vošnjakova ul. 2-4, 2000 Maribor

Ključne besede: šolska mladina, motnje ostrine vida, presejalna metoda

Keywords: school children, refractive error, vision screening

IZVLEČEK

Namen :Primerjava dveh presejalnih metod za odkrivanje otrok z motnjami ostrine vida v primerjavi s kompletnim pregledom pri oftalmologu.

Metode : V študijo so bili vključeni otroci iz štirih osnovnih šol, ki so bili v šolskem letu 2003/4 na rednem sistematskem pregledu-otroci prvih, tretjih, petih in sedmih razredov. Poleg Snellenovih tabel, ki jih redno uporabljamo kot presejalno metodo za odkrivanje motenj ostrine vida, smo uporabili aparat R 7. Na ta aparat se poleg ostrine vida testira globinski in barvni vid, kar sicer uporabljamo v namen poklicnega usmerjanja. Presejalni metodi smo primerjali z izvidi kompletnega pregleda pri oftalmologu.

Rezultati : Vključenih je bilo 621 otrok. Med metodama je bilo nekaj odstopanj. Predvsem smo, glede na izvid oftalmologa, ugotavljali lažno pozitivne rezultate na aparatu R 7 v prvih razredih. Kljub manjšim odstopanjem med metodama ni statistično pomembne razlike.

Zaključek : Ugotavljamo, da otroci v starosti šest let niso sposobni za testiranje na aparatu, ker pri pregledu akomodirajo. Rezultati presejalnih metod so primerljivi s slovenskimi podatki o motnjah ostrine vida, ki so zbrani v Slovenskem letopisu na Inštitutu za varovanje zdravja.

ABSTRACT

Purpose: To evaluate the efficacy of two different screening procedures for the detection of visual acuity in comparison with a complete visual exam by an ophthalmologist.

Methods: Children attending regular systematic check ups – from the first, third, fifth and seventh grade in the school year 2003/4 were included in the study. We used two different screening procedures – the Snellen tables and the R 7 apparatus and we compared them with the ophthalmologist's exam. We also compared the results according to region, sex and age.

Result: 621 children were included in the study. The results differed somewhat with the usage of different methods. We detected some false positive values when using the apparatus R 7 method, especially in first grade children. The differences between the two methods, though, were not statistically significant.

Conclusion: We conclude that the apparatus R 7 method is not suitable for children under the age of six years, since they accommodate during the procedure. The results of these screening methods are compatible with the number of patients with errors of visual acuity recorded by the Slovenian Office of National Statistics.

UVOD

Nekorigirane refrakcijske motnje so bile nedavno spoznane kot glavni vzrok funkcionalnih motenj vida pri otrocih(1,2,3,4). Zato je bila ena od prioritet mednarodne iniciative Vision 2020-Right to sight, ki jo podpirata WHO in Mednarodno združenje za preprečevanje slepote, prav odkrivanje in korekcija refrakcijskih motenj (1,2,3).

Miopija je najpogostejša refrakcijska motnja, ki se razvije v šolskem obdobju. Pomen presejalnega testa ostrine vida v šolskem obdobju je predvsem v odkrivanju te motnje(1,2).

V okviru preventivnih pediatričnih pregledov se pri nas izvaja pregled oči vključno s pregledom bulbo-motorike, s testom pokrivanja (za odkrivanje strabizma) in s testom konvergence. V starosti 3-4 let se pridruži testiranje ostrine vida, ko le- to postane s sodelovanjem otrok mogoče(5,6,7,8).

V najzgodnejšem obdobju je pomembno zgodnje odkrivanje življenjeogrožujočih stanj, ki so ozdravljiva. To so prirojene bolezni, kot je katarakta (s pojavnostjo 1/1000), glavkom (1/10 000) in retinoblastom (1/20 000), ter nekatere pridobljene bolezni kot retinopatija novorojenčka in sistemske bolezni z oftalmološkimi manifestacijami (2,8).

V predšolskem obdobju je pomen presejalnega testiranja ostrine vida v zgodnjem odkrivanju stanj, ki vodijo v ambliopijo in zdravljenju le-teh, ter preprečevanju ireverzibilnih motenj vida oziroma izgube vida(2,9).

V šolskem obdobju odkrivamo s presejalnimi testi ostrine vida predvsem refrakcijske motnje, ki ne vodijo v ambliopijo, nekorrigirane pa lahko pomembno vplivajo na šolsko uspešnost in predstavljajo težave pri športnem udejstvovanju. Presejalni testi predstavljajo tudi sekundarni filter za rezidualne ambliopije(1,2,9).

Ambliopija ali leno oko se pojavlja v 2-5%, ponekod celo pri 20% otrok (1,6,9). Je razvojna motnja z najvišjo stopnjo pojavnosti v starosti 2-3 let, ki je ne moremo korigirati z običajnimi lečami. (6,9). Vzroki ambliopije so lahko težke refrakcijske motnje, strabizem ali katarakta(2,9).

Razvoj vidnega sistema poteka do 8 oziroma 9 leta starosti. Zaradi fleksibilnosti vidnega sistema je do 9 leta starosti učinkovito konzervativno zdravljenje s poglednimi vajami in pokrivanjem, ambliopija je še reverzibilna(1,9).

Zato je zgodnje odkrivanje s presejalnim testom ostrine vida tako pomembno, saj se ambliopija nikoli spontano ne popravi (1,10,11).

Nezdravljeno oko vodi v ireverzibilne motnje oziroma v trajno slabši vid(2,9).

Edini uspešen presejalni test za odkrivanje ambliopije je test ostrine vida(9,12).

Strabizem ali škiljenje je glavni vzrok za nastanek ambliopije in se pojavlja v 2-4%. Pomembno je čimprej začeti z zdravljenjem, bodisi kirurško ali konzervativno(1,6).

Pri refrakcijskih motnjah ne gre za pravo motnjo vida, saj s korekcijo dosežemo normalno ostrino vida za razliko od ambliopij in terapija ni potrebna(6). Pojavljajo se v treh oblikah.

Miopija ali kratkovidnost je najpogostejša motnja, ki se pojavlja v šolskem obdobju s prevalenco 20% med belci, medtem ko dosega v JV Aziji razsežnosti epidemije in narašča s starostjo, iz 30% v starosti 6 let, na 70% in več v starosti 16-17 let (2). Najpogosteje se pojavlja med 8 in 12 letom starosti. Težka stopnja miopije (več kot 5D), ki se pojavi pri mlajših od 10 let, je ponavadi simptom sistemske ali pridobljene očesne bolezni(2).

Druga oblika refrakcijskih motenj je hipermetropija ali daljnovidnost in tretja astigmatizem. Zaradi motenj lomljenja žarkov na roženici prihaja pri astigmatizmu do motenj vida tako na blizu kot daleč. Refrakcijske motnje se v življenju posameznika spreminjajo in so odvisne od starosti. Večina donošenih dojenčkov je hipermetropov(2). Stopnja hipermetropije postopoma z rastjo očesa upada in prehaja v šolskem obdobju v relativno miopijo. Proces se imenuje emetropizacija (1,1,13).

Prevalenca refrakcijskih motenj je odvisna od starosti, etnične pripadnosti, družinske obremenjenosti, zunanjih dejavnikov, pa seveda od definicije in preiskovalnih metod(1,2).

Zunanji dejavnik, ki ga povezujejo z razvojem miopije v šolskem obdobju, je prekomerno izpostavljanje bližinskemu delu (branje)(1,2).

Po podatkih IVZ o motnjah ostrine vida v Sloveniji je bila v šolskem letu 1999/2000 prevalenca refrakcijskih motenj v starosti 6 let 7,9 %, v starosti 16-17 let pa 23,6 %.

Višji delež je bil ugotovljen v šolah s prilagojenim programom 30,5%. Delež motenj je bil višji pri deklakah. Večjih odstopanj med pokrajinami v Sloveniji ni bilo(15).

Diagnozo refrakcijskih motenj postavi oftalmolog na podlagi objektivnih in subjektivnih metod. Standardna objektivna refrakcijska metoda je retinoskopija. Pri malih otrocih je potrebno, da se naredi retinoskopija v cikloplegiji. V tem obdobju imajo otroci zelo aktivno akomodacijo in pogosto niso zmožni fiksacije pogleda v daljavo(2).

Pri refrakcijskih motnjah gre za korekcijo vida z očali ali kontaktnimi lečami. Z očali se miopija ne pozdravi. V zadnjem času postaja vsebolj zanimiva refrakcijska kirurgija, vendar se pri otrocih in mladostnikih še ne uporablja prav pogosto(2).

Presejalne teste vida opravlja za to usposobljeno medicinsko osebje. Najpogosteje se uporabljajo Snellenove tablice ali tablice s padajočim E, v predšolskem obdobju pa Allenove tablice s simboli, ki jih otroci poznajo(2,6).

Normalni standard vidne ostrine pri šolskih otrocih je 6/6. Priporočena meja ostrine vida je 6/12 s Snellenovimi tablicami, vendar se uporabljajo tudi 6/9 in 6/18 (3,15,16).

Različne tehnike se razlikujejo v specifičnosti in senzitivnosti.

Strokovna pediatrično oftalmološka javnost je po svetu enotnega mnenja o nujnosti očesnega pregleda in presejalnega testa ostrine vida v predšolskem obdobju(6,9)

O smiselnosti presejalnih testov v šolski populaciji so po svetu strokovna mnenja deljena. Iz dosedanjih študij namreč ni razvidno, da bi imeli otroci z asimptomatskimi motnjami refrakcije, najdenimi s presejalno metodo, kakšno prednost pred otroki, ki poiščejo pomoč pri oftalmologu zaradi težav(1,2).

Po študijah naj bi bilo pri presejalnih testih v šolskem obdobju celo 30% lažno pozitivnih rezultatov(16). Prav tako ni zadosti študij, ki bi objektivizirale vpliv nekorigiranih refrakcijskih motenj na slabšo učno uspešnost(1,2).

Med seboj se razlikujejo nacionalna navodila tako glede frekventnosti testiranja, kot glede osebja, ki izvaja presajanje ostrine vida.

V ZDA so otroci prvič pregledani pred vstopom v šolo, po priporočilih med 3 in 4 letom starosti, nato si sledijo presejalni testi v šolskem obdobju na dve leti(1).

Na Švedskem se testira ostrina vida v predšolskem obdobju, ter ponovno v starosti 7 in 10 let (1).

V VB dajejo v priporočilih nacionalnega programa Health for All Children velik poudarek na zgodnje odkrivanje življenje ogrožujočih stanj, ter ambliopije. Presejalni test se prvič izvaja v starosti 4-5 let, za šolsko obdobje pa je predviden le enkrat. Vsak otrok do 16 leta ima možnost obravnave pri ortoptiku ob težavah, vendar to le redko izkoristijo. Predvsem v socialno depriviranih območjih ostajajo motnje vida neodkrita.

Test ostrine vida sicer opravljajo medicinske sestre. Ortoptiki so v vlogi koordinatorja in že od 80-tih let opravljajo edukacijo medicinskih sester, ki tako pred izvajanjem testa osvojijo teoretična in praktična znanja iz tega področja(1,2,9).

Avstralci so v zadnjih letih testiranje ostrine vida ponekod popolnoma opustili. Uvedli so edukacijo učiteljev, ki naj bi nadomestili medicinsko osebje pri odkrivanju slabšega vida učencev s pomočjo vprašalnikov. Novejše študije že ugotavljajo neuspešnost tega sistema, saj naj bi odkrili učitelji in starši le

4% motenj vida(9). V program se vračajo testi ostrine vida, ki jih izvajajo med. sestre. Te se v glavnem priučijo veččin od drugih med. sester, ki opravljajo presejalni test(9).

V Sloveniji se po programu presejalna testiranja vida opravljajo v sklopu preventivnih pregledov v starosti 3 in 5 let, ter vsaki 2 leti po vstopu v šolo do 17 leta. Za testiranje ostrine vida uporabljamo v šolskem obdobju Snellenove tablice. V 7 razredu osnovne šole poleg Snellenovih tablic v ZD Maribor uporabljamo aparat Random Dot E stereogram ali na kratko R7, na katerem lahko testiramo še binokularni globinski in barvni vid v namen poklicnega usmerjanja.

Test ostrine vida opravi medicinska sestra, pregled pa dopolni zdravnik. Otroke z motnjo ostrine vida napotimo k oftalmologu, ki se v našem dispanzerju ukvarja samo z otroci in šolsko mladino. Le-ta predstavlja sekundarni nivo presajanja in se odloča za ustrezno korekcijo ali spremljanje. Ti otroci so nato v ustreznih časovnih intervalih vodeni pri oftalmologu do konca šolanja.

Pomen testiranja vidimo v treh točkah:

1. Osnovna šola se pomika v nižjo starost, tako da lahko s presajanjem zajamemo rezidualne ambliopie(1,9).
2. Nekorigirane refrakcijske motnje pomembno vplivajo na slabšo šolsko uspešnost in so vzrok težav in poškodb pri športnem udejstvovanju (15). Glede na počasi nastajajoče motnje vida se otroci in starši pogosto sploh ne zavedajo, da otrok že zelo slabo vidi, predvsem kadar slabše vidi samo na eno oko. Posledično slabo vplivajo na otrokov osebnostni razvoj(2). Le s presajanjem odkrijemo te otroke in po potrebi vključimo socialno službo.
3. Pomen presejalnih testov vidimo pri poklicnem usmerjanju. Ljudje brez globinskega vida ne morejo opravljati dela za nevarnimi stroji oz. dela na višini, ne morejo biti poklicni vozniki. Veliko nezgod pri delu se zgodi zaradi motenj globinskega vida. Velike težave imajo v kasnejšem poklicnem obdobju ljudje z motnjami konvergence pri delu na blizu. Zdravo oko je pri ambliopih bolj izpostavljeno poškodbam.

Nenazadnje se problemi motenj vida stopnjujejo v kasnejšem obdobju, ko dodatne okvare na očeh, ki jih povzročajo bolezni (diabetes, hipertenzija), lahko vodijo v slepoto.

PREISKOVANCI

Raziskava je potekala v ZD Maribor, v Dispanzerju za šolske otroke in mladino. Pri preiskavi sta sodelovala dva tima-zdravnik in pripadajoče medicinsko osebje. V raziskavo smo vključili 621 otrok iz 4 osnovnih šol, ki so imeli v šolskem letu 2003/ 2004 predviden sistematski pregled.

Tako so bili vključeni otroci prvih, tretjih, petih in sedmih razredov.

Izbrali smo otroke iz dveh mestnih in dveh primestnih šol.

METODE

Pri izbrani populaciji otrok smo tekom njihovega rednega preventivnega pregleda poleg običajnega testiranja ostrine vida s Snellenovimi tablicami opravili še pregled z aparatom R7.

Snellenove tablice so tabele s števkami ali črkami različnih velikosti. Preiskovanec mora sedeti 5-6 metrov od tablic in poizkuša prebrati vrstice s čim manjšimi znaki, ki jih še lahko loči. Kakovost vida označimo z ulomkom med tem, koliko bi moralo videti zdravo oko in tem, koliko dejansko vidi pregledani.

Pri pregledu preiskujemo vsako oko posebej, drugo oko mora biti med pregledom pokrito. Slabši vid opredelimo z vizusom manj kot 6/9. V tem primeru je presejalni test pozitiven.

Z aparatom R7 poleg ostrine vida preiskujemo še globinski, binokularni in barvni vid.

Pregled pri okulistu zajema testiranje ostrine vida s Snellenovimi tablicami, autorefrakcijo in retinoskopijo z in brez cikloplegije.

Predvsem pri mlajših otrocih je za objektivni izvid nujna cikloplegija, saj imajo ti otroci zelo aktivno akomodacijo in večinoma med testiranjem niso zmožni fiksacije pogleda na daleč.

REZULTATI

V študijo je bilo vključenih 621 otrok, od tega 334 dečkov in 287 deklic, starih od 6-12 let. Na novo smo motnje ostrine vida odkrili pri 4,3% otrok. Večji delež nanovo odkritih motenj vida ugotavljamo pri deklicah- 5. 57%, medtem ko je pri fantih delež nižji 3,29%.

Zanimivo je, da kar 2,3% otrok s pozitivnim presejalnim testom, kasneje ni opravilo pregleda pri okulistu, ali pa so poiskali pomoč v kateri izmed optik.

V nasprotju z našo hipotezo je bilo statistično pomembno več novo odkritih motenj pri otrocih iz primernih šol ($p=0,00$), medtem ko ni razlike v pojavnosti vseh motenj ostrine vida glede na kraj bivanja ($p=0,290$).

Prevalenca motenj ostrine vida je 13,5%, nekoliko višja je pri deklicah 14,98%, medtem ko je pri dečkih 12,27%.

S starostjo delež motenj vida narašča iz 8. 7% v starosti 6-7 let, na 19,2% v starosti 12-13 let.

Primerjava dveh presejalnih metod pokaže, da med njima ni statistično pomembnih razlik. Prav tako nobena metoda pomembno ne odstopa od oftalmološkega izvida. Vendar pa opažamo večji delež pozitivnih rezultatov pri preiskavi z aparatom R7 v starosti 6-7 let v primerjavi s Snellenovimi tablicami in izvidom okulista.

RAZPRAVA

V izbrani populaciji so rezultati naše študije primerljivi z epidemiološki podatki o motnjah ostrine vida šolskih otrok v Sloveniji, ki jih zbira IVZ. Prevalenca motenj je 13,5%. Delež motenj vida s starostjo narašča.

Pričakovano večji je delež deklic z motnjami vida.

Zakaj je bilo ugotovljenih statistično pomembno več motenj vida v primernih šolah, lahko le ugibamo. Glede na rezultate nekaterih študij in enako prevalenco motenj neglede na kraj bivanja v tej študiji, gre morda za področje socioekonomske nižjega statusa, kjer starši niso dovolj kritični oziroma pozorni na zdravje svojih otrok (1,2). Vendar gre v danem primeru zgolj za ugibanja.

Nepričakovano visok je bil delež otrok, ki kljub napotitvi niso prišli na pregled k oftalmologu, ali pa so odšli k oftalmologu izven ZD, 2,3%.

Srečo imamo, da deluje v sklopu našega dispanzerja oftalmologinja, ki se izključno ukvarja s problemi vida pri šolski populaciji otrok. Ob prvem pregledu opravi kompletni pregled, ki zajema refraktometrijo z in brez cikloplegije, testiranje ostrine vida s Snellenovimi tablicami in retinoskopijo, ter se na podlagi tega odloči za ustrezno terapijo in spremljanje. Na žalost je danes veliko bolj moderno »iti po očala« v optiko, tudi z otrokom, kjer pa vsi oftalmologi ne obvladajo specifične razvoja motenj v tem obdobju.

Staršem bi bilo potrebno ob napotitvi pojasniti pomen napotitve v šolsko oftalmološko ambulanto.

Osnovni namen naše študije je bila primerjava dveh presejalnih metod za odkrivanje motenj ostrine vida glede na diagnostično metodo.

Presejalna testa se med seboj statistično pomembno ne razlikujeta.

Testa tudi v primerjavi z izvidom oftalmološkega pregleda, ki velja za diagnostično metodo, pomembno ne odstopata. To pomeni, da niti eden niti drugi test ne dajeta pomembno velikega deleža lažno pozitivnih rezultatov.

Pri analizi testiranja z aparatom R7 v različnih starostih v primerjavi z izvidom okulističnega pregleda pa izstopa višji delež lažno pozitivnih izvidov testiranja z R7 v starosti 6-7 let. Lažno pozitivni izvidi,

dobljeni pri preiskavi s stereogramom, so pri mlajših otrocih posledica zelo aktivne akomodacije in nezmožnosti fiksacije pogleda na daleč med testom (2,3).

Na žalost v tej študiji nismo mogli ovrednotiti deleža lažno negativnih rezultatov presejalnih testov, oziroma deleža slabovidnih otrok, ki jih s presejalnimi testi nismo odkrili. To bi raziskavo izredno razširilo, predvsem v smislu preobremenitve oftalmologinje oziroma potrebe po dodatnih finančnih sredstvih.

ZAKLJUČEK

Mnenja strokovne javnosti o upravičenosti presejalnih testov za odkrivanje motenj ostrine vida v šolskem obdobju so deljena, saj ni bilo opravljenih študij, ki bi ovrednotile prednosti preventivnega testiranja v tem obdobju(1,2).

Rezultati naše študije kažejo na potrebo po testiranju ostrine vida tudi v šolskem obdobju.

Podatki kažejo na to, da s preventivnim testiranjem odkrijemo več napak ostrine vida pri otrocih iz primernih šol, medtem ko je prevalenca motenj enaka, ne glede na kraj, od koder prihajajo. Iz tega lahko sklepamo, da otroci, ki izhajajo iz ruralnih predelov, iz družin s socialno- ekonomsko nižjim statusom, ter že tako s slabšim šolskim uspehom, kljub težavam sami ne poiščejo zdravniške pomoči. Starši in učitelji teh otrok so manj kritični do njihovih težav. V primeru, da bi testiranje v šolskem obdobju ukinili, bi nekorrigirane motnje vida pri otrocih ali celo zamujeno zdravljenje neodkrite ambliopije dodatno prispevale k slabši uspešnosti v šoli, pri športnem udejstvovanju, poklicnem usmerjanju, ter na otrokov osebnostni razvoj.

Primerjava dveh presejalnih metod glede na diagnostično metodo v raziskavi govori v prid Snellenovim tablicam kot osnovni presejalni metodi za odkrivanje motenj ostrine vida. Testiranje z aparatom R7 pa je smiselno pri starejših otrocih v namene poklicnega usmerjanja.

Potrebno bi bilo, da bi v okviru nacionalnega preventivnega programa in priporočil tudi pri nas oftalmologi prevzeli skrb za izobraževanje medicinskega osebja, ki izvaja presejalno testiranje vida na primarnem nivoju.

Zahvaljujem se sestrskemu timu iz Dispanzerja za šolske otroke in mladino, ter sestri Miri iz šolske očne ambulante za pomoč pri delu in zbiranju podatkov. Za idejne nasvete se zahvaljujem oftalmologinji Nevenki Budimljčič, dr. med..

LITERATURA

1. Logan, Nicola S, Bernard Gilmartin. School vision screening, ages 5-16 years: the evidence-base for content, provision and efficacy. *Ophthalmic and Physiological Optics* 2004; 24: 481-492.
2. Powell C, Wedner S, Richardson S. Screening for correctable visual acuity deficits in school-age children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; 4: 1-14.
3. WHO(2000) World Health Organization Elimination of Avoidable Visual Disability Due to Refractive Errors, (WHO/PBL/00. 79), Vision 2000. WHO, Geneva
4. Screening For Vision Defects. In: Hall D, Elliman D eds. *Health For All Children*. London: Oxford University Press, 2003: chapt. 12
5. Navodilo za izvajanje preventivnega varstva na primarni ravni. *Uradni List R Slovenije* 1998 ;19: 1265-66.
6. Put prevention into practice. In: U. S. Preventive Service Task Force Staff eds. In: *Clinician/s Handbook of Preventive Services*. San Francisco, Calif. : American Academy of Ophthalmology, 1992: Chapt. 11.
7. American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Vision Screening and Guidelines. *Pediatrics* 1996; 98:153-57.
8. Vision Screening. In: Feldman W ed. *Evidence –Based Pediatrics*. Saint Louis: B. C. Decker Inc., 2000: 24.
9. Pattison B, Plymat K. Vision screening of school children: should it be continued? *CONTEMPORARY Nurse* 2001; 10: 163-171
10. Dorey SE, Adams GGW, Lee JP, Sloper JJ. Intensive occlusion therapy for amblyopia. *Br. J. Ophthalmol.* 2001; 85: 310-313.
11. Cleary M. Efficacy of occlusion for strabismic amblyopia: can an optimal duration be identified? *Br. J. Ophthalmol.* 2000; 84: 572-578.
12. Williamson T, Andrews R, Dutton G, Murray NG. Assessment of an inner city visual screening programme for preschool children. *British Journal of Ophthalmology* 1995; 79: 10686-72.
13. Jensen H. Myopia in teenagers. *Acta Ophthalmologica Scandinavica* 1995; 73:389-93.
14. IVZ
15. Elston J. Preschool vision screening. *British Journal of Ophthalmology* 1995; 79: 1063-5.
16. Blustein J N, Fryback D. Screening for Visual Impairment. In: U. S. Preventive Services Task Force eds. *Guide to Clinical Preventive Services*. Washington: Lippincott, Williams and Wilkins, 1996: 373-83.

21. PRESEJALNI TEST ZA ODKRIVANJE OKVARE SLUHA PRI ŠOLSКИH OTROCIH

Marisa Višnjevec-Tuljak, dr. med. ZD Izola

Ključne besede: sluh, presejalni testi

IZVLEČEK

Z izvajanjem presejalnih testov na sistematičnih pregledih želimo odkriti okvare sluha pri posameznem otroku. V primeru odstopanj od normale je potrebno izpeljati ustrezno diagnostiko, zdravljenje in prevzeti preventivne ukrepe za zaščito sluha.

Uvod

Sluh je posebna sposobnost človeškega ušesa, da iz vrste vibracij, ki nas obdajajo, izloči nekatere, ki jih zazna na prav poseben način. Pravimo, da jih sliši in če otrok dobro sliši prične zavestno posnemati sebe in govor okolice. (1) Poleg tega je sluh zelo pomemben za razvoj jezika, intelektualnih sposobnosti in socialno-čustvenega razvoja. Gluhota je nevidna motnja, ki je ljudje ne opazijo dokler ne pridejo v kontakt s človekom (2) in je ena izmed najhujših motenj v zaznavi človekove okolice in samega sebe. Predvsem je moteno sporazumevanje z okoljem, okrnjene so izrazne sposobnosti prizadetih otrok in tako je bistveno zmanjšana kakovost življenja. (2,4,5) Svetovna zdravstvena organizacija je prepoznala slušno motnjo kot četrto kronično bolezen, takoj za kardiovaskularnimi, revmatičnimi in mentalnimi obolenji. Poročajo, da ima 42 milijonov oseb, starih nad 3 leta izgubo sluha na boljšem ušesu večjo od 40 dB, med temi od 3 do 5 % šoloobveznih otrok (3). Noksa, ki okvarja sluh lahko deluje pred rojstvom, ob rojstvu in po rojstvu otroka, tako da v različnih starostnih obdobjih ima različne in različno težke posledice. Najpreprosteje je otrok gluha, če ne sliši zvokov in glasov iz svojega okolja, naglušen pa jih sprejema le delno.

To pomeni, da gluha lahko zazna zelo močne zvoke in to le nekatere ne pa vseh. Ti močni zvoki pa v življenju redkeje nastopajo. Posebno ne v govoru. Naglušen pa zazna tudi zvoke okolja, tudi govora vendar ne vseh in jih zaznava kvalitativno drugače kot slišič človek.

Glede na mednarodno klasifikacijo okvar, prizadetosti in oviranosti ki jo je pripravila Svetovna zdravstvena organizacija (MKB-10) je gluha tista oseba, ki je izgubila sluh na frekvencah 500, 1000 in 2000 Hz povprečno na nivoju 80dB ali več. Sem spadata popolna izguba sluha in zelo težka izguba sluha (več kot 91 dB). Naglušna pa je tista oseba, ki ima povprečno izgubo sluha na frekvencah 500, 1000 in 2000 Hz na nivoju med 40 in 80 dB. Sem sodijo težka izguba sluha (71-91dB), zmerno težka izguba sluha (56-70 dB), zmerna okvara sluha (41-55 dB) in blaga okvara sluha (26-40 dB). Vse te okvare so biološke, fiziološke in nepovratne. Klasifikacija govori tudi o prizadetosti, ki je posledica doživljanja te okvare na nivoju posameznika. Te prizadetosti zadevajo lahko eno ali več področji na različnih nivojih. Ta področja so sporazumevanje, vedenje, telesna zmogljivost, spretnost in prilagajanje okolju. Poleg teh omejitev na nivoju posameznika klasifikacija opredeljuje tudi oviranost kot posameznikovo nezmožnost ali zmanjšano možnost, da bi odigral za svojo starost in spol pričakovane družbene vloge. To so družbene posledice izgube sluha. Imenujemo jih oviranost in se nanašajo na orientacijo, zaposlitev, socialno integracijo v družbo in ekonomsko samozadostnost.

Tako vsaka izguba sluha povzroča poleg svoje biološke okvare, ki je nepopravljivo stanje, tudi posledice prizadetosti in oviranosti na različnih vsebinskih področjih in v različni stopnji. Z rehabilitacijo in osveščanjem ter informiranjem okolja se lahko prav prizadetost in oviranost posameznika omili in zmanjša ob sicer nespremenljivi biološki okvari. (2)

Namen odkrivanja naglušnosti pri vstopniku v prvem razredu je odkrivanje patologije, ustrezno zdravljenje ali pri trajnih težavah vplivati na ustrezen pedagoški proces naglušnega šolarja. V osmem razre-

du devetletke, pa je namen iskanja patologije zaradi ustreznega svetovanja pri izbiri nadaljnega šolanja oziroma pri izbiri poklica. Nimamo testov, s katerimi bi že vnaprej ugotovili občutljivost na škodljivo delovanje hrupa, prav tako ne poznamo zdravil, ki bi pozdravile obolele čutnice, zato je preventiva edino uspešno orožje proti akustični travmi. (6)

NAMEN TESTA

Zgodnje odpravljanje prevodnih okvar sluha s testom omogoča zgodnjo diagnostiko, zdravljenje in uvedbo preventivnih ukrepov. Pomembno je da je okvara odkrita in kolikor mogoče zdravljena ali korigirana pred začetkom šolanja, kar je neobhodnega pomena za uspešen otrokov razvoj. Pomemben preventivni ukrep je pravilno poklicno usmerjanje mladih z ugotovljeno okvaro sluha.

PREVENTIVNI PROGRAM

Sluh testiramo pri zadnjem pregledu otroka pred vstopom v šolo in v osmem razredu devetletke.

KVANTITATIVNA PREISKAVA SLUHA S ŠEPETOM ALI Z SKUPINSKO AVDIOMETRIJO

Izvajalec testa medicinski tehnik

Izvedba testa s šepetom

Sluh preiskujemo v tihem prostoru. Preiskovanec sedi 6 m od preiskovalca, tako da je z ušesom, ki ga preiskujemo obrnjen proti preiskovalcu. Sluhovod drugega ušesa mu pomočnik zamaši z vato in pritisne na tragus. Ob enem z prosto roko zastre od strani oko tako, da preiskovancu onemogoči pogled na preiskovalca. Preizkus opravimo za vsako uho posebej. Preiskavo začnemo tako, da z rezidualnim volumnom šepetamo dvomestna števila in se približujemo preiskovancu do razdalje, ko preiskovanec jasno/pravilno pove številko.

Ekvivalent testa s šepetom je lahko skupinska avdiometrija, tam kjer so dane možnosti za izvajanje. Skupinska avdiometrija je orientacijska metoda, ki samo pove, da otrok slabše sliši. Avdiometer ima dodatno vgrajeno na komandni plošči v majhnem okencu nekaj svetlečih diod, ki so v povezavi s tipkami, ki jih imajo otroci pred seboj na pultu. Pult je pregrajen tako, da se otroci ne morejo gledati. Pri skupinski avdiometriji je frekvenčni razpon, ki ga pregledujemo od 500 Hz do 8000 Hz in je jakost zvoka konstantno 15 dB. Po številu prižganih svetlobnih diod v okencu na avdiometru, avdiometrist vidi, če ton slišijo vsi otroci. Otrokom najprej predvajamo tone pri jakosti 40 do 50 dB, da jih seznanimo z njimi in načinom odgovora s pritiskom na svetlobno tipko, ko zaslišijo zvok. Pregledovati začnemo najprej desno uho, nato še levo uho. Med preizkusom menjavamo dolžino zvoka in dolžino presledkov med zvokoma, da preprečimo odgovore na slepo.

Oprema potrebna za izvedbo testa

Tih prostor, ali ustrezno opremljen prostor za skupinsko avdiometrijo.

Vrednotenje in beleženje dobljenih rezultatov

Če preiskovalec sliši šepet na razdalji 6 metrov je to normalni sluh, rahlo naglušen, če sliši šepet na razdalji 4 metre, srednje naglušen med 4 in 1 metrom in naglušen na manj kot 1 metru. Rezultat zabeležimo tako, da zabeležimo razdaljo (v metrih) od šepetalca do preiskovalčevega ušesa ko prvič sliši šepet. Npr. D (desno uho) v (vox prva/šepet) 6 m in L v 2 m.

Pri skupinski avdiometriji, če otrok normalno sliši, pregled vpišemo v zdravstveni karton učenca. Če kateri od otrok v skupini ob danem zvoku ni pritisnil na svetilko, si avdiometrist to zapiše in otroka se testira še individualno (ADG).

Postopek nadaljnje obravnave

Če ugotovimo prizadetost sluha preiskovanca napotimo na individualno tonsko prazno avdiometrijo.

TONSKA PRAŽNA AVDIOMETRIJA (INDIVIDUALNA)

Izvajalec testa zdravstveni delavec z višjo strokovno izobrazbo ali zdravstveni delavec z podiplomskim tečajem iz avdiometrije.

Izvedba testa

Pri avdiometriji ugotavljamo spodnjo mejo slišnosti tj. najmanjšo jakost tona določene višine, ki jo preiskovanec še zazna. Med preiskavo odbere avdiometrist ton določene frekvence (od 125 do 8000 Hz) in vstavlja različno rastočo jakost tona (0-120 dB), da bi določili slušni prag za posamezni ton pri preiskovancu za vsako uho posebej.

Oprema potrebna za izvedbo testa

Avdiometer in tiha komora za individualni ADG.

Vrednotenje in beleženje rezultatov

Rezultat avdiometrist zabeleži na avdiogram (obrazec prilagojen avdiometru pri katerem na absciso nanaša frekvence in na ordinato jakost zvoka). Ocena rezultatov. krivulja zračnega prevajanja poteka pri normalnem sluhu v območju do 20dB jakosti dovajanih tonov. Če je krivulja pod 20dB, govorimo o prevodni naglušnosti. Dobljeni avdiogram shranimo v kartonu.

Diagnostični postopek

Vse preiskovance s pozitivnim testom (ugotovljeno okvaro sluha) pošljemo k specialistu otologu.

DELITEV SLUŠNE PRIZADETOSTI PO HUISINGU

Izguba v govornem območju do 30 dB	- lažja naglušnost
Izguba v govornem območju od 30 do 60 dB	- srednje stopenjska nagl.
Izguba v govornem območju od 60 do 80 dB	- naglušnost težke stopnje
Izguba v govornem območju od 80 do 90 dB	- praktična gluhost
Izguba v govornem območju nad 90 dB	- gluhost

KOMENTAR

ŠEPET:	ni specifičen test širok razpon previsoko frekventen (od 4000 Hz navzgor) klini so pogosti na 3000 Hz.
AVDIOMETRIJA:	specifičen test daje odgovor sluha po frekvenci daje prikaz čistega praga sluha

LITERATURA

1. Brad A. Technology in newborn hearing screening. 1998. seminars in hearing, 19; 247-260
2. Košir S. Medicinske, psihološke in socialnoekonomske značilnosti razvrščenih gluhih od 1966 – 1990. Pedagoška fakulteta v Ljubljani 1990.
3. Mednarodna klasifikacija okvar 1997, IVZ RS
4. Mc Dermot JC. Physical and behavioral aspects of middle ear disease in school children. I school Health 1983; 463-466
5. Calogero B, Giovanni P, Marciano E. Recent advances in hearing screening. Adv. Otorinolaringol 1987; 37:63-78
6. Nelson et coll. Pediatría. Milano: Casa Editrice Montadori, 1986: 695-721.
7. Kambič V. Slušne preiskave. In Kambič V. Otorinolaringologija. Mladinska knjiga, Ljubljana 1984: 251-63

22. PRESEJALNI TEST GOLŠAVOSTI

*Mag. Damjana Podkrajšek, specialistka šolske medicine
Zavod za zdravstveno varstvo Celje, Ipavčeva 18, 3000 Celje*

IZHODIŠČA

Po podatkih, ki so nam na voljo, spada Slovenija tako po prevalenci golše med šoloobveznimi otroki in mladostniki kot tudi po količini izločenega joda v urinu in materinem mleku med endemska območja 1. stopnje.

Golšo navadno odkrije zdravnik pri slučajnem pregledu (sistematični ali kurativni pregled), saj otroci in mladostniki največkrat dolgo nimajo nobenih subjektivnih težav. Tudi v ZDA so ugotovili, da je večina golš adolescentov klinično nemih in da se jih da kar 85% odkriti ob presejanju s fizikalnim pregledom.

NAMEN SKRININGA

S presejalnim testom lahko najdemo mladostnike s povečano ščitnico in mladostnike z nodusi v ščitnici. Ker sta obe stanji lahko dolgo asimptomatski, presejanje pomaga do zgodnje diagnoze in pravočasne korekcije motenj. Pravočasno in pravilno zdravljenje skrajša potek bolezni in zmanjša izostanek mladostnikov od šolskih obveznosti.

PREVENTIVNI PROGRAM

Test izvajamo ob sistematičnem pregledu v predzadnjem razredu osnovne šole in v 1. letniku srednje šole, ker je takrat prevalenca obolenja največja. Izvajalec testa je zdravnik, specialist pediatrije ali šolske medicine.

Pregled obsega inspekcijo vratu in palpacijo ščitnice.

- Inšpekcija: Gre za pregled sprednje vratne regije v mirovanju ter pri požiranju sline, pri normalni drži in pri nazaj nagnjeni glavi.
- Palpacija: Izvajalec stoji za preiskovancem. Z obema kazalcema ter sredincema otipa celotno sprednjo in obe stranski vratni regiji, najprej pri normalno postavljeni, nato pa še pri nazaj nagnjeni glavi.

VREDNOTENJE IN BELEŽENJE REZULTATOV

Velikost ščitnice ocenimo po merilih Svetovne zdravstvene organizacije. Velikost ščitnice je lahko: O, 1a, 1b, 2, 3 ali N. Zabeležimo ga v obrazec oz. v računalniški zapis.

Legenda oznake velikosti ščitnice po Svetovni zdravstveni organizaciji

0 = normalna žleza (velika za dolžino distalnega členka preiskovančevega palca)

1a = ščitnica palpatorno povečana, ki je ne vidimo

1b = ščitnica palpatorno povečana, vidna le pri popolnem nagibu glave nazaj

2 = žlezo vidimo pri normalnem položaju glave

3 = velika golša, vidna z razdalje > 5m

N = v žlezi tipen nodus ali več nodusov

POSTOPEK NADALJNJE OBRAVNAVE

Če je ščitnica povečana na 1a, preiskovanca naročimo na kontrolo čez 6 mesecev. Če takrat palpatorno ponovno ugotovimo golšo 1a stopnje, najstniku vzamemo osebno ter družinsko anamnezo, jo napišemo na napotnico in preiskovanca usmerimo k pediatru-endokrinologu.

Če velikost ščitnice ob sistematičnem pregledu ocenimo z oznakami 1b, 2 ali 3 ali če najdemo nodus, preiskovanca anamnestično obdelamo, to zapišemo na napotnico in ga napotimo k pediateru-endokrinologu.

ZAKLJUČEK

Klinični pregled ščitnice je poceni in v 85%-ih zanesljiva metoda odkrivanja golšavosti. Nedvomno pa zahteva izurjenega pregledovalca s širokim in poglobljenim kliničnim znanjem iz adolescentne pediatrije.

VIRI

1. Behrman ER, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia 2000, Saunders Company: 16th Ed: 1696-714.
2. Bratanič N, Kržišnik C. Pregled nekaterih najpogostejših endokrinopatij v šolskem obdobju. Zdrav Var 1994; 33; suppl 1: 169-76.
3. Hojker S, Dremelj M, Porenta M. Endemska golša v Sloveniji. Zdrav Var 1994; 33; suppl 1: 177-82.
4. Kocijančič A, Mrevlje F. Interna medicina. Ljubljana, DZS 1998: 660-82.

23. PRESEJALNI TEST SLABE DRŽE TELESA

prim. Marija Vodnjov, dr. med. in drugi

Ključne besede: drža telesa, presejanje
Keywords: Body's Poise, Sifting

ZAKAJ PRESEJALNI TEST

Bolezni mišičnoskeletnega sistema in veziva predstavljajo veliko obremenitev zdravstvene službe: veliko obiskov na primarnem in drugih nivojih zdravstvenega varstva, veliko odsotnost iz dela, invalidnost, ... Že pri šolski populaciji opazimo veliko obiskov na primarnem nivoju zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema in veziva, pri čemer prevladuje diagnoza bolečine v hrbtu, več pri dekletih (podatki IVZ).

Pri slabi držji ne gre za strukturne spremembe hrbtenice, ampak za popravljiva stanja. Otrok lahko slabo držo hotno sam ali s pomočjo preiskovalca korigira. Vzrokov za pojav slabe držje je veliko. Osnovni vzrok za pojav nepravilne držje pri šolarjih je utrujenost osrednjega živčevja. Z vstopom v šolo je otrok prisiljen, da mnogo ur na dan mirno sedi. Temu je dodano še delo doma, ki spet zahteva sedenje. Z duševnim delom je porabljen mnogo energije. Otroku se odpira nov duševni svet, ki slabi prirodni nagon za gibanje. Če k temu dodamo še pomanjkanje čistega zraka, sončne svetlobe, kvalitetne polnovredne prehrane, ni čudno, da vsi ti dejavniki skupno s pomanjkanjem gibanja in številnimi škodljivimi vplivi sodobne civilizacije vodijo do kronične utrujenosti in do tako velikega števila primerov nepravilne držje. Drža je lahko odsev razpoloženja in psihičnega stanja preiskovanca. Pri deklicah v puberteti pogosto opažamo slabo držo z izrazito kifozo in naprej potisnjenimi rameni zaradi sramežljivosti. Pri otrocih v šolskem obdobju opazimo slabo držo zaradi sedenja na neprimernih stolih. Tudi neenaka dolžina spodnjih udov lahko povzroči slabo držo zaradi nagiba medenice, kar otrok kompenzira z ukrivljenostjo hrbtenice. Bolečina v predelu hrbtenice, mišic ali notranjih organov lahko povzroči zaščitno antalglično držo (1,3).

V obdobju rasti vsaka funkcionalna motnja, ki je zadosti močna in zadosti dolgo traja, pogosto pripelje do strukturne spremembe oz. deformacije. Poleg tega se razvijejo neustrezni refleksi držje, ki ostanejo trajni, kljub temu, da niso smiselni in učinkoviti. Ko tak otrok odraste, se giba in ohranja ravnotežje ter opravlja svoj poklic z večjim mišičnim naporom, kar se kaže v hitrejši utrujenosti, zmanjšanju produktivnosti in v hitrejšem trošenju oz. staranju tkiv. Poslabšanje držje po končani rasti ima svoj vzrok v omejenem ponavljanju vzorca telesne aktivnosti. Ob tej nezadostni aktivnosti s slabitvijo mišic pomeni pridružena povečana telesna teža spremenjeno statiko telesa, kar zaradi preobremenjenosti neugodno vpliva na držo (1).

Pri pokončni stoji sta postavljena med težišče telesa in na podporno ploskev dva trdna stebra spodnjih okončin. Črta, ki povezuje kolčna sklepa, je zelo blizu težišča telesa. Kolki so zato ključno mesto v vzdrževanju ravnotežja. V kolkih se uravnava sprememba nagiba hrbtenice, ki je najpomembnejši element držje. Nagib medenice je tudi ena redkih vrednosti, ki se dajo pri ocenjevanju držje objektivizirati z merjenjem (1). Kot nagiba medenice se s starostjo veča. Pri novorojencu je 0°, pri štiriletniku 22°, pri sedemletniku 25°, po 11 letu pri deklicah 28° in pri fantih 31°.

NAMEN TESTA

Odkrivanje in preprečevanje slabe držje sodi na primarni nivo zdravstvenega varstva. S presejalnim testom odkrijemo otroke s slabo držo, poskušamo ugotoviti vzroke zanjo in jih odpraviti. Odpravljanje vzrokov, ki vodijo v slabo držo, pomeni že zdravljenje. Imenovani zdravnik šole mora vplivati na obli-

kovanje zdravega okolja v šoli (pravilen izbor šolske opreme, 'zdrave' odnose na šoli,...). Otroka je potrebno usmeriti v pravilne telesne dejavnosti, lahko tudi medicinsko rehabilitacijo, kjer naj se nauči vaj za korekcijo slabe drža in jih nato tudi izvaja. Pomembno je ozavestiti otroke, starše, vzgojitelje o pomenu pravilne telesne dejavnosti za ohranjanje zdravja.

PREVENTIVNI PROGRAM

Test izvajamo ob vsakem sistematičnem pregledu.

METODOLOŠKA NAVODILA

Izvajalec testa

Dispanzerska sestra izmeri nagib medenice

Zdravnik oceni držo

Izvedba testa

Nagib medenice objektiviziramo z merjenjem z uporabo inklinometra. Preiskovanec je v pokončni stoji. Pri meritvi upoštevamo dve lahko določljivi točki: sprednji zgornji rob simfize, zadaj pa sredino črte, ki veže obe zadnji zgornji iliakalni spini. Kot, ki ga oklepa daljica med tema dvema točkama z njeno projekcijo na horizontalno ravnino, je kot nagiba medenice.

Oprema potrebna za izvedbo testa

Inklinometer

Vrednotenje in beleženje rezultatov

Dispanzerska sestra: izmerjeno vrednost zabeleži v obrazec in jo ovrednoti:

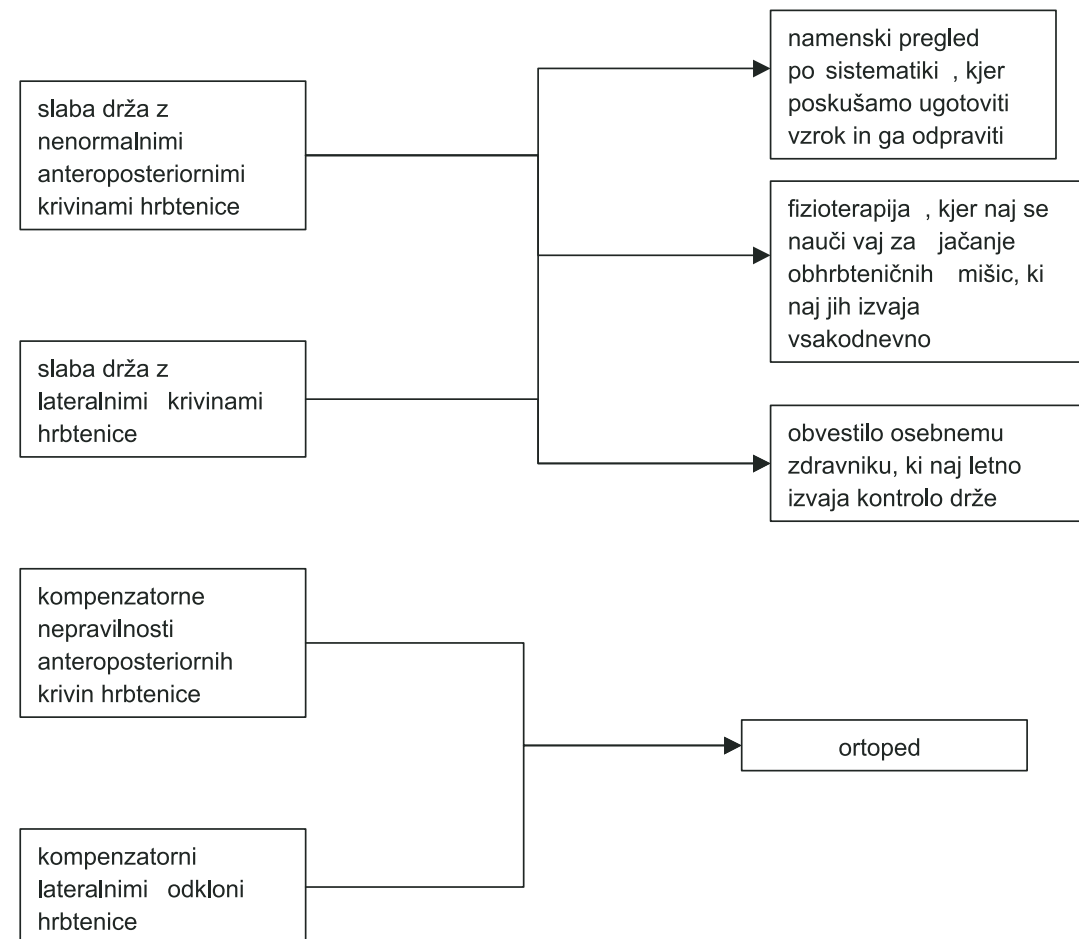
nagib medenice je:

- I. povečan
- II. zmanjšan

Zdravnik oceni držo (glej prilogo) in jo zabeleži v obrazec:

- I. slaba drža z nenormalnimi anteroposteriornimi krivinami:
 1. povečan nagib medenice, gibljiva hrbtenica
 2. povečan nagib medenice, fiksirana torakalna kifoza
 3. zmanjšan nagib medenice, gibljiva hrbtenica
 4. zmanjšan nagib medenice, fiksirana torakalna kifoza
- II. kompenzatorne nepravilnosti anteroposteriornih krivin hrbtenice
- III. slaba drža z lateralnimi krivinami hrbtenice
- IV. kompenzatorni lateralni odkloni hrbtenice

Postopek nadaljnje obravnave

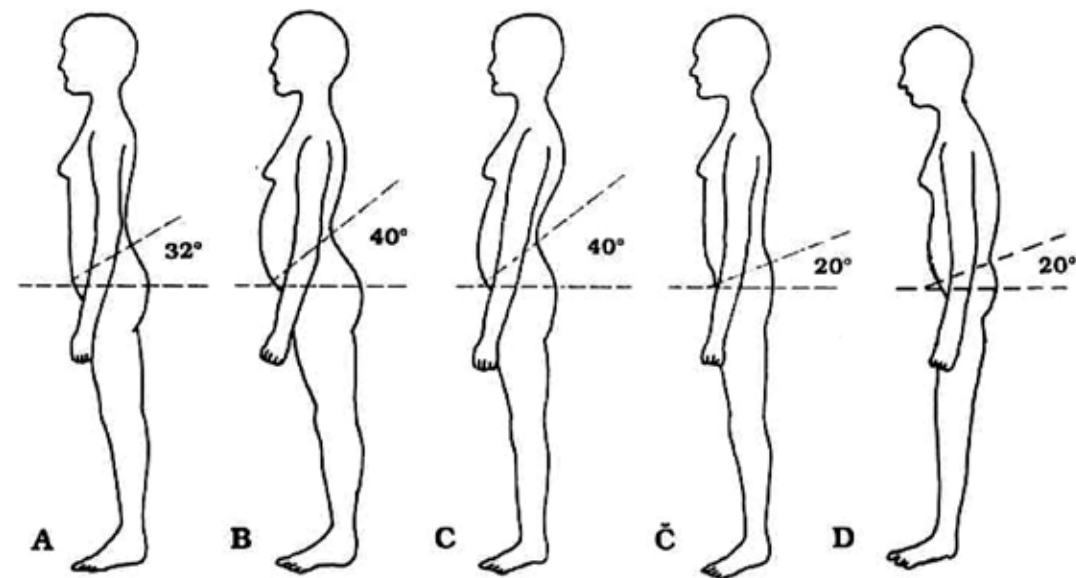


VIR

1. F. Srakar. Ortopedija. Posebnosti v obliki in delovanju gibal. Človekova drža. Ljubljana, 1994; 71-79.
2. Cramer et al. Journal of Adolescent Health. 1992, 13:3S-6S.
3. M. Gorenšek. Slaba drža in skolioza. Izbrana poglavja iz pediatrije. Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 2002; 100-105.

OCENA TELESNE DRŽE

- Kadar govorimo o drži, mislimo na držo celega telesa, ne samo na držo hrbtenice. Pri ocenjevanju drže ne ocenjujemo le osnovnih statičnih položajev in njihovih različic pri sedenju in stoji, temveč tudi različne položaje pri gibanju.
- Zdravnik oceni držo, pri čemer si pomagamo z definicijo:
 1. Normalna drža telesa je tista drža, pri kateri je z najmanjšim mišičnim naporom doseženo ravnotežje telesa v gibanju in mirovanju in pri katerem so nosilne strukture čimbolj zaščitene pred degenerativnimi spremembami in poškodbami.
 2. Slaba drža je tista drža, ki vsebuje nepravilnosti in nenormalnosti v položaju in obliki hrbtenice, ramen ter spodnjih okončin in niso posledica okvar v kostnem ali živčno-mišičnem sistemu. So posledica nezadostnega in nepravilnega delovanja mišic, ki se dajo hote ("z voljo") popolnoma odpraviti. Pri slabi drži gre za funkcionalne motnje in ne za strukturne spremembe.
- I. Slaba drža z nenormalnimi anteroposteriornimi krivinami hrbtenice:
 1. povečan nagib medenice, gibljiva hrbtenica: povečane anteroposteriorne krivine hrbtenice (lordotična drža, kifotična drža, spuščena ramena, spodnje okončine v notranji rotaciji, stopala v everziji-valgus). S popravno nagiba medenice se drža v celoti izboljša ali normalizira (slika B, C).
 2. povečan nagib medenice, fiksirana torakalna kifoza - kifotična drža - nagnjen hrbet (izražena lordoza v lumbalnem predelu, ostali del hrbtenice, ki je kifotično ukrivljen, se zaradi ohranjanja ravnotežja nagne nekoliko nazaj., notranja rotacija spodnjih okončin, valgus stopal) (slika C).
 3. zmanjšan nagib medenice, gibljiva hrbtenica - zravnana drža - ploski hrbet (slika Č)
 4. zmanjšan nagib medenice, fiksirana torakalna kifoza - kifotična drža - okrogel hrbet (izražena kifoza v torakalnem in zgornjem lumbalnem predelu, ramena spuščena, potisnjena naprej (slika D)).
- II. Kompenzatorne nepravilnosti anteroposteriornih krivin hrbtenice so posledica anatomskih sprememb v predelu kolčnih sklepov s spremenjeno gibljivostjo v kolkih.
- III. Slaba drža z lateralnimi krivinami hrbtenice: krivina izgine pri stoji na eni nogi, pri predklonu.
- IV. Kompenzatorni lateralni odkloni hrbtenice so posledica anatomskih sprememb: razlika v dolžini spodnjih okončin, kontraktura kolka, mišični krč pri raznih bolezenskih procesih (z odklonom telesa doseže nebolečo držo).



TIPI DRŽE

- A. normalna drža
- B. lordotična drža
- C. kifotična drža (nagnjen hrbet)
- Č. zravnana drža (ploski hrbet)
- D. okrogli hrbet

24. PRESEJALNI TEST SKOLIOZE

prim. Marija Vodnjov, dr. med. in drugi

Ključne besede: slaba drža telesa, scoliosa, kifoza, presejanje

Keywords: *Body's Poise, Scoliosis, Kyphosis, Sifting*

ZAKAJ PRESEJALNI TEST

Vodilne motnje v rasti in razvoju hrbtenice v obdobju odraščanja so spremenjene krivine hrbtenice v stran (skolioze) ali poudarjene fiziološke krivine (kifoza, lordoza). Prevalenca skolioz v otroški populaciji v ZDA je 5% (1,2). Slovenski podatki kažejo na deformacijo hrbtenice pri okoli 10% sistematično pregledanih otrok. Pri tem so med regijami velika odstopanja, največ deformacij vsa leta opazujemo v koprski regiji (v letu 2000 naj bi bilo v koprski regiji 22,6% deformacij hrbtenice). Kot presejalni test se izvaja Adamsov test predklona in zaradi velikih odstopanj zelo verjetno tudi subjektivna ocena zdravnika. Stanje nakazuje potrebo po izobraževanju in bolj natančnih navodilih, mogoče tudi objektivizaciji asimetrije. Prav gotovo se pod marsikatero deformacijo hrbtenice skriva slaba drža. Vsekakor pa je zaskrbljujoč podatek, da opažamo ob vstopu v šolo deformacijo hrbtenice pri 3-4%, pri srednješolcih pa kar 3-krat več, okoli 12% vseh sistematično pregledanih otrok. Dekleta so z deformacijo hrbtenice bolj obremenjena kot fantje (podatek IVZ).

Idiopatske skolioze se pogosteje pojavljajo v družini, v kateri ima to bolezen eden od staršev. V teh družinah se skolioza pojavlja v 6-14%. Način dedovanja ni povsem jasen. Nekateri raziskovalci navajajo kot vzrok dedno motnjo mišičnega tonusa, pa tudi zaznavanja ravnotežja in koordinacije, kar ima lahko za posledico nesimetrično rast. Osnovna je motnja mišičnega tonusa, slabo osvojene ravnotežne in vzravnalne reakcije ter ravnotežje so največkrat posledica osnovne motnje. Nekateri iščejo vzrok v okvarjenem genu (4).

Skolioza je tridimenzionalna stranska in torzijska ukrivljenost hrbtenice. Scoliosis Research Society opredeljuje skoliozo kot lateralno ukrivljenost hrbtenice, večjo od 10 stopinj, merjeno po Cobbu na rentgenogramih v stoječem položaju hrbtenice. Poleg stranske ukrivljenosti hrbtenice moramo na rentgenogramih videti tudi znake torzije oziroma rotacije vretenc (4).

Vzrok za nastanek skolioze je znan le v 20% vseh bolnikov: živčnomišične bolezni, dedne bolezni vezivnega tkiva, kongenitalne skolioze, stanja po poškodbi, tumorji, ... V 80% vzrok za nastanek skolioze ni znan – idiopatska skolioza, ki jo razdelimo v 3 oblike: infantilna – (1% vseh skolioz), juvenilna (12-21% vseh skolioz), adolescentna (najpogostejša oblika).

Za napoved verjetnega napredovanja bolezni so pomembni 4 dejavniki:

1. starost otroka ob odkritju skolioze
2. spol otroka (verjetnost napredovanja krivine je pri deklicah 10-krat večja kot pri dečkih)
3. kostna (osifikacijska) starost
4. velikost krivine ob odkritju

Za zgodnje odkrivanje skolioze je najpomembnejši dober klinični pregled in družinska anamneza. Ameriška akademija ortopedov priporoča presejanja za odkrivanje idiopatske skolioze pri deklicah v starosti 11 in 13 let, pri dečkih enkrat med starostjo 13 in 14 let. Pruijs s sodelavci priporoča pregled hrbtenice s testom predklona na 2 leti pri otrocih od 10 do 16 leta starosti (4).

NAMEN TESTA

Zgodnje odkrivanje, pravočasno in pravilno zdravljenje zmanjšuje možnost napredovanja skolioze. Otroka pa, kljub motnji, umeščamo na enakopraven položaj z zdravimi vrstniki na področju psihosocialnega razvoja.

Posledice nekontrolirane ukrivljenosti hrbtenice se kažejo v deformacijah prsnega koša, ki vodi k moteni funkciji pljuč, pljučni hipertenziji in policitemiji.

Preventivni program

Adamsov test predklona izvajamo ob vsakem sistematičnem pregledu.

METODOLOŠKA NAVODILA

Izvajalec testa

Zdravnik oz. medicinska sestra z opravljenim izpitom za preventivno delo s populacijo šolskih otrok in mladine

Izvedba testa

Preiskovanec je v spodnjih hlačah in bos. Ima naj stopali skupaj, iztegnjeni kolena, glavo naj spusti na prsi, roki pa mu morata prosto viseti sklenjeni spredaj. V tem položaju se počasi pripogiba naprej tako, da hrbet izboči (predklon 90 stopinj). Izvajalec testa gleda otrokov hrbet od zadaj (en meter za preiskovancem) in od strani tako, da lažje določi asimetrijo in obliko grbe. Pri predklonu opazuje linijo trnastih odrastkov hrbtenice ter simetričnost prsnega koša in hrbtna. Ob asimetriji je test predklona pozitiven.

Oprema za izvedbo testa

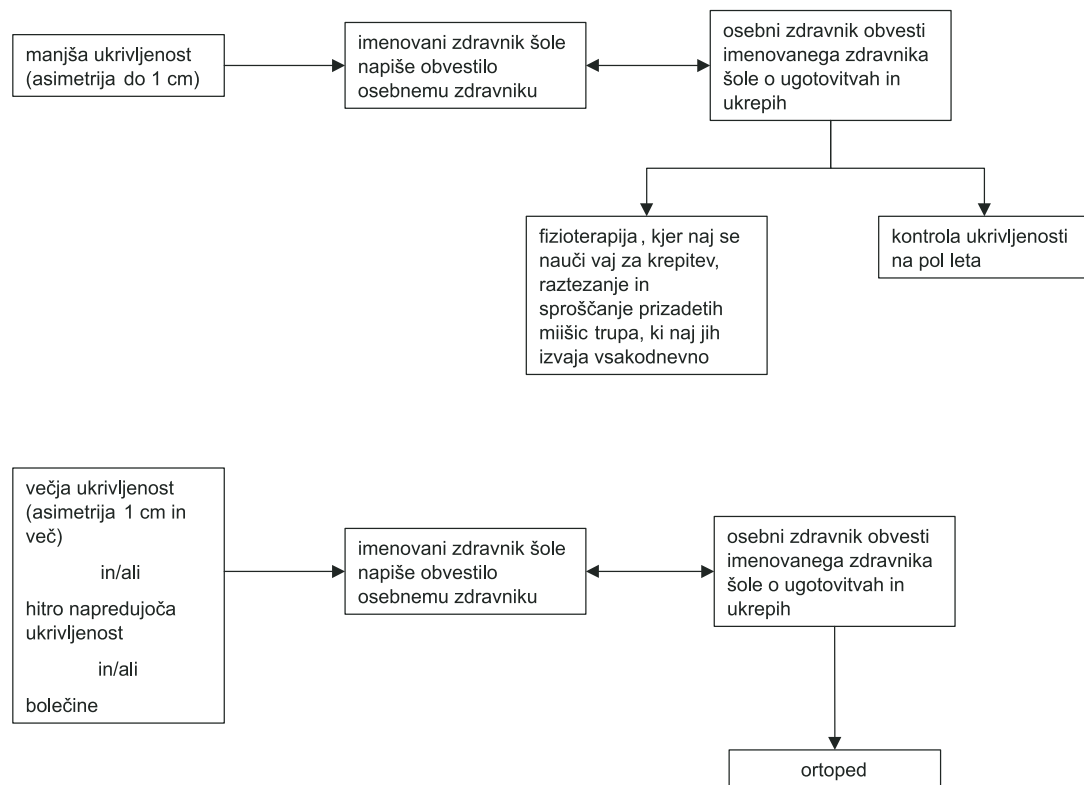
Merilni trikotnik

Vrednotenje in beleženje dobljenih rezultatov

Rezultat beležimo, če je test predklona pozitiven.

- I. manjša ukrivljenost: razlika do 1 cm v višini rebrnih lokov in/ali ledvene paravertebralne muskulature
- II. večja ukrivljenost: razlika 1 cm in več v višini rebrnih lokov in/ali ledvene paravertebralne muskulature

Postopek nadaljnje obravnave



VIR

1. Cramer et al. Journal of Adolescent Health. 1992, 13:3S-6S.
2. Cramer et al. Journal of Adolescent Health. Supplement, 1992, 13S-14S.
3. Schichor, Aric. Adolescent Medicine. Capter 5 IXA, 140-141.
4. M. Gorenšek. Slaba drža in skolioza. Izbrana poglavja iz pediatrije. Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 2002; 100-105.
5. W. Feldman. Evidence - Based Pediatrics. Hamilton, London, Saint Louis, 2000;27-28.
6. P. H. Dworkin. The National Medical Series for Indenpendent Study. 4th edition pediatrics. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo, 2000; 140.
7. M. J. Robinson, D. M. Robertson. Practical Paediatrics. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, San francisco, Sydney, Toronto, 1998;91.

25. PRESEJALNI TEST ZA ODKRIVANJE VALGUS IN VARUS DEFORMACIJE KOLEN

Branka Kvas Kučič, dr. med. ; specialistka šolske medicine

ZD dr. Adolfa Drolca Maribor; Dispanzer za varstvo žena, otrok in mladine

IZVLEČEK

Nefiziološka varus/valgus deformacija v obdobju rasti vodi, če ni pravočasno odkrita in zdravljena, v deformacijo kolena in posledično moteno celotno statiko telesa. Namen presejalnega testa v okviru preventivnega programa je zgodnje odkrivanje nefizioloških deformacij in pravočasna napotitev na nadaljnjo obravnavo k ortopedu. Podani so vzroki deformacij in metodologija izvedbe testa.

UVOD

V obdobju odrasčanja vrsta bolezni privede do valgus/varus deformacije kolen. Valgus deformacijo povzroča lahko več pojavov: fibrozna displazija, Olierjevo obolenje, lahko je posledica poškodbe zunanje polovice proksimalne rastne cone golenice, lahko pa so idiopatičnega izvora. Vzroki varusne deformacije so tudi številni: posledice poškodb, Blountovo obolenje, osteochondrom, hipofosfatemični rahitis, osteogenesis imperfecta. Varus kolen je ob rojstvu fiziološki, postopno se manjša in do drugega leta izgine. Po drugem letu starosti se začne postopno pojavljati valgusna oblika kolen, ki napreduje do starosti treh let, nato pa se postopno zmanjšuje do šestega oziroma desetega leta. Valgus deformacije naj bi bile izrazitejše in pogostejše pri debelih in starejših otrocih. Raziskave narejene na Kitajskem in pri nas v Sloveniji so pokazale visoko stopnjo korelacije med rezultati zahtevnejših metod določanja stopnje deformacije kolen in določanja IMR (intermaleolarna razdalja) in ICR (interkondilarna razdalja), pod pogojem, da so meritve opravljene strokovno. Omenjene raziskave so priporočale merjenje IMR in ICR razdalje kot smiselni sestavni del pregleda lokomotornega aparata ob sistematskem pregledu. Upoštevati je potrebno, da pri 70% otrok niso potrebne meritve, saj nimajo deformacij in sta IMR in ICR nič. V kolikor pri sicer zdravih otrocih opazamo hitro povečanje IMR ali ICR (dečki IMR>8cm ali ICR>5cm ter deklice z IMR>8cm ali ICR>4cm) je potrebno dodatno sledenje in nadzor. Med našimi šolarji je bilo ugotovljen 1% deformacij, ki so zahtevale dodatne ukrepe.

NAMEN TESTA

Zgodnje odkrivanje nefizioloških deformacij kolen varus/valgus v obdobju rasti omogoča zgodnjo diagnostiko in napotitev na nadaljnjo obravnavo k specialistu ortopedu. Pravočasno konzervativno ali operativno zdravljenje zmanjšuje poglobljanje deformacij kolen in posledično moteno celotno statiko telesa.

Preventivni program

Test izvajamo pri vsakem otroku ob vstopu v šolo. V 4., 6. in 8. razredu izvedemo test pri otrocih, kjer smo ob vstopu v šolo ugotovili vrednosti IMR>4cm. V kolikor ugotovimo nagel porast vrednosti IMR/ICR, kadar so vrednosti za dečke IMR>8cm ali ICR>5cm ter za deklice IMR>8cm ali ICR>4cm ter vse enostranske deformacije, je potrebno napotiti otroka na obravnavo k ortopedu (Slika 1).

26. ZDRAVSTVENA VZGOJA V OKVIRU PREVENTIVNIH PREGLEDOV MARIBORSKEGA ŠOLSKEGA DISPANZERJA

Anica Gaube

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Vošnjakova ul. 2-4

2000 Maribor

Ključne besede: permanentna zdravstvena vzgoja, enotne zdravstvenovzgojne vsebine, zmanjševanje dejavnikov tveganja, zdrav način življenja

IZVLEČEK

Šolski otroci in mladina predstavljajo 20 % celotnega prebivalstva, so rizična populacija, ki so v času intenzivnega telesnega in duševnega razvoja in iskanja lastne identitete, vpeti med vplivi družine, šole in širšega družbenega okolja še posebej ranljivi.

Poseben pomen ima v okviru preventivnih zdravstvenih pregledov prav zdravstvena vzgoja šolarjev in dijakov. S sklopom predavanj, ki jih opravljajo medicinske sestre in so prilagojena razvojnemu obdobju otrok, jih želimo vzgajati za zdravo življenje in popeljati čez vso obdobje šolanja v dobrem in slabem, kajti »Otroci so naše največje bogastvo«.

UVOD

Definicij zdravstvene vzgoje je več, vendar je vsem skupno poudarjanje procesa učenja z oblikovanjem pozitivnih stališč, navad, oblik obnašanja in ne le znanja o zdravem načinu življenja.

V našem prostoru najbolj razširjena definicija pravi, da je zdravstvena vzgoja aktivni proces učenja ob lastnih izkušnjah (kar učenje pogloblja in pospešuje) in ne le širjenje informacij.

Torej je zdravstvena vzgoja proces, s pomočjo katerega se posamezniki in skupine učijo ravnati tako, da krepijo, ohranjajo in uveljavljajo zdravje. Je kombinacija informacij in vzgojnih aktivnosti, ki osveščajo ljudi o potrebi, da postanejo zdravi, da vedo, kako doseči zdravje, kaj storiti, da ostanejo zdravi in kako iskati pomoč, kadar je potrebna.

Mesto in naloge zdravstvene vzgoje

Zdravstvena vzgoja je pomembna družbena dejavnost, ki aktivno oblikuje odnose in naše vedenje do zdravja. Z njo si prizadevamo doseči, da bi družba in vsak posameznik imeli zdravje za največjo vrednoto, da bi izoblikovali za zdravje pozitivna stališča in navade, odpraviti pa moramo neznanje in slabe razvade, ki kaj hitro vodijo v bolezen. V naši družbi je zdravstvena vzgoja zato bistveni del splošnih preprečevalnih ukrepov zdravstvenega varstva, posega pa tudi v vsakodnevno življenje, politiko in gospodarstvo. Tako je pomemben dejavnik splošne vzgoje in tudi splošnega napredka naše celotne družbene skupnosti.

Zdravstveno vzgajati ne pomeni samo bojevati se za ohranitev in krepitev zdravja, temveč boriti se tudi za dvig delavne storilnosti, za čim boljše psihofizično pripravljenost, za razvoj dobrih medsebojnih odnosov – skratka, za izboljšanje življenjskih pogojev nasploh.

Zdrav način življenja in skrb za ohranjanje zdravja naj postane in ostane vodilo vsakogar.

Kaj nam narekujejo navodila ?

Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS, 1998) govori o Programirani zdravstveni vzgoji. Za te storitve morata javni zdravstveni zavod in zasebnik pripraviti načrt, na osnovi analiz iz predhodnega leta iz katerih so razvidne specifične potrebe določenega zdravstvenega območja.

Zdravstvenovzgojni programi naj bi omogočili posamezniku oblikovati znanja, stališča in vedenjske vzorce za zdrav način življenja. Ciljne skupine za zdravstveno vzgojo so starši, pedagogi, otroci in mladostniki.

Delo opravljata zdravnik specialist in diplomirana ali višja medicinska sestra, oba usposobljena za zdravstvenovzgojno delo z mladino.

Zdravstvena vzgoja se lahko izvaja v prostorih šole ali zdravstvene ustanove.

Zdravstvenovzgojno in svetovalno delo se oblikuje na aktualno problematiko mladih, ki je posledica njihovega

- biopsihosocialnega razvoja (motnje v telesnem razvoju, oblikovanje samopodobe, problemi socializacije ...),
- tveganega vedenja (v cestnem prometu, športu ...),
- zlorabe drog (kajenje, uživanje alkoholnih pijač, uporaba nelegalnih drog in drugih psihoaktivnih substanc),
- učne problematike (izostajanje iz šole, strah pred šolo ...),
- slabih prehranjevalnih navad (debelost, anoreksija, bulemija, alternativno prehranjevanje ...) in
- tveganega spolnega vedenja (spolno prenosljive bolezni, načrtovanje družine...).

PROGRAMIRANO ZDRAVSTVENOVZGOJNO DELO POTEKA V NASLEDNJIH OBLIKAH:

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

Sestava preventivnega tima in kako je financirana zdravstvena vzgoja ?

Po navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni in Področnem dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2004 je tim za šolsko preventivo sestavljen iz zdravnika (specialist šolske medicine ali pediater oziroma specialist splošne medicine s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine) in dveh diplomiranih ali višjih medicinskih sester.

Izhodišče za izračun števila priznanih preventivnih timov so Standardi obsega programov v zdravstvenem varstvu otrok, šolarjev in mladine na primarni ravni iz leta 1999. Po teh standardih se izračuna in oblikuje en tim za preventivo na šolskem dispanzerju. Ob izračunanem količniškem programu je predvideno 10 % časa za program, ki se ne vrednoti v količnikih, ampak je plačan po pavšalu. V tem je zajeta programirana zdravstvena vzgoja, sodelovanje pri timskih obravnavah na šoli, posvetih in drugo, vse pa mora biti razvidno v letnem planu.

Kako daleč smo na mariborskem šolskem dispanzerju ?

Služba za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine skrbi za kompletno in kompleksno izvenbolnišnično zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine od 7. (ob uvedbi devetletke pa že od 6.) do 19. leta starosti.

Dispanzer skrbi in odgovarja za zdravstveno varstvo 28. 015 otrok in mladostnikov:

- v 38 osnovnih šolah in 16 podružnicah,
- v 2 osnovnih šolah s prilagojenim učnim programom in
- v 24 srednjih šolah.

Po izračunih smo dobili za zdravstvenovzgojno delo priznano za obseg dela, ki ga imamo pri 28. 015 mladih eno diplomirano ali višjo medicinsko sestro!

V šolskem letu 2004/05 je bilo 177 preventivnih dni (upoštevane so šolske počitnice in prazniki).

28. 015 otrok in mladine je bilo razporejenih

- v 456 sistematskih razredih osnovnih šol in

- v 275 sistematskih oddelkih srednjih šol

SKUPAJ: 731 sistematskih razredov.

Zdravstveno vzgojo lahko izvajamo še v razredih, kjer opravljamo namenske preglede (v 2., 4., 6. raz. osemletne osnovne šole, ter v 2., 5., in 7. raz. devetletne osnovne šole)

- v 295 razredih osnovnih šol in

- v 218 oddelkih srednjih šol

SKUPAJ: 513 namenskih razredov.

Iz danih podatkov je razvidno, da bi morala ena medicinska sestra v vsakem šolskem dnevu po šolskem koledarju opraviti zdravstvenovzgojna predavanja v štirih sistematskih razredih ali če zraven upoštevamo še namenske razrede, je pa predavanje in razgovor v sedmih razredih.

Po teh podatkih je ena sama medicinska sestra premalo za izvajanje kvalitetne zdravstvene vzgoje po programu in vsebinah, ki naj bi bile postavljene enotno za vso Slovenijo. Po tem obsegu bi bila medicinska sestra bolj član šolskega kolektiva, medtem pa bi izgubila stik z matičnim šolskim dispanzerjem, kar pa je nedopustno.

Težave, ki so se pojavile:

- enotnih vsebin in programov v Republiki Sloveniji na področju zdravstvene vzgoje ni,
- posebej usposobljenega kadra, oziroma edukacij kadra za izvajanje zdravstvene vzgoje ni,
- zdravstveno vzgojo izvajamo ob sistematičnih pregledih, kar pa je ob obsegu dela z samimi sistematskimi pregledi absolutno premalo (anamneze, meritve, cepljenja, vodenja evidenc, evidentiranja, ...)

Zdravstveno vzgojo smo do nedavnega predavali vsak na svoj način. Vsebin ni bilo, literaturo smo si iskali po svojem lastnem interesu in intuizijazmu in temu primerno so naši šolarji in mladina poslušali zdravstveno vzgojo na različne načine in vsebine. Teh težav smo se in se zavedamo, saj vemo da ima prav zdravstvena vzgoja poseben pomen. Tako smo se spomladi leta 2004 na dispanzerju dogovorili o enotnih zdravstvenovzgojnih vsebinah, po programu, ki vam bo predstavljen. Vsaka medicinska sestra je pripravila sklop predavanj iz programa za eno starostno obdobje. Predavanja smo prilagodili z ozirom na starost poslušalcev. Sledili so nastopi medicinskih sester in predstavitev predavanj med kolegicami samimi. Ob živahni razpravi smo seveda tudi dopolnjevali in korigirali predavanja po potrebi. Tako smo prišle do sicer amaterskega ZBORNKA PREDAVANJ ZDRAVSTVENE VZGOJE NA ŠOLSKEM DISPANZERJU v Mariboru, ki zajema obdobje od šolskega novince do zaključene srednje šole.

V šolskem letu 2004/05 smo tako v Mariboru na vseh petih lokacijah šolskega dispanzerja govorile enako in enotno zdravstvenovzgojno vsebino. Zdravstvena vzgoja je lahko individualna ali pa skupinska. Ob sistematičnih pregledih predavajo medicinske sestre o temah primernih starosti otrok, na preprost, enostaven način, največkrat v dveh skupinah po pol ure (tukaj je všteto 10 do 15 minutni pogovor, o temah, ki so bile podane in dana jim je možnost vprašanj in pomislekov).

PROGRAM ZDRAVSTVENE VZGOJE V OKVIRU PREVENTIVNIH PREGLEDOV

PRED VSTOPOM V ŠOLO

Varna pot v šolo

1. - 2. RAZRED (7 – 8 let)

Kako sedeti, osebna higiena, kdaj in kaj jemo

Osebna higiena (skrb za telesno čistočo in dobro počutje)

Nezgode v šoli, doma in na cesti

Zdrava prehrana šolarja, pomen počitka in sproščanja, pomen pravilnega sedenja

3. - 4. RAZRED (9 – 10 let)

Osebna higiena (navade, urejenost, čistoča telesa in obleke)

Spolna vzgoja (razlika med spoloma, telesni razvoj v predpuberteti)

Zdrav način življenja (prehrana, počitek, gibanje in šport)

Preprečevanje razvad (zdrave in nezdrave navade, vpliv medijev, igre na srečo, vzpodbujanje nekajenja)

Nevarnost poškodb s kolesom (čelada)

5. - 6. RAZRED (11 – 12 let)

Zdrav način življenja (pravilna drža in sedenje, pomen gibanja in športnih aktivnosti)

Spolna vzgoja (razlike med spoloma, telesni in duševni razvoj v puberteti, spolna zloraba, menstruacija, polucija)

7. - 8. RAZRED (13 – 14 let)

Spoznavanje zdravstvenih zahtev pri izbiri poklica

Spolne bolezni, AIDS (okužbe, obolenje, preprečevanje)

Škodljive razvade in zasvojenost (kajenje, alkohol in druge droge, prehrana, pritiski okolja)

Telesno, duševno in čustveno dozorevanje, ter težave pri odraščanju, akne)

Kontracepcija (pogovor)

Nevarnost poškodb z motorjem (čelada)

1. LETNIK (15 – 16 let)

Zdrav način življenja (prehrana, gibanje, preprečevanje in obvladovanje stresa, agresija)

Življenje brez drog

Odnosi med spoloma, prijateljstvo med osebami različnega spola, prebujanje ljubezenskih čustev, medsebojna privlačnost in simpatije, prva zaljubljenost, ljubezen in spolnost

Zdrava prehrana in motnje prehranjevanja

Zdrava spolnost (kontracepcija, spolne bolezni)

3. LETNIK (17 – 18 let)

Skrb za lastno zdravje (prehrana, gibanje, preprečevanje in obvladovanje stresa, ter agresije, spolnost, razvade)

Samopregledovanje dojk in testisov

Pravilno dvigovanje bremen in preprečevanje prisilnih drž

Rakasta in poklicna obolenja

GREMO V ŠOLO !

Ob vstopu otroka v šolo se njegovo življenje močno spremeni. Šolarja torej preko zdravstvenovzgojnih vsebin popeljemo varno v šolo. Seveda ga opozorimo na promet, na pravilno prečkanje ceste. Poti v šolo ne smejo postati otroška igrišča. Za varno pot v šolo so odgovorni vsi udeleženci v cestnem prometu. Na prvem mestu so starši dolžni s svojim vedenjem in ravnanjem otroku biti vzorniki, saj jih otroci opazujejo, posnemajo in se od njih učijo.

Ali znamo pravilno sedeti ?

Zato potrebujemo primeren stol, s hrbtom smo naslonjeni na naslonjalo. Stopalo je na tleh in po celi dolžini. Miza mora biti v pravi višini. Marsikaj je seveda tudi odvisno od opreme v šoli, vendar starši in otrok dobijo tako nekaj informacij.

Starše in otroke seznanimo kakšna naj bi bila njihova šolska torbica in kako naj se nosi. Popoldanski prosti čas naj preživijo v naravi, na soncu in čim manj časa pred TV in računalnikom. Večer naj bo v mirnem, domačem okolju. Šolar potrebuje 10 ur spanja čez noč v mirni, dobro prezračeni sobi.

Delavnik šolarja je zelo naporen, kar pomeni da je zelo pomembno KDAJ je, KAJ je in KAKO je. Na dan potrebuje pet obrokov: zajtrk, kosilo, večerjo, dopoldansko in popoldansko malico. Pomembno je, da je njegova prehrana pestra. Vsebovat mora veliko sadja, sveže in kuhane zelenjave. Pomembne so beljakovine, mleko, skuta, sir, meso, ribe, jajce. Uživanje hrane omogoča normalno delovanje organizma, krepi zdravje in varuje pred boleznijo. Nobeno živilo ne vsebuje vseh hranil hkrati, zato je potrebno jesti različna živila. Za hrano si vzamemo čas, jemo počasi in dobro prežvečimo. Za žejo naj pijejo vodo in sveže naravne sokove. Večerja naj bo vsaj dve do tri ure pred spanjem.

Kaj pa nega telesa?

Da se bodo dobro počutili, morajo biti čisti, torej je umivanje potrebno zjutraj ko vstanejo in zvečer preden ležejo k počitku. Umijete si pomembne dele telesa, obraz, zobe, ušesa, roke, noge in spolovilo (dečki !). Roke so tekom dneva izpostavljene različnim bakterijam, zato jih je potrebno umiti večkrat na dan (po uporabi WC, pred in po hranjenju). Nazorno jim prikažemo tudi pravilno umivanje zob s ščetko.

»Zdravje ni vse, toda brez zdravja ni nič«, ta stari rek napoveduje, da se vsebine o osebni higieni, zdravi prehrani, o pomenu gibanja in počitka morajo večkrat ponavljati.

Med devetim in desetim letom starosti prihajajo v obdobje intenzivne – pospešene rasti in razvoja. Zelo so dovzetni za vse dobre in slabe vplive iz okolja. Z zdravim načinom življenja se bo vsak lahko razvil v zdravega, zadovoljnega in srečnega šolarja, ki bo z lahkoto opravljal svoje naloge.

Med odraščanjem bodo opazili, da se njihovo telo spreminja na različne načine. Opozorimo jih, da bodo opazili spremembe v videzu, pa tudi v počutju. Da je to nadvse razburljivo obdobje, saj se iz fanta spreminjajo v moškega, dekleta pa v žensko. To obdobje naglih sprememb imenujemo puberteta. Puberteta se začne med 8 in 14 letom pri dekletih in med 10 in 16 letom pri fantih, ter traja nekaj let. Pri nekaterih se začne prej pri nekaterih pozneje, nekateri se razvijejo hitreje drugi počasneje. Pomembno je poudariti, da je puberteta normalna, sodi med zdravo življenjsko obdobje, katero smo doživeli vsi.

Fantje med puberteto ponavadi zrastejo v višino, telo se okrepi, ramena in prsni koš se razširita. Začnejo se močneje potiti in telo razvije svoj telesni vonj, zato je umivanje in tuširanje zelo važno. Lasje se hitreje mastijo, lahko se pojavijo mozolji. Rasti začnejo dlake pod pazduhami, po nogah in osramju, po obrazu in morda tudi po prsni. Glas postane bolj globok. Spolni ud se poveča, prav tako tudi moda, proizvajati se začnejo semenčeca. Opozorimo jih tudi na ejakulacijo med spanjem. Temu pravimo mokre sanje ali nočni izliv semena. Gre za povsem normalen pojav, ki ga med puberteto doživijo vsi fantje.

Dekleta tudi zrastejo v višino, telo dobi obliko, izoblikujejo se predvsem boki, prsi se povečajo. Telo se lahko močneje znoji in razvije se telesni vonj. Lasje se hitreje mastijo, koža postane mastna in lahko se pojavijo mozolji. Začnejo rasti dlake pod pazduhami, po nogah in osramju. Pojavi se nožnični izcedek in dobijo menstruacijo (poudarek o intimni negi in kako ravnati z vložki).

Poudariti je potrebno, da je vse to normalno in ni tako hudo, kot mislijo da bo !

Puberteta je obdobje enostavnih vprašanj in zapletenih odgovorov, sproščenosti, napetosti, solz in smeha hkrati. Je obdobje, ko spoznavajo sami sebe in druge. Prijateljstva so močnejša kot v otroštvu. Varujte se prepričanja, da morate vselej početi tisto kar delajo drugi, še posebej če ti ni do tega ali te onesrečuje. Za nekatere je to čas čustvenih pretresov. Nesporazumi in konflikti so manj verjetni, če

poskušamo razumeti drug drugega in vemo, da to ne traja večno. To je proces v katerem iščejo SEBE, SVOJO OSEBNOST in odgovor na vprašanje KDO in KAJ SEM.

Puberteta je v razcvetu. Zaključí se eno obdobje v otroštvu. Končuje se osnovna šola. Pred njimi pa je pravilna odločitev o želenem poklicu, ki je za vse izrednega pomena, saj smo na delavnem mestu srečni le, če delo opravljamo z veseljem in zadovoljstvom. Ni pa vpis na srednjo ali poklicno šolo vedno odvisen od njih samih (od želje, učnega uspeha), temveč včasih nadaljnjo poklicno usodo kroji tudi zdravstveno stanje posameznika. Zato jih moramo opozoriti na zdravstvene omejitve pri določenih poklicih:

- okvara hrbtenice, ploska stopala, zelo slaba drža – odsvetuje se poklic bolničarja, zdravstvenega tehnika (dvigovanje bremen, oseb)
- motnje barvnega vida – odsvetuje se poklic poklicnega voznika, električarja...
- pri naglušnosti, pri epilepsiji, kadar nimaš globinskega vida, itd.

V primeru, da bodo kljub odsvetovanju zdravnika vztrajali pri svoji odločitvi o vpisu za svoje zdravje neprimerno šolo, jih bomo skupaj s starši povabili na timski sestanek. Na medicinskem poklicnem usmerjanju bodo skupaj s pomočjo zdravnika šole, zdravnika Medicine dela, prometa in športa, poklicnega svetovalca, učenca in staršev našli najboljšo rešitev.

Pogovarjamo se še o telesnem, duševnem, čustvenem dozorevanju, o kontracepciji, o spolnih boleznih, o škodljivih razvadah in zasvojenosti (alkohol, kajenje, droge). Pri besedi odvisnost navadno takoj pomislimo na mlade narkomane in na mrtve zaradi prevelikega odmerka mamil. Vendar pa mamil niso le tista sredstva, katerih posedovanje in trgovanje z njimi je zakonsko prepovedano. Poleg teh obstaja še cela vrsta dovoljenih drog (alkohol, tobak, zdravila,...). Nevarnost, da bi postali odvisni od drog, je odvisna predvsem od tega, ali so se naučili odkrivati in reševati konfliktne situacije svojega vsakdanjika. Če se bojijo, da so zabredli v odvisnost ali da se je to zgodilo prijatelju, morajo poiskati pomoč.

Ne glede na to, ali zasvojenost povzroči telesno in duševno (mamil) ali le duševno odvisnost, zmeraj uničuje socialne stike, prijateljstva, družine, ljubezenske veze. Uniči tudi zdravje, odvisnika pa prej ali slej pripelje v nasilje in preprečuje, da bi lahko zaživel svobodno, srečno in samostojno življenje. Pomembno je, da se z mladimi pogovarjamo, da govorimo z njimi o škodljivih razvadah in zasvojenosti, ter jih skušamo opozoriti na škodljive posledice teh strupov, obenem pa jih navdušiti in jim prikazati prednosti življenja brez njih.

Večina najstnikov ima prvi zmenek med 14. in 16. letom. Prve spolne izkušnje so ponavadi poljubljanje in objemanje. Spolni odnos pomeni korak dalje v spolni intimnosti. Seks je stvar zaupanja, pri čemer pa ni trdnih pravil. Spolnih odnosov si morata želeti oba. In zato mora biti pravi čas, tudi skupno izbran. V izbiri kontracepcije se morata s partnerjem vsekakor dogovoriti PRED PRVIM SPOLNIM ODNOSOM. Ljubiti se, pomeni tudi prevzeti odgovornost drug za drugega.

Pomembno je poudariti, pomen kontracepcije in pomen zaščite pred spolno prenosljivimi boleznimi. Kondom preprečuje nosečnost, partnerja pa varuje tudi pred spolno prenosljivimi boleznimi.

Tabletka po odnosu je izhod v sili in ne oblika kontracepcije.

Odraščanje v današnjem svetu nikakor ni lahko, niti za mladostnike niti za njihove starše. Mladostniki se morajo še vedno tradicionalno prilagajati svojemu jazu, ki se telesno, spolno in intelektualno hitro razvija, ter družbenim zahtevam po večji neodvisnosti in zaupanju vase. Starši se morajo sprijazniti s svojimi lastnimi »stiskami, ki jih prinašajo srednja leta«. Sprejeti morajo tudi resnico, da se mora odnos med starši in otroki nujno spremeniti, tako postane mlad človek bolj neodvisen v svojih mislih in dejanjih.

Opozoriti jih moramo na preprost, droben nasvet staršem in njihovim mladostnikom, ki si utirajo pot skozi vse spremembe, na nujnost, da ohranijo odprte medsebojne stike.

Poleg skrbi za lastno zdravje (prehrana, gibanje, preprečevanje in obvladovanje stresa ter agresije, spolnost, razvade), govorimo še o samopregledovanju dojk pri dekletih in samopregledovanju testisov pri fantih, ter o rakastih in poklicnih boleznih.

Zdravstvenovzgojna gradiva

V okviru preventivnih pregledov delimo tudi zdravstvenovzgojne zloženke, brošure, ki smo jih pripravili sami v okviru našega dispanzerja (Prvikrat čez šolski prag, C. Roj, 2003; Šolar Tinček, S. Podjaveršek, 2002), ali pa smo gradivo dobili od različnih društev, organizacij, Inštituta za varovanj zdravja,.... (Kaj naj jem ?, Skrb za otrokov jutri; V šolo ; Recite cigaretam ne ; Alkohol ni za otroke ; Pomisli preden se ljubiš! Ohrani svoje in partnerjevo življenje! ; Pomisli preden se ljubiš: s kondomom je varnejše! ; AIDS; Kratka ABC kontracepcija ; Piti ali biti ; »O tebi«; Varna izbira za odgovorno spolnost »O vama«.

Ostali preventivni programi na šolskem dispanzerju, kjer se vključuje zdravstvenovzgojno delo so

- v Kabinetu za preventivo pred boleznimi odvisnosti
- v Šoli za zdravo hujšanje
- v Posvetovalnici za mlade
- v Šoli za življenje z astmo in
- v Pulmološki ambulanti.

ZAKLJUČEK

Pri zdravstvenovzgojnem delu na šolskem dispanzerju so glavna skrb šolarji in mladostniki. Postavlja se veliko vprašanje, kako jim omogočiti, da se dokopljejo do novih spoznanj, stališč in drugačnega obnašanja, ki je usmerjeno v zdravje. Torej ni dovolj, da si za cilj postavimo znanje, odločilno je ali se to znanje odraža tudi v vedenju posameznika, v njegovih postopkih in odločitvah v vsakodnevnem življenju. Pomembno je tudi, da spoznajo zdravstveno vzgojo kot proces, kot permanentno vzgojo, ki spremlja človeka vse življenje.

Ob dobrih enotnih zdravstvenovzgojnih vsebinah in programih, ob usposobljenem in motiviranem kadru, ob zadostnem času in kadru, bomo lahko in si želimo, izvajali zdravstveno vzgojo zelo uspešno in kvalitetno. Trudimo se po svojih najboljših močeh in upam, da tudi zadovoljivo.

Glavni cilj zaposlenih na mariborskem šolskem dispanzerju je izboljšanje zdravja mladine, predvsem z vzgajanjem za zdrav način življenja, z izboljšanjem telesne in duševne kondicije in z zmanjševanjem dejavnikov tveganja.

Vsi naporji v tej smeri so vredni truda, saj gre za zagotavljanje zdravja in kakovosti življenja generacijam, ki bodo nekoč prevzele odgovornost za gospodarski in družbeni napredek.

LITERATURA

1. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, Uradni list RS, št. 19/1998
2. Mladostnik in zdravje, Zbornik III. kongresa šolske in visokošolske medicine Slovenije, Ljubljana, 2001
3. Stanko-Flakus M. Aktivno zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine, 70 let dispanzerja za šolske otroke in mladino; 2000 Nov. 10; Maribor
4. Silva Hoyer, Zdravstvena vzgoja in zdravstvena prosveta, Ljubljana, 1995
5. Zdravstvena vzgoja na dispanzerju za šolske otroke in mladino Maribor, Interna navodila za izvajanje zdravstvene vzgoje na Dispanzerju za šolske otroke in mladino, Maribor: 2004
6. Sheldon White, Barbara Notkin White, Otroštvo, Ljubljana, 1985
7. John Conger, Mladostniki. Ljubljana, 1985

27. PROGRAM ZA OPUŠČANJE KAJENJA PROSTE ROKE-ČISTA PLJUČA

Maja Bajt, univ. dipl. psih.

Inštitut za varovanje zdravja, Center za promocijo zdravja, Oddelek za psihoaktivne snovi
Trubarjeva 2, Ljubljana

IZVLEČEK

Program za opuščanje kajenja Proste roke-čista pljuča je namenjen srednješolcem, ki redno kadijo in si želijo kajenje opustiti. Pri njegovi zasnovi sodelujemo sodelavci IVZ in zunanji strokovnjaki. Program se izvaja v šolskem okolju in poteka skupinsko. Zasnovan je po zgledu tujih uspešnih programov za odvajanje od kajenja za mlade, obsega šest 90 minutnih srečanj, ki se izvajajo v razmiku enega tedna ter tri naknadna podporna srečanja, ki se izvedejo po potrebi. K odvajanju od kajenja pri mladostnikih pristopamo drugače kot pri odraslih, saj je pomemben celostno-interaktiven pristop. Nekaj časa posvetimo izobraževalnim temam, ki so povezane s problematiko in škodljivostjo kajenja, preko iger vlog krepimo socialne spretnosti, največ poudarka pa dajemo samemu opuščanju kajenja. Zaradi pritiska vrstnikov in samih razvojnih značilnosti mladostništva je opuščanje kajenja zahtevna naloga, zaradi česar mladostnik potrebuje izdatno motivacijo. Predstavimo mu kratkoročne škodljive učinke kajenja in poudarimo prednosti, ki jih z opuščanjem pridobi: prihrani denar, je bolj privlačen za vrstnike, lašje in oblačila mu ne smrdijo, starši prenehajo s nerganjem ipd. Ko se mladostnik odloči za opuščanje ga vodimo od same odločitve, preko premagovanja težav ter ga ob uspehu spodbujamo pri vztrajanju v življenju brez cigarete. Za potrebe programa smo pripravili priročnik za izvajalce z teoretičnimi osnovami in potekom šestih srečanj, ki ga bomo na podlagi poteka prve pilotske delavnice, ki že poteka na Srednji zdravstveni šoli v Ljubljani, dodatno izpopolnili.

28. PROGRAM VZGOJE ZA ZDRAVO SPOLNOST PROGRAMME OF SEX EDUCATION

Evita Leskovšek
Inštitut za varovanje zdravja
Trubarjeva 2, Ljubljana

IZVLEČEK

Cilj spolne vzgoje je preprečevanje nastanka tveganih vzorcev spolnega vedenja na osnovi dobre informiranosti ter učenju večšin.

Spolna vzgoja z njeno vsebino je sicer opredeljena v programu za osnovne šole, vendar se izvaja zelo različno, nesistematično, ponekod celo izpade. Prav tako nimamo programa spolne vzgoje pri sistematskih preventivnih pregledih učencev v šolskih dispanzerjih.

Avtorica bo predstavila rezultate pogovorov in ankete izvajalcev spolne vzgoje.

Za uspešno delovanje na tem področju nujno potrebujemo program za izvajanje vzgoje za zdravo spolnost pri sistematskih pregledih v šolskih dispanzerjih in v šolah, njegovo verifikacijo, zagotoviti izobraževanje izvajalcev, pogoje za izvajanje programa ter razvoj pripomočkov za izvajanje.

UVOD

Zdrava spolnost temelji na predpostavki odgovornega, zadovoljujočega in varnega spolnega življenja. Vidiki obravnave spolnosti so telesni, čustveni, intelektualni in socialni. Oblikujejo jih individualni, socialni in kulturni pogoji. Zdrava spolnost implicira pozitivno stališče do spolne identitete in vzpodbujanje osebnosti, komunikacije in ljubezni temeljujoč na informiranosti vseh mladostnikov, dostopnosti do kvalitetne, mladim primerne zdravstvene službe, dostopnosti kontracepcije in možnosti izbire ter v reproduktivnem obdobju pogojuje med drugim, varno, načrtovano in osrečujočo nosečnost. Pomemben vidik je varnejša spolnost, ki preprečuje nastanek spolno prenosnih bolezni, kot so npr. Hepatitis B in C, aids...

Vzgoja za zdravo spolnost se prične in poteka v družini, sistematično pa v šolah za starše, vrtcih, osnovnih in srednjih šolah ter dispanzerjih za šolsko medicino pri sistematičnih pregledih. Ciljano zdravstveno vzgojno delo se izvaja s predavanji, vrstniškimi programi, posvetovalnicami za mlade, pri tematskih naravoslovnih dnevih..., vendar v Sloveniji nimamo predpisanega programa in se vsebine izvajajo nesistematično in zelo različno, odvisno predvsem od osebne zavzetosti pedagogov in zdravstvenih delavcev.

Na Inštitutu za varovanje zdravja RS se je formirala skupina, katere cilj je bil preučiti stanje na področju izvajanja spolne vzgoje ter predvsem izdelati t. i. nacionalni program na tem področju, zlasti za šolske dispanzerje.

OSNOVNE HIPOTEZE

1. V Sloveniji potrebujemo nacionalni program vzgoje za zdravo spolnost, ki bo vsebinsko in časovno opredelil izvajanje v šolskih dispanzerjih ter v šolah.
2. Zdravstveni delavci, izvajalci vzgoje za zdravo spolnost nimajo dovolj opore v stroki v smislu statusa in izobraževanja.
3. Ponudba zdravstvenovzgojnih gradiv je nezadostna, njihova distribucija je kampanjska in neustrezna za izvajanje programa.

METODE DELA

Člani skupine, predstavniki IVZja, ZZVjev, Zavoda za šolstvo, Ginekološke klinike ter šolske medicine, so v prvi fazi pripravili seznam obstoječe literature ter pripomočkov.

V drugi fazi je koordinatorica skupine iz IVZja obiskala vse območne ZZVje, imela pogovore s koordinatorji oz. izvajalci vzgoje za zdravo spolnost ter jim razdelila ankete.

REZULTATI

V anketo je bilo vključenih 96 izvajalcev vzgoje za zdravo spolnost iz vseh 9 zdravstvenih regij v Sloveniji. 61% jih je bilo višjih medicinskih sester, 9% prof. zdravstvene vzgoje, 15% diplomiranih medicinskih sester, 15% drugo. Na vprašanje »Ali ste se že izobraževali iz področja spolne vzgoje?« jih je 49% odgovorili z DA, 51% z NE. 50% jih je predavalo spolno vzgojo v zdravstvenem sistemu, 49% v šolskem sistemu in 1% drugje.

Od literature, ki so jo uporabili pri pripravi predavanja jih je 50% uporabilo različno literaturo, dobljeno v knjižicah, enciklopedijah, 38% v tuji literaturi, 27% v strokovni literaturi, člankih, skriptah, brošurah, 15% v zapiskih in 12% v zloženkah.

Od gradiv jih je pri spolni vzgoji največ uporabljalo avdiovizuelne pripomočke (54%), nato demonstracijske pripomočke (37%), drugo (39%) ter zloženke, prosojnice, plakate (28%).

Na vprašanje »Kaj so po vašem mnenju ovire za izvajanje spolne vzgoje?« jih je 63% odgovorilo: kader, izobraževanje, čas za izvajanje in pripravo, 31% premalo gradiva in z/v pripomočkov, 19% organizacija dela, 17% neprimeren čas izvajanja ter 10% drugo.

SKLEP

Na osnovi pogovorov in rezultatov ankete smo potrdili vse tri delovne hipoteze. Prišli smo do naslednjih rezultatov, ki nam bodo vodilo za nadaljnje delo:

Potrebna je izdelava programa za zdravo spolnost pri preventivnih pregledih.

Potrebna je verifikacija programa, strokovno spremljanje in izobraževanje izvajalcev.

Ureditev statusa izvajalcev ter zagotavljanje permanentnega in sistematičnega izobraževanja zdravstvenih delavcev, ki izvajajo vzgojo za zdravo spolnost je osnovni pogoj za uspešno delo.

Istočasno moramo zagotavljati razvoj novih zdravstveno vzgojnih gradiv in pripomočkov ter njihovo ustrezno distribucijo.

LITERATURA

1. World Health Organization. Promoting the sexual and reproductive health needs and rights of adolescents. Progress in reproductive health research 2002; 58: 2-3
2. Pinter B, Tomori M. Spolno vedenje slovenskih srednješolcev. Zdrav Var 1198; 37: suppl: 133-6
3. Leskovšek E, Vedenje v zvezi s spolnostjo in drogami pri moških v starosti od 18 do 25 let, specialistična naloga. Medicinska fakulteta



PLOD DOMAČEGA ZNANJA

Amoksiklav® 2x

Po svetu doma

AMOKSIKLAV® 2x 1000 mg filmsko obložene tablete – AMOKSIKLAV® 2x, 625 mg filmsko obložene tablete – AMOKSIKLAV® 2x 457 mg/5 ml prašek za peroralno suspenzijo
amoksisilin, klavulanska kislina

SESTAVA: 1 tableta vsebuje 875 mg ali 500 mg amoksicilina v obliki trihidrata in 125 mg klavulanske kisline v obliki kalijeve soli. Pomožne snovi: mikrokristalna celuloza, kroskarmeloza natrij, 5 ml suspenzije (1 kapalka) vsebuje 400 mg amoksicilina v obliki trihidrata in 57 mg klavulanske kisline v obliki kalijeve soli. Pomožne snovi: natrijev citrat, mikrokristalna celuloza, natrijev saharinat, manitol. **INDIKACIJE:** Okužbe zgornjega in spodnjega dela dihal, okužbe sečil in rodil, gonoreja, ugrizi živali ali človeka, okužbe kože in mehkih tkiv, okužbe kosti in veznega tkiva, holecistitis, kankroid, odontogene okužbe, mešane okužbe, zapleti po operacijah v trebušni votlini, abdominalne okužbe. **ODMERJANJE IN UPORABA:** Odrasli in otroci, težji od 40 kg, prejemajo 1 tableto na 12 ur. Natančen dnevni odmerek suspenzije za otroke določimo glede na telesno maso in resnost okužbe: za okužbe s hujšim potekom in okužbe dihal dajemo 45 mg/kg/dan, za lažje okužbe pa 25 mg/kg/dan (vrednosti so preračunane za amoksicilin). Prebavne težave, ki se lahko pojavijo ob zdravljenju z Amoksiklavom 2x, se zmanjšajo, če bolnik zdravilo jemlje skupaj s hrano. Pred vsako uporabo je treba vsebino stekleničke dobro pretresti! **KONTRAINDIKACIJE:** Preobčutljivost za amoksicilin, klavulansko kislino, druge penicilinske antibiotike, druge sestavine zdravila, limfocitna levkemija, infektivna mononukleoza. **PREVIDNOSTNI UKREPI IN OPOZORILA:** Amoksiklav 2x predpisujemo previdno bolnikom z alergijo ali okvaro jeter v anamnezi. Pri hujših okvarah ledvic je treba prilagoditi odmerek oziroma podaljšati presledek med dvema odmerkoma. Zdravila ne dajemo bolnikom, pri katerih je zdravljenje s penicilinskimi antibiotiki ali kombinacija amoksicilina in klavulanske kisline že povzročila holestazno zlatenico ali jetrno disfunkcijo. **Nosečnost in dojenje:** Nimamo podatkov o teratogenih učinkih na plod. Amoksiklav 2x lahko uporabljamo v nosečnosti, kadar pričakovana korist za mater upravičuje tveganje za plod. Amoksicilin in klavulanska kislina se minimalno izločata v materino mleko. **MEDSEBOJNA UČINKOVANJA ZDRAVIL IN DRUGE OBLIKE INTERAKCIJ:** Pri hkratnem zdravljenju z Amoksiklavom 2x in metotreksatom se zveča toksičnost metotreksata. V kombinaciji z alopurinolom je pogostejši eksantem. Amoksiklav 2x je fizikalno in kemično nekompatibilen z aminoglikozidi. V posameznih primerih lahko zdravilo vpliva na podaljšanje protrombinskega časa, zato je potreben premislek pred sočasnim zdravljenjem s peroralnimi antikoagulantmi. **PREVELIKO ODMERJANJE:** Zaužitje velike količine zdravila naenkrat lahko povzroči agitiranost, nespečnost, omotico, v najhujših primerih tudi krče. Zdravljenje je simptomatično. Hemodializa pospeši izločanje amoksicilina. **NEZELENI ŠKODLJIVI UČINKI:** Najpogostejše so prebavne težave (slabost, bruhanje, driska). Nastanejo lahko kandidozni stomatitis, vaginitis, psevdomembranozni kolitis, preobčutljivostne reakcije (srbenje, makulopapulozni izpuščaji, koprnica, angionevrotični edem, bronhospazem, anafilaktični šok), holestazna zlatenica, hepatitis in intersticijski nefritis, zvečane vrednosti jetrnih encimov, levkopenija, trombocitopenija in eozinofilija. **NAČIN IZDAJANJA ZDRAVILA:** Samo na zdravniški recept. **OPREMA:** škatlice z 10 tabletami po 625 mg, škatlice z 10 tabletami po 1000 mg, steklenička s suho snovjo za pripravo 70 ml suspenzije 457/5 ml. **IME, ZNAK IN NASLOV IMETNIKA DOVOLJENJA ZA PROMET:** Lek farmacevtska družba d. d., Verovškova 57, Ljubljana, Slovenija. Informacija pripravljena: april 1998.



novi član skupine Sandoz

ZDRAVA MLADINA, NAŠA BODOČNOST

Članki niso lektorirani in recenzirani

Izdajatelj in založnik:
Sekcija za šolsko in visokošolsko mladino pri SZD

Uredila:
Mojca Juričič

Zunanja oprema:
Nina Šuštaršič

Grafična priprava za tisk:
Prograf d.o.o., Vipava

Tisk:
Lotos d.o.o., Postojna

Naklada
300 izvodov

Ljubljana,
september 2005

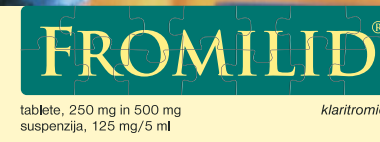
MOČ IN PAMET V ENEM



Photo: Getty Images



tablete s podaljšanim sproščanjem, 500 mg klaritromicin



tablete, 250 mg in 500 mg klaritromicin
suspenzija, 125 mg/5 ml

Učinkovita in zanesljiva v zdravljenju okužb dihal

Sestava Fromilid uno: 1 tableta s podaljšanim sproščanjem vsebuje 500 mg klaritromicina. Fromilid: 1 filmsko obložena tableta vsebuje 250 ali 500 mg klaritromicina, 5 ml suspenzije vsebuje 125 mg klaritromicina. **Indikacije** Fromilid in Fromilid uno: Okužbe zgornjih in spodnjih dihal, okužbe kože in podkožja. Fromilid: Okužbe z mikobakterijami in preprečevanje razširive teh okužb pri bolnikih z aidsom ter odstranitev bakterije *H. pylori* pri bolnikih z razjedo na dvanajstniku ali želodcu (vedno v kombinaciji z drugimi zdravili). **Odmerjanje in način uporabe** Odrasli in otroci, starejši od 12 let: 1 tableta s podaljšanim sproščanjem po 500 mg enkrat na dan, 1 tableta po 250 ali 500 mg dvakrat na dan. Bolnik naj celo tableto pogoltne in poplakne s tekočino. Otroci, mlajši od 12 let: 15 mg peroralne suspenzije na kg telesne mase na dan v dveh odmerkih. **Kontraindikacije** Preobčutljivost za klaritromicin ali druge makrolidne antibiotike, sočasno jemanje s terfenadinom, cisapridom, pimozidom, astemizolom ali alkaloidi rženih rožičkov, zelo huda okvara jeter. **Opozorila in previdnostni ukrepi** Bolnikom s hudo motenim delovanjem ledvic je treba odmerke Fromilida zmanjšati. Tablete Fromilid uno ne dajemo bolnikom s hudo motenim delovanjem ledvic in otrokom, mlajšim od 12 let, ker je zanje primernejša suspenzija. Izogibamo se dajanju klaritromicina bolnikom s porfirijo. Če se pojavi huda in trdovratna driska, ki je lahko znak psevdomembranskega kolitisa, je treba zdravljenje prenehati dajati in ustrezno ukrepati. **Interakcije** Terfenadin, cisaprid, pimozid, astemizol, teofilin, digoksin, dizopiramid, triazolam, midazolam, karbamazepin, fenitoin,

alkaloidi rženih rožičkov, ciklosporin, takrolimus, rifabutin, itrakonazol, zdravila za zmanjševanje količine holesterola in drugih maščob v krvi (lovastatin in simvastatin), varfarin in drugi peroralni antikoagulantni, zidovudin, ritonavir. **Nosečnost in dojenje** Nosečnicam ga dajemo samo v izjemnih primerih in po skrbni presoji o koristnosti zdravljenja glede na možno tveganje. Mati naj med zdravljenjem ne doji. **Neželeni učinki** Slabost, zmanjšanje apetita, bruhanje, driska, bolečine v trebuhu, vnetja v ustni votlini, glavobol, preobčutljivostne reakcije, prehodno spremenjeno vonjanje in okušanje, prehodno poslabšanje sluha, parestezije, tinitus in motnje v delovanju osrednjega živčevja pri posameznih bolnikih. Neželeni učinki so pri večini bolnikov blagi in prehodni. Izjemno redko se pojavita povečana aktivnost jetrnih encimov in holestatska zlatenica. Pri posameznih bolnikih se lahko pojavijo hipoglikemija, artralgija, mialgija, zvišanje kreatinina, intersticijski nefritis, ledvična odpoved, pankreatitis, trombotična, podaljšanje intervala QT, ventrikularna tahikardija in torsade de pointes. **Oprema in izdajanje** 7 tablet s podaljšanim sproščanjem po 500 mg, 14 filmsko obloženih tablet po 250 ali 500 mg, zrnca za pripravo 60 ml peroralne suspenzije po 125 mg/5 ml. Na zdravniški recept. **Datum priprave besedila** julij 2005

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.
Krka, d. d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, www.krka.si

KRKA



KRKA, d.d. Novo mesto
Ljubljana, Slovenija