

ZDRAVJE SLOVENSКИH ŠTUDENTOV





SEKCIJA ZA ŠOLSKO IN VISOKOŠOLSKO MEDICINO
PRI SLOVENSKEM ZDRAVNIŠKEM DRUŠTVU

ZDRAVJE ŠTUDENTOV V SLOVENIJI

ZBORNİK PRISPEVKOV

Ljubljana, april 2012

**ZDRAVJE ŠTUDENTOV V SLOVENIJI
ZBORNIK PRISPEVKOV**

**HEALTH OF STUDENTS IN SLOVENIA
BOOK OF PRESENTATIONS**

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

614.2:616-057.875(497.4)(082.034.2)
613.96(082.034.2)

ZDRAVJE študentov v Sloveniji [Elektronski vir] : zbornik prispevkov / [uredila Mojca Juričič ; prevodi izvlečkov Špela Stritar Haddad]. - Ljubljana : Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino pri SZD, 2012

ISBN 978-961-6456-68-5

1. Juričič, Mojca

259905792

VSEBINA

PREVENTIVNI PREGLEDI ŠTUDENTOV V ZDRAVSTVENEM DOMU ZA ŠTUDENTE UNIVERZE V LJUBLJANI 4

Preventive medical examinations at the Student Health Centre of the
University of Ljubljana

ZDRAVSTVENO VARSTVO ŠTUDENTOV UNIVERZE MARIBOR 11

Health care of students at the University of Maribor

SISTEMATIČNI PREGLEDI ŠTUDENTOV UNIVERZE V LJUBLJANI V ŠTUDIJSKEM LETU 2008/2009 24

Systematic medical examinations of students at the University
of Ljubljana in academic year 2008/2009

SPREMEMBE INDEKSA TELESNE MASE IN ŽIVLJENJSKIH NAVAD PRI ŠTUDENTIH MEDICINSKE FAKULTETE V LJUBLJANI MED PRVIM IN PETIM LETNIKOM 33

Changes in body mass index and health behaviours among first
to fifth year students at the Faculty of Medicine University of Ljubljana

NEKATERE ZNAČILNOSTI ZDRAVJA ŠTUDENTOV MEDICINSKE FAKULTETE UNIVERZE V LJUBLJANI - PRIMERJAVA SLOVENSКИH RAZISKOVALNIH PODATKOV 40

Some health characteristics of students at the Faculty of Medicine in
Ljubljana - comparison of Slovenian research data

ODNOS DO KAJENJA PRI ŠTUDENTIH 3. LETNIKOV MEDICINSKE FAKULTETE V LJUBLJANI - SMER MEDICINA, SMER DENTALNA MEDICINA TER ŠTUDENTOV FARMACIJE - RAZISKAVA GHPSS 60

Attitude towards smoking among third year students at the Faculty of
Medicine in Ljubljana (field of study: medicine, dental medicine and
pharmacy) - GHPSS - Mojca Juričič, MD, PhD

UPORABA DROG IN PROBLEMATIKA ODVISNOSTI MED ŠTUDENTI ZADNJIH LETNIKOV UNIVERZE V LJUBLJANI 67

Drug use and substance dependence among senior students
of University of Ljubljana

PREVENTIVNI PREGLEDI ŠTUDENTOV V ZD ZA ŠTUDENTE UNIVERZE V LJUBLJANI

Preventive medical examinations at the Student Health Centre of the University of Ljubljana

Terezija Oven

Povzetek

Organizirana skrb za zdravje študentov, ki študirajo v Ljubljani, sega v štirideseta leta prejšnjega stoletja. Prilagajala se je času in zdravstvenim težavam, ki jih je prineslo posamezno obdobje. Leta po drugi svetovni vojni je zaznamovalo splošno pomanjkanje, zdravstvena služba se je ukvarjala predvsem z nalezljivimi boleznimi in posledicami nezadostne prehrane. Za zdravje študentov je skrbel Zavod za zdravstveno varstvo študentov, ki je deloval v skromnih prostorih.

Prvi, načrtno vodeni preventivni pregledi za vse na novo vpisane študente so se začeli leta 1965, ko je zaživel prvi, študentom namenjeni zdravstveni dom v Ilirski ulici v Ljubljani. Oblika in vsebina preventivnega pregleda sta se od takrat izpopolnjevali do današnje oblike in obsega. Danes obsega pregled pri zdravniku in zobozdravniku osnovne laboratorijske preglede krvi in urina ter anamnezo, pregled in zdravstvenovzgojno delavnico (predavanje z AV-pomočki in vaje v samopregledovanju sumljivih sprememb na telesu). Prvi pregled na začetku študija je namenjen pripravi na spremembe, ki jih mladostnik doživi ob zamenjavi okolja. Ponovni pregled ob koncu študija pa promovira zdrav način življenja in preventivo srčno-žilnih obolenj, ki imajo svoje zametke že v zgodnji odrasli dobi.

Abstract

The beginnings of organized health check ups for students studying at the University of Ljubljana date back to the forties of the previous century. This type of organized health care continuously adapted to the time and health problems of individual periods. The years after the World War II were characterised by a situation of general shortage and the health care service mainly dealt with infectious diseases and malnutrition consequences.

The Public Health Institute for Students with its limited premises cared for health of students. First planned and systematic preventive health check ups for all first-year students started in 1965 when the first Primary care centre for students at Ilirska ulica in Ljubljana also came to life. The form and content of a preventive check up have been changed and upgraded since then resulting in today's structure and scope. Nowadays, the check up involves a physician and dentists examination, covers basic blood and urine laboratory tests and a health education workshop (a lecture with audio-visual aids and learning self-examination of suspicious body changes). The first check up at the beginning of studies was to prepare a youth to changes experienced after changing one's living environment. Another check up followed upon completion of studies aiming at the promotion of a healthy life style and prevention of cardiovascular diseases having their origin in the early adult period.

Uvod

Zdravstveni dom za študente Univerze v Ljubljani (UL) deluje od leta 1992 kot samostojni javni zdravstveni zavod, ki ga je ustanovila Republika Slovenija. Pred tem je bil enota Zdravstvenega doma Ljubljana.

Drugi pomembni mejniki v razvoju zavoda, ki skrbi za zdravje študentov, so še:

- leta 1945, kmalu po osvoboditvi, sta takratni ministrstvi za zdravstvo in prosveto LRS v Ljubljani ustanovili Zavod za zdravstveno varstvo študentov, ki je v skromnih ambulantnih prostorih s priročnim laboratorijem deloval v stanovanju na Miklošičevi cesti 14;
- leta 1965 se je zavod preselil v primernejše in udobnejše prostore stolpnice študentskega doma na Ilirski ulici. V dveh nadstropjih so bili razporejeni splošne in zobne ambulate, ginekološki in psihomentalni dispanzer ter diagnostični laboratorij;
- leta 1984 se je zavod preselil v hišo na Aškerčevi cesti, ambulate šolske poliklinike pa so se iz nje preselile na Metelkovo, v novi Zdravstveni dom Center. Poslopje, kjer domuje študentsko zdravstvo še danes, je ena prvih namensko grajenih zdravstvenih zgradb na Slovenskem.

Do leta 1992 je Zdravstveni dom za študente deloval kot enota ZD Ljubljana (takratni TOZD), tega leta pa je Republika Slovenija izdala akt o ustanovitvi posebnega zdravstvenega doma za študente, s čimer je skrbi za zdravje študentov dala poseben pomen.

Preventivno zdravstveno varstvo je potekalo in zorelo vseh 65 let delovanja zavoda.

Prva povojna leta so zdravje študentov najbolj ogrožale slabe življenjske razmere, podhranjenost, tuberkuloza, kožne in spolne bolezni, neželene nosečnosti. To je bilo obdobje fluorografskih akcij z aktivnim iskanjem tuberkuloze, obdobje mlečnih kuhinj, pa tudi prvih organiziranih telovadnih akcij za mladino. Zavod za zdravstveno varstvo študentov je vodil prva cepljenja za zaščito pred nalezljivimi boleznimi ter skrbel za študentska zdravilišča in okrevališča (na Gorenjskem, na morju).

Po preselitvi na Ilirsko so se v študijskem letu 1965/66 začeli načrtni preventivni pregledi vseh na novo vpisanih študentov, v naslednjih letih pa tudi pregledi teh študentov v zadnjem letu študija.

Epidemiološke razmere v osemdesetih letih so močno spremenile preventivno delovanje zdravstvenih delavcev. Epidemiološka situacija tuberkuloze se je izboljšala, prav tako splošne življenjske razmere in prehrana, kontracepcija je zmanjšala število neželenih študentskih nosečnosti, pojave pa so se nove zadrege zdravstvene službe in študentske populacije: AIDS in druge nove spolno prenosljive bolezni, razmah alergij na prehrano in inhalacijske ter kontaktne alergene v vsakodnevnih stikih, pojav izobilja hrane, ki je pojav tudi v revnih okoljih. Hitrejši način življenja je prodril v vsa okolja in tudi študentov ni obšel. Nasprotno, z odprtjem meja in širjenjem informacij so na vrhu stresno ogroženih skupin.

Vse to je narekovalo spremembe v vedenju preventivne medicine, posebno nas, ki smo zadalženi za zdravstveno varstvo mladih odraslih ljudi na poti v samostojnost. Prehod iz popolne varovanosti in odvisnosti od matične družine v neodvisnost in popolno odgovornost za svoje življenje je gotovo eno najbolj stresnih obdobj. Ni naključje, da se ravno v dobi velikega naraščanja vseh zahtev ta čas prehoda tako podaljšuje.

Preventivni pregled študentov je tako iz leta v leto spreminjal svojo podobo do oblike in vsebine, ki jo ima danes.

Takoj po končanem vpisu nam na začetku študijskega leta fakultete pošljejo sezname študentov, vpisanih v prvi letnik študija, in tistih, ki so vpisani v zadnji letnik enovitega študija oziroma prvi letnik bolonjskega magisterija. Pred uvedbo bolonjskih programov smo pregledovali študente prvih in zadnjih letnikov univerzitetnih programov (štiri leta študija ali več), študente visokih strokovnih šol (tri leta študija ali manj) pa samo v prvem letniku. Po uvedbi bolonjskega načina študija imajo študenti dodiplomskega študija pregled samo v prvem letniku, v zadnjem pa le, če enoviti študij traja več kot štiri leta (medicina, veterina, farmacija). Tisti, ki nadaljujejo študij na bolonjskem magisteriju, imajo v prvem letu tega študija ponovni pregled.

Nekoč smo rezultate prvega in ponovnega pregleda vpisovali na isti list, ob razširitvi vprašanj v anketnem delu in širitvi pregleda pa smo uvedli dvojno polo, obe pri drugem pregledu združimo in lahko tako primerjamo zdravstveno stanje posameznika na začetku in koncu študija.

Po prejemu seznamov oblikujemo skupine po 30 študentov, ki jih naročamo v razmiku treh ur. V matični hiši se tako zvrstijo tri skupine na dan (dve pregledajo dopoldanski zdravniki, eno popoldanski), ena skupina pa je vsak dan naročena v ambulantni v študentskem naselju.

Po prihodu in evidentiranju študenti izpolnijo anketni del preventivnega lista, ki obsega splošne podatke, podatke o telesni aktivnosti, prehrabnih navadah, o študijskih obremenitvah, morebitne škodljive razvade ter družinsko in osebno anamnezo.

Diplomirana medicinska sestra, ki jih sprejme, jim izmeri telesno višino in težo, določi ITM in podatke vpiše na preventivni list. Naprej ga izpolnjuje zdravnik ob pregledu.

Sledi odvzem krvi in urina v diagnostičnem laboratoriju, po odvzemu pa zdravstveno-vzgojna delavnica, ki jo v predavalnici s pomočjo AV-pripomočkov, pisnega gradiva in praktičnih modelov izvaja DMS. Zdravstvena vzgoja poteka ločeno za fante in dekleta, odvisno od velikosti skupin in tega, ali so udeleženi prvi ali ponovni pregledovanci.

Poleg promocije zdravega načina življenja (gibanje, prehrana, spanje) je poudarek tudi na varovanju zdravja (pred nalezljivimi boleznimi, posledicami škodljivih razvad) in zgodnjem odkrivanju sprememb, ki bi se utegnile razviti v nevarne bolezni. Tako jih naučimo, tudi s pomočjo praktičnih vaj na modelih, samopregledovanja in zgodnjega odkrivanja sumljivih sprememb na dojkah (dekleta) in pregledovanja mod (fante). Specialisti urologi pogosto poudarjajo, da je tudi takšno osveščanje mladih fantov bistveno pripomoglo k temu, da je vse več malignih sprememb testisov odkritih v zelo zgodnji fazi. Udeleženci drugega sistematskega pregleda poslušajo predvsem predavanja o zdravem življenjskem slogu in preventivi srčno-žilnih obolenj.

Na zdravstvenovzgojni delavnici je prostor tudi za pogovor o trenutno aktualnih temah in vprašanjih.

Med tem, ko poteka zdravstvena vzgoja, v laboratoriju opravijo osnovne analize (hemogram, urin s sedimentom). S preventivnim listom in laboratorijskimi izvidi grede študenti k zdravniku in zobozdravniku. V vsaki izmeni sprejemajo po tri splošne in tri zobne ambulante, ki v tem času ne naročajo drugih pacientov, čas je rezerviran za preventivo. Z razporeditvijo v vse delujoče ambulante dosežemo strnjenost pregleda in skrajšamo čakanje.

Ob kliničnem pregledu pri splošnem zdravniku smo pozorni na morebitne razvojne in kronične bolezenske spremembe ter na akutna obolenja, vse pa obravnavamo v povezavi

z navedbami študenta v anketnem delu. Tako na primer ob majhni ali nikakršni telesni aktivnosti ter vsebinsko in količinsko neprimerni prehrani na eni strani ter povišano telesno težo na drugi študenta takoj opozorimo na tveganja, ki jih prinaša tak način življenja. Podobno je tudi s slabo držo in odsotnostjo gibalnih navad, z neprimerno količino in razporeditvijo spanja ter utrujenostjo in slabo koncentracijo. Mnoge preseneti laboratorijsko odkrita slabokrvnost, saj utrujenost v času po maturi pripisujejo tej obremenitvi. Po drugi strani pa se dekleta ob obilnih menstrualnih krvavitvah tako prilagodijo na kronično izgubo, da sploh ne čutijo sprememb ob vrednosti hemoglobina pod 100g/L.

Pogosta tema pogovora je tudi obremenjujoča družinska anamneza alkoholizma in duševnih motenj ter študentovo prekomerno pitje na zabavah, redkeje redno pitje. Ob odkritju, da si tako "povečujejo" samopodobo, je tukaj priložnost za usmerjanje v bolj zdrav način samopotrditve ali kar v iskanje strokovne pomoči.

Ob pregledu se redno ustavimo tudi ob omembi zlorabe drog v anamnezi. Pri tem poskusimo opredeliti eksperimentiranje oziroma ugotoviti škodljive posledice.

Pozitivna družinska anamneza srčno-žilnih obolenj je zaradi starosti njihovih staršev (in pogosto tudi zdravstvenih težav) pogosto v središču pozornosti študentov. Ob tem imamo priložnost usmeriti njihovo pozornost k spremljanju krvnega tlaka, nadzorovanju telesne teže, odzivanju na stresne situacije, sprostitvi itn.

V preventivni list vpišemo tudi oceno vida in sluha, višino dioptrije pri kratkovidnih in orientacijsko oceno pri naglušnih.

Po preventivnem pregledu podamo oceno splošnega zdravstvenega stanja študenta. Študent je zdrav, če ni prisotne akutne ali kronične bolezni niti lažje ali težje telesne okvare. Okvare tudi opredelimo in šifriramo diagnoze. Opredelimo tudi morebitne dejavnike tveganja. Pri odkritju patoloških stanj napotimo študenta k izbranemu osebnemu zdravniku, če je treba, mu posredujemo tudi laboratorijske izvide.

Študentu ponudimo tudi možnost izbire osebnega zdravnika v našem zavodu.

Obisk pri zobnem zdravniku obsega pregled zob po ploskvah, pregled ustne sluznice, oceno stanja ugriza, stanje modrostnih zob in njihov vpliv na zobni lok.

Pri pregledu zobnih ploskev se določa tako imenovani KEP-indeks (karies, ekstrakcije, protetika) v odnosu do intaktnih zob. Zobozdravnik pregleda morebitne odmike dlesni, išče kislinske okvare sluznic in razjede na zobeh (posreden znak pogostega bruhanja), da bi tako dovolj zgodaj odkrili paradentalne bolezni. Aktivno išče tudi posledice bruksizma, to je prekomerne obrušenosti griznih ploskev zaradi nočnega škrtanja za zobmi. Pri tej motnji in pri okvari zobnega loka je ortodontsko zdravljenje uspešno tudi še v študentski dobi. Študenta ustrezno informiramo, med drugim tudi o možnosti izbire zobozdravnika v ZDŠ.

Tretjina študentov prvih letnikov mora opraviti tudi zaščitno cepljenje, in sicer na vseh zdravstvenih smereh cepljenje proti hepatitisu B, študenti, ki imajo vaje v naravnem okolju, pa potrebujejo zaščito pred klopnim meningoencefalitisom. Bazično cepljenje sestavljajo tri doze v standardnih razmikih, kar pomeni dodatne tri obiske v zdravstveni ustanovi v prvem ali drugem letu študija. V ZDŠ cepimo od leta 1991, od takrat se tudi ukvarjamo z možnostjo združitve prvega sistematskega pregleda s cepljenjem s prvo dozo cepiva pri tistih študentih, za katere je to obvezno. Težava, s katero se srečujemo, pa je čisto tehnične narave: fakultete združujejo v seznamih študente vseh študijskih smeri in tudi ponavljavce. Tako naročamo obveznike za cepljenje po posebnem obveščanju na tistih katedrah, ki mo-

rajo skrbeti za zaščito svojih študentov. Če je le mogoče, poskusimo vsaj prvi dve cepljenji proti klopnemu meningoencefalitisu opraviti v hladnih mesecih, ko klopi niso aktivni. Cepimo le en dan v tednu, predvsem zaradi prostorske obremenitve in higiensko-tehničnih zahtev prevoza cepiva. Vse to dodatno onemogoča združitev obeh obiskov.

Pred vsakim cepljenjem opravimo kratko anamnezo o morebitnih kontraindikacijah in študenta klinično pregledamo, da izključimo akutno infektivno obolenje.

Sklep

Na fakultete Univerze v Ljubljani in druge visokošolske zavode se vpiše v prve letnike študija vsako leto okrog petnajst tisoč novih študentov. To število se je v zadnjih dvajsetih letih potrojilo. Nekaj manj kot polovica jih pride do zadnjega letnika. V Zdravstvenem domu za študente skrbi za njihovo zdravje sedem splošnih zdravstvenih ekip, šest zobozdravstvenih ekip (in še pet zobozdravnikov koncesionarjev), psihiater in dve ginekologinji.

Vabilu na prvi sistematski pregled se odzove okrog tri četrtine študentov prvih letnikov, na drugi sistematski pregled pa skoraj 90 odstotkov vabljenih študentov. To pomeni, da sedem splošnih zdravnikov na leto opravi okrog 14.000 preventivnih pregledov, 4500 cepljenj, poleg tega pa imamo opredeljenih več kot 12.000 pacientov. V zobozdravstvu te preglede opravi enajst ekip, ki ob tem skrbijo še za okrog 15.000 opredeljenih pacientov.

S preventivnimi pregledi pri tej sorazmerno zdravi populaciji odkrivamo številne okvare zdravja in kronične bolezni, predvsem pa mnogo dejavnikov tveganja, ki utegnejo v prihodnosti škodovati njihovemu zdravju. Na prehodu iz odraščanja v samostojnost jim poskušamo približati slog življenja z najmanj tveganja za obolevanje v prihodnosti.

Viri:

1. Poslovno poročilo ZDŠ za leto 2009.
2. Oven T. Zgodovina zdravstvenega varstva študentov. V: Juricic, M.(ur). 100 let šolske medicine –Zbornik. Ljubljana, Sekcija za šolsko in visokošolsko medicine pri SZD, 2009:40-41.

Potek preventivnega (sistematskega) pregleda v ZDŠ

Priloga Preventivni zdravstveni list

MATSKA št.:

PREVENTIVNI ZDRAVSTVENI LIST

Priimek in ime

Datum rojstva

Bivališče (začasno)

Bivališče (stalno)

* Fakulteta _____

1. PRVI SISTEMATSKI PREGLED (prvi letnik)

2. DRUGI SISTEMATSKI PREGLED (zadnji letnik)

* SPOL

1. moški

2. ženski

* IZOBRAZBA MATERE:

1. osnovna šola

2. srednja šola

3. višja šola

4. visoka šola, magisterij, doktorat

* IZOBRAZBA OČETA:

1. osnovna šola

2. srednja šola

3. višja šola

4. visoka šola, magisterij, doktorat

* KJE STANUJETE V ČASU ŠTUDIJA?

1. doma

2. v študentskem domu

3. v privatni sobi oz. stanovanju

4. drugje

* ALI OB ŠTUDIJU PRILOŽNOSTNO DELATE?

1. nikoli

2. občasno

3. več kot 10 ur tedensko

*KOLIKOKRAT V TEDNU SE UKVARJATE Z ZMERNO TELESNO
DEJAVNOSTJO

(DO TAKE MERE, DA NEKOLIKO POSPEŠENO DIHATE IN SE OGREJETE)

NAJMANJ 30 MINUT (npr. hitra hoja, kolesarjenje po ravnem terenu, ples, plavanje)

0 1 2 3 4 5 6 7 več kot 7 krat

KJE SE PRETEŽNO HRANITE?

1. doma

2. v menzi

3. kuham sam

4. drugje

* KOLIKO OBROKOV HRANE OBIČAJNO ZAUŽIJETE DNEVNO?

1. en obrok

2. dva obroka

3. tri obroke

4. štiri ali več

* KAKO POGOSTO JESTE NASLEDNJO VRSTO HRANE? (Označite z X)

	1	2	3	4	5	6
	Enkrat dnevno ali pogosteje	Skoraj vsak dan	Nekajkrat tedensko	Enkrat tedensko	Enkrat ali nekajkrat mesečno	Redko ali nikoli
1. Sadje in zelenjava						
2. meso						
3. ribe						
4. Ocvrto hrano						
5. Mleko in mlečni izdelki						

* ALI IMATE NAVADO DODATNO SOLITI JEDI PRI MIZI?

1. Da

2. Ne

Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol (pivo, vino, žgane pijače, likerji, koktajli, mošt, tolkovec, medica)?

- 0) nikoli
- 1) enkrat na mesec ali manj
- 2) 2 do 4 krat na mesec
- 3) 2 do 3 krat na teden
- 4) 4 ali večkrat na teden

Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih ponavadi popili takrat, kadar ste pili ? (*Ena merica je 1 dcl vina ali 2,5 dcl piva ali tolkovca ali 0,3 dcl ("eno šilce") žgane pijače.*)

(Seštejte število meric različnih alkoholnih pijač (vina, piva, žgane pijače...), ki jih ponavadi popijete v enem dnevu, dar pijete.)

- 0) od nič do 1 merice
- 1) 2 merici
- 2) 3 ali 4 merice
- 3) 5 ali 6 meric
- 4) 7 in več meric

Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste ob eni priložnosti popili –

moški: 6 ali več meric ?

ženske: 4 ali več meric ?

- 0) nikoli
- 1) manj kot enkrat na mesec
- 2) 1 do 3 krat na mesec
- 3) 1 do 3 krat na teden
- 4) dnevno ali skoraj vsak dan

* ALI KADITE?

1. da

2. ne

3. opustil-a kajenje

*ČE KADITE, KOLIKO CIGARET POKADITE DNEVNO?

1. do 10

2. 12-20

3. več kot 20

* ALI IMATE OSEBNE IZKUŠNJE Z DROGO?

1. da

2. ne

* KOLIKO UR IMATE NOČNEGA POČITKA? _____ ur

* KOLIKO UR TEDENSKO ŠTUDIRATE (predavanje, vaje, seminarji, samostojen študij)? _____ ur

ALI IMAJO OZ. SO IMELI VAŠI STARŠI, STARI STARŠI, BRATJE IN SESTRE KATERO OD NASLEDNJIH BOLEZNI?

1. rak
2. visok krvni tlak
3. bolezni srca in ožilja
4. astma
5. sladkorno bolezen
6. duševno ali živčno motnjo
7. alkoholizem
8. samomorilnost

* ALI STE DO SEDAJ BILI

1. zdravljeni v bolnišnici
2. operirani
3. poškodovani
4. zdravljeni zaradi alergije
5. imeli motnje hranjenja
6. ostalo _____

ALI REDNO JEMLJETE KAKŠNA ZDRAVILA?

1. da _____
2. ne _____

SEDANJE TEŽAVE

vrtočlavičica _____	bolezni mišic, sklepov, kosti _____
glavobol _____	alergija _____
nespečnost _____	vidi dobro _____
zbadanje v prsih _____	ima očala, leče _____
kašelj _____	sliši dobro _____
prebavne motnje _____	ostale težave _____
motnje hranjenja _____	menstruacije redne, vsak mesec _____
pekoče bolečine v žlički _____	neredne _____
motnje uriniranja _____	kontracepcija _____ katera _____

IZPOLNI ZDRAVNIK

telesna višina _____ cm
 telesna teža _____ kg
 * ITM _____
 vid D _____ L _____
 sluh D _____ L _____
 telesna temperatura _____
 konstitucija leptosomni _____ mesosomni _____ eurisomni _____
 koža in vidne sluznice _____
 glava - oči _____ jezik _____
 nos _____ grlo _____
 ušesa _____ ostalo _____
 nebnice _____

VRAT - bezgavke

Ščitnica _____

PRSNİ KOŠ - zatrdline na dojkah

pazdušne bezgavke _____

PLJUČA - auskultatorno _____

SRCE - srčni vrh _____

Akcija _____

Toni _____

Šumi _____

Pulz _____

* RR _____

TREBUH - trebušna stena _____

Kila _____

Brazgotine po operaciji _____

Jetra, vranica _____

Sečila, spolovilo _____

Ledveni poklep _____

UDI - deformacije _____

pareze _____

gibljivost sklepov _____

edemi _____

ploska stopala _____

krčne žile _____

HRBTENICA - normalno oblikovana in gibljiva _____

Deformirana _____

NEVROLOŠKI STATUS

Reakcija zenice _____

Pateralni refleksi _____

Bicepsov refleksi _____

Senzibiliteta _____

Dermografizem _____

Tremor _____

Vtis o psihičnem stanju - urejen _____ neurejen _____

LABORATORIJ

* DIAGNOZA 1. _____

2. _____

3. _____

* OCENA ZDRAVSTVENEGA STANJA

1. zdrav

2. akutno bolan

3. kronično bolan

4. lažja telesna okvara

5. težja telesna okvara

6. prisotni dejavniki tveganja

7. ni dejavnikov tveganja

NAPOTEN k osebnemu zdravniku _____

* PRIPOROČILO, ZDRAVSTVENA VZGOJA _____

Datum pregleda: _____ Podpis zdravnika: _____

ZDRAVSTVENO VARSTVO ŠTUDENTOV UNIVERZE MARIBOR

Health care of students at the University of Maribor

Jasmina Skočir

Uvod

Študentje so populacija, ki zaradi posebnih pogojev zahtevajo posebno zdravstveno varstvo. Študent je mladostnik v starosti od 18 do 26 let, ko fizično in psihično dozoreva v samostojno osebnost in je ob intenzivnem študijskem delu in socialni odvisnosti izpostavljen vplivom hitrega razvoja družbe in tehnike. Ti vplivi lahko povzročajo določene motnje v zdravju – psihičnem in fizičnem – teh mladostnikov. V Mariboru je skrb za zdravje in pravičen razvoj študentov zaupan Dispanzerju za zdravstveno varstvo študentov (DZVŠ).

Študentski dispanzer

Dispanzer je zdravstvena ustanova, ki skrbi za zdravstveno varstvo, za napredek zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje diagnoze, zdravljenje in rehabilitacijo.

Beseda dispanzer je francoskega izvora in je pomenila ustanovo za brezplačno zdravljenje. Prvi je besedo dispanzer uvedel v 18. in 19. stoletju P.C. Budin, ko je na porodnem oddelku v Parizu uvedel posvetovalnico za matere z dojenčki in promoviral pomen dojenja.

Danes dispanzerji s dispanzerskim načinom dela usmerjajo pozornost predvsem na tiste, ki so zaradi bioloških lastnosti bolj občutljivi na vplive okolja ali so zaradi okolja bolj ogroženi.

Med populacijo, ki bi jo naj dispanzerska zdravstvena ustanova štela so tudi študentje, ki zaradi posebnih pogojev zahtevajo posebno zdravstveno varstvo, da se lahko razvijejo v telesno in duševno zdrave člane družbe. Študentska ambulanta v Mariboru v okviru OE Medicine dela deluje že 44 let, ustanovljena je bila leta 1966, s preselitvijo v nove prostore Ob parku 5 pa je leta 1974 prerasla v dispanzer. S tem so bile podane možnosti za kakovost in organizacijo dela. Sistematski pregledi so se začeli opravljati na enem mestu.

S sprejetjem zakona o varnosti in zdravja pri delu leta 1999 se je povečala preventivna dejavnost. Leta 2004 so se z reorganizacijo v našem ZD kurativni ambulantni priključili službi splošnega zdravstvenega varstva.

Zdravstveno varstvo varovancev se v DZVŠ opravlja v naslednjih dejavnostih:

1. preventivna in kurativna dejavnost,
2. mentalno-higienska dejavnost,
3. zobozdravstvena dejavnost,
4. diagnostični laboratorij in
5. ginekološka dejavnost – na drugi lokaciji.

Zdravstveni tim našega dispanzerja sestavljajo:

- zdravnik specialist med. dela
- psiholog
- dve diplomirani medicinski sestre
- ena srednja sestra
- administrator

2.1 Kurativna dejavnost

Kurativno dejavnost izvajamo v tesnem sodelovanju z ostalimi strokovnimi službami. Kot izbran zdravnik skrbim za 950 varovancev, ostalim študentom pa nudimo nujno medicinsko pomoč.

2.2 Preventivna dejavnost

Preventivna dejavnost zajema sistematske preglede študentov prvih in zadnjih letnikov, preglede pred vpisom na fakultete, preglede pred opravljanjem počitniškega dela in obveznih praktičnih vaj – živilske preglede, preglede pred cepljenjem, preglede pred zaposlitvijo, obdobje preglede zaposlenih kot pooblaščen zdravnik, preglede za posest in nošnjo orožja.

3 Sistematski pregledi študentov

Aktivni zdravstveni nadzor, v smislu izboljšanja in utrjevanja zdravja, odkrivanju dejavnikov tveganja in odkrivanja znakov kroničnih degenerativnih obolenj in odkrivanje stresno dovzetnih posameznikov s tveganim vedenjem in usmerjeno zdravstveno vzgojno delo je smoter iz naslova preventivnega programa študentov.

Kot je navedeno v Uradnem listu republike Slovenije št. 19/1998: »pregledanost nad zdravjem te skupine prebivalcev zagotavlja odgovorni zdravnik, ki je odgovoren za izvajanje obveznega preventivnega varstva in programirane zdravstvene vzgoje v študentskem dispanzerju... v sodelovanju s koordinatorjem za to področje na pristojnem območnem zavodu za zdravstveno varstvo.« Obseg pregleda je prav tako določen v Uradnem listu RS št. 19/1998.

Vsako študijsko leto pripravimo za pripadajoče visoke in višje šole celoletni plan preventivnega zdravstvenega varstva študentov, analizo opravljenega dela in predlog ukrepov za boljše izvajanje programa. Preventivno zdravstveno varstvo študentov se organizira skupinsko po fakultetah in letnikih in ni vezano na izbranega osebnega zdravnika (Uradni list št. 19/1998). Opravljamo jih pri študentih prvih in zadnjih letnikov fakultet. Vsa opažanja in klinični pregled za vsakega študenta in vsak sistematski pregled beležimo na PREVENTIVNI ZDRAVSTVENI KARTON. Karton je sestavljen iz več delov in sicer ima prostor za status, laboratorijske izvide, diagnozo, oceno zdravstvenega stanja, priporočila in anamnezo. Le-to se posname s vprašalnikom, ki ima sledeče rubrike:

- delovna anamneza: fakulteta in smer študija, zaključena srednja šola
- socialna anamneza: izobrazba staršev, kraj bivanja v času študija, prehranjevanje (kraj,

število obrokov, prehrambene razvade), zloraba alkoholnih pijač, cigaret, športno udejstvovanje, nočni počitek in ure študija

- osebna anamneza: bolezni v družini, trenutne zdravstvene težave.

V sistematske preglede je od leta 1974 vključen tudi psiholog, ki s vrednotenjem izbranih testov oceni psihično stanje študentov in jih po svoji presoji vabi na kontrole. Vabilu se odzove približno 60% vabljenih.

Vid ocenjujemo s pomočjo aparata za testiranje vida Rodenstock 12.

V skladu s republiškim programom imunoprofilakse opravimo tudi cepljenje študentov po shemi za posamezno cepivo.

3.1 Zdravstvena vzgoja študentov

Veliko pozornost namenimo zdravstveni vzgoji študentov, ki je tudi temeljno področje delovanja medicinske sestre v dispanzerju. Zdravstvena vzgoja si prizadeva da bi vsak posamezni član današnje družbe, pa tudi družba kot celota, sprejel zdravje kot največjo vrednost. Sodoben pomen zdravstvene vzgoje je ta, da spodbuja ljudi k doseganju dobrega zdravja, bori se proti boleznim s pomočjo lastnih akcij in naporov. Bolezni sodobnega časa terjajo skupno odgovornost in odpravljanje številnih dejavnikov tveganja.

Zdravstvena vzgoja poteka na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju.

Primarna zdravstvena vzgoja se nanaša na ravnanje, ki krepi zdravje in s tem preprečuje obolenje in izboljša kakovost zdravja in življenja.

Na sekundarni ravni zdravstvena vzgoja oriše bolezenske znake, bolezni in njeno zdravljenje. Namenjena je ogroženim skupinam in posameznikom.

Program terciarne zdravstvene vzgoje zajema ukrepe za zmanjšanje ali odpravljanje dolgotrajnih okvar, zmanjšanje trpljenja na minimalno raven in izboljšanje bolnikove prilagodljivosti na to stanje. Namenjena je bolnikom, invalidom in njihovim svojcem.

V našem dispanzerju izvajamo vse tri oblike zdravstvene vzgoje, poudarek pa je na zdravstveni vzgoji primarnega nivoja. Pri zdravstveno vzgojnem delu uporabljamo več metod

- metoda ustnega razlaganja je najpogostejše uporabljena v obliki predavanja, opisovanja, pojasnjevanja
- metodo demonstriranja, ko z verbalnimi metodami težje nazorno in razumljivo prikažemo določeno vsebino

Pri nas izvajamo skupinsko (manjše skupine) in individualno zdravstveno vzgojno izobraževanje.

Pred pričetkom sistematskih pregledov medicinska sestra v skupini predstavi študentom določene teme, ki so ključne za zdrav osebni razvoj v obliki krajšega predavanja. Najpogostejše teme so: problematika drog, uživanje alkohola, pomen zdrave prehrane in telesna aktivnost. Za predstavitev teh tem se po potrebi poslužuje raznih avdiovizualnih pripomočkov, kot so video kasete, grafoskop, plakati. Po skupinskem predavanju sledi lahko še individualno svetovanje vsakemu posamezniku medicinske sestre ob jemanju anamneze in zdravnika ob kliničnem pregledu. Za individualno obliko dela je značilno, da je pomembna pri reševanju intimnih problemov posameznika.

Pomembno je vedeti, da lahko tudi čakalnico uporabimo kot učilnico zdravstvene vzgoje. S primerno urejeno čakalnico lahko pri varovancih dosežemo pozitiven odnos do zdra-

vstvenega varstva. Neustrezno urejena čakalnica brez zdravstveno vzgojnega materiala vpliva na varovance zelo negativno, zlasti še ob daljšem čakanju in neustreznem komuniciranju zdravstvenih delavcev z varovanci.

4. Rezultati in analiza

S pomočjo izpolnjenega vprašalnika-anamneze, laboratorijskega izvida, kliničnega pregleda postavimo diagnozo in podamo oceno zdravstvenega stanja za vsakega študenta posebej. Po potrebi ga napotimo še k osebnemu zdravniku ali ustreznemu specialistu.

Vse dobljene podatke statistično obdelamo in jih prikažemo v obliki tabel, grafov in poročil za vsako študijsko leto, posamezno fakulteto in celotno univerzo posebej.

Pri sistematskih pregledih spremljamo predvsem naslednje parametre: prehranjenost, prehranjevalne navade, kajenje, šport, zloraba alkohola, ocena zdravstvenega stanja, okvare zdravja po MKB.

Stanje prehranjenosti prikazujemo z indeksom telesne mase – ITM. Formula za izračun ITM je :

$$\text{ITM} = \text{telesna teža (kg)} / (\text{telesna višina (m)})^2$$

ITM med 18,5 in 24,5 normalno telesno težo, do 29,5 čezmerno telesno težo, nad 30 pa debelost in hudo debelost, manj kot 18,5 pa označuje premajhno telesno težo.

Okvare zdravja prikazujemo po posameznih skupinah po MKB v odstotkih (%) in indeksom frekvence, kar pomeni število zdravstvenih okvar na sto oseb.

Nekaj ugotovitev statistične obdelave sistematskih pregledov v študijskem letu 2009/10:

- pregledanih je bilo skupaj 3130 študentov,
- deklet je 61%
- 65% je normalno prehranjenih, debelost in hudo debelost smo opazili pri 8,2%
- kadi 22% , za 4% več deklet- v I. letniku kadi 23,4%, v zadnjem pa 19%
- 9,2% anketiranih predvsem fantje v I. letniku ima izkušnjo z drogo
- s športom se v I. letniku ukvarja 25,3%, v zadnjem pa le 2,2%
- polovica anketiranih pije alkoholne pijače 1-2 krat mesečno, 1 do 4 merice
- 71,6% študentov je zdravih, 25% ima lažje okvare, 2,4% pa težje okvare zdravja
- Obolenja po MKB
- 1. Bolezni živčnega sistema in čutil, predvsem zaradi okvar vida (IF 48,8)
- 2. endokrine bolezni prehranjevanja, predvsem zaradi debelosti (IF 19,0)
- 3. bol. kostno mišičnega sistema, predvsem zaradi okvar hrbtenice (IF 15,7)
- 4. bol. cirkulatornega sistema, predvsem zaradi povišanega RR (IF 12,4)

Tabela : Primerjava nekaterih oboležij po različnih študijskih letih

Oboležje	Štud.l. 2003/04		Štud.l. 2005/06		Štud.l. 2007/08		Štud.l. 2009/10	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
Debelost	52,7%	17,4%	40,6%	21,6%	39,7%	25,6%	39,8%	24,5%
Kajenje	25,6%	26,2%	27,5%	28,5%	21,4%	26,1%	19,3%	23,8%
Vino	50,1%	42,4%	56,6%	46,3%	57,7%	41,3%	32,3%	26,3%
Šport	44,8%	17,6%	45,7%	18,5%	46,8%	19,9%	25,0%	12,3%

Obolenja po MKB za študijska leta kot v zg. tabeli:

vsa leta so na prvem mestu bol. živčnega sistema in čutil, sledijo pa menjaje endokrine bolezni prehranjevanja in bolezni kostno mišičnega sistema.

Popolna statistična poročila so prikazana v prilogi prispevka.

Še nekaj zanimivosti:

- število študentov se je od ustanovitve ambulate l. 1966 do l. 2009 povečalo iz 1500 na 20500.
- v letu 2009 smo opravili 3606 preventivnih pregledov, 473 obdobjnih pregledov (pooblaščen zdravnik), 473 pregledov pred cepljenjem in 4860 kurativnih pregledov.

5. Razprava in sklep

Ugotavljanja stanja ter spremljanje zdravega psihofizičnega razvoja študenta je ena ključnih nalog preventivne zdravstvene aktivnosti. Temu je namenjen sistematski pregled študenta.

Vsebina in obseg sistematičnega pregleda sta določena v Uradnem listu RS št. 19/1998 in omejena v preozke okvirje. Zaradi razširjenosti bolezni sodobnega časa, bi bilo smotno ob sistematskem pregledu razširiti laboratorijske preiskave (maščobe, KS), EKG, ponovna uvedba zobozdravstvenih pregledov, in podobno. Poseben problem predstavlja tudi vrednotenje opravljenih storitev.

Zdravje je rezultat dobrega psihofizičnega stanja, zdrave prehrane, zdravega okolja, uspešnega obvladovanja stresa in genetskega nasledstva. Pojmovanje zdravja študenta kot telesno + duševno + socialno ravnotežje mlade osebnosti zahteva organizirano strokovno večtirno pomoč posamezniku.

Priloga:

- statistika ločeno po spolu za študijska leta 2006/07 do 2009/10
- preventivni zdravstveni karton

STATISTIKA LOČENO PO SPOLU IN LETNIKU ŠTUDIJA

Vse fakultete

Število anketiranih

3130

Študijsko leto:

2009-2010

Prehranjevalne navade	MOŠKI I.L.	ŽENSKE I.L.	MOŠKI IV.L.	ŽENSKE IV.L.	SKUPNO ŠT.
Šladnje	846	1186	356	706	3096
Meso	853	1147	358	686	3044
Ribe	755	992	321	612	2680
Ocvrta hrana	822	1078	346	613	2859
Mleko	837	1168	353	688	3056
Število študentov po letnikih	860	1199	359	712	3130

Razvade in navade	MOŠKI I.L.	ŽENSKE I.L.	MOŠKI IV.L.	ŽENSKE IV.L.	SKUPNO ŠT.
Kajenje	178	302	56	153	690
Izkušnja z drogami	124	84	46	33	287
Zdravila	22	72	19	40	153
Število študentov po letnikih	860	1199	359	712	3130

Ostalo	MOŠKI I.L.	ŽENSKE I.L.	MOŠKI IV.L.	ŽENSKE IV.L.	SKUPNO ŠT.
Sport	286	235	126	114	761
Število študentov po letnikih	860	1199	359	712	3130

Koliko krat ste v zadnjem mesecu pili alkohol?

OBELEŽJE	MOŠKI I.L.	ŽENSKE I.L.	MOŠKI IV.L.	ŽENSKE IV.L.	SKUPNO ŠT.
Nikoli	55	107	18	62	243
1 krat na mesec	312	726	133	441	1612
2 do 4 krat na mesec	411	343	183	189	1116
2 do 3 krat na teden	77	20	42	8	148
4 ali večkrat na teden	5	3	2	1	11
SKUPAJ	860	1199	359	712	3130

Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih popili, takrat, ko ste pili.

OBELEŽJE	MOŠKI I.L.	ŽENSKE I.L.	MOŠKI IV.L.	ŽENSKE IV.L.	SKUPNO ŠT.
od 0 do 1 merice	131	369	52	227	779
2 merici	219	394	91	267	971
3 do 4 merice	278	342	115	162	898
5 ali 6 meric	136	68	68	48	320
7 ali več meric	95	26	33	8	162
SKUPAJ	860	1199	359	712	3130

Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste ob eni priložnosti popili: MOŠKI: 6 ali več meric? ŽENSKE: 4 ali več meric?

OBELEŽJE	MOŠKI I.L.	ŽENSKE I.L.	MOŠKI IV.L.	ŽENSKE IV.L.	SKUPNO ŠT.
Nikoli	178	452	76	309	1015
manj kot 1 krat na mesec	406	584	189	321	1490
1 do 3 krat na mesec	247	155	109	78	589
1 do 3 krat na teden	29	8	5	4	46
dnevno ali skoraj vsaki dan	0	0	0	0	0
SKUPAJ	860	1199	359	712	3130

STATISTIKA

vseh anketiranih
3173

Prehranjevalne navade	Sadnje	Meso	Ribe	Ocvrta hrana	Mleko
št.	3139	3084	2718	2897	3097
%	98,93	97,20	85,66	91,30	97,60

Kajenje
št. 694
% 21,87

at ste v zadnjem mesecu pili alkohol?

	1 krat na mesec	2 do 4 krat na mesec	2 do 3 krat na teden	4 ali večkrat na teden
št.	246	1640	1126	150
%	7,7529152	51,69810148	35,486921	4,727387331

etic pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih popili takrat, ko ste pili?

	od 0 do 1 merice	2 merici	3 do 4 merice	5 ali 6 meric	7 ali več meric
št.	790	989	999	324	162
%	24,897573	31,16924047	29,616451	10,21115663	5,105578317

osto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste ob eni priložnosti popili. MOŠKI: 6 ali več
ŽENSKE: 4 ali več meric?

	manj kot 1 krat na mesec	1 do 3 krat na mesec	1 do 3 krat na teden	dnevno ali skoraj vsak dan
št.	1032	1499	596	46
%	32,524425	47,24235739	18,763480	1,449732115

osebne izkušnje z drogo?

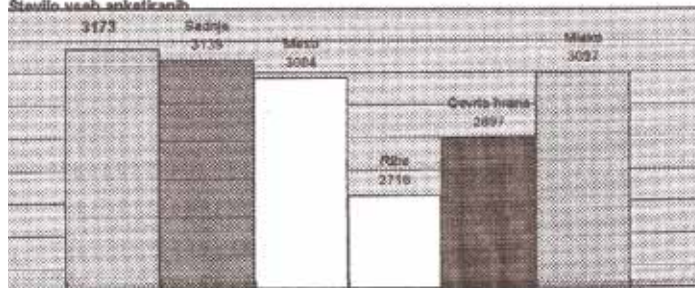
št.	289
%	9,11

ukvarjate s športom?	772
%	24,33

no jemljete zdravila?	157
%	4,95

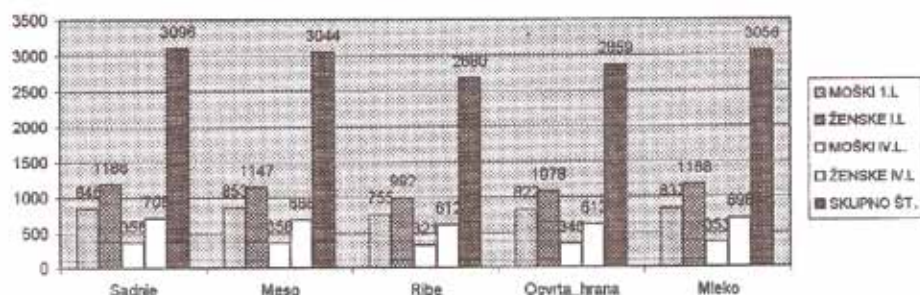
Prehranjevalne navade

Število vseh anketiranih

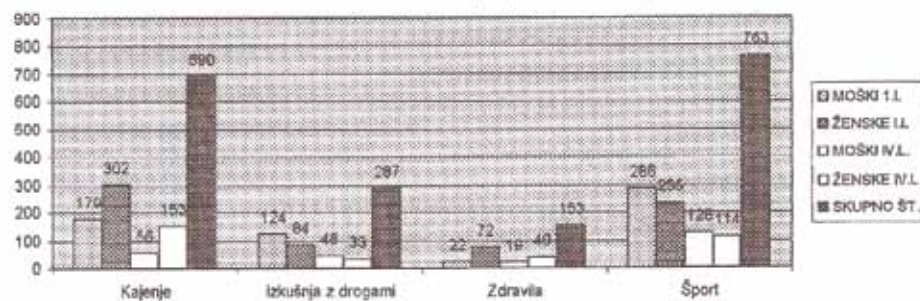


- Število vseh anketiranih
- Sadnje
- Meso
- Ribe
- Ocvrta hrana
- Mleko

Prehrana študentov ločeno po spolu in letniku študija



Razvade študentov ločeno po spolu in letniku študija



Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste ob eni priložnosti popili: MOŠKI: 6 ali več meric? ŽENSKÉ: 4 ali več meric?

	OBELEŽJE	MOŠKI I.L.	ŽENSKÉ I.L.	MOŠKI IV.L.	ŽENSKÉ IV.L.	SKUPNO ŠT.	%
1.	Nikoli	178	452	76	309	1015	32,4
2.	manj kot 1 krat na mesec	406	584	169	321	1480	47,3
3.	1 do 3 krat na mesec	247	155	108	78	589	18,6
4.	1 do 3 krat na teden	29	8	5	4	46	1,5
5.	dnevno ali skoraj vsak dan	0	0	0	0	0	0,0
6.	SKUPAJ	860	1199	359	712	3130	100,0



Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Ulica talcev 9, 2000 Maribor

OE MDPŠ Dispanzer za zdravstveno varstvo študentov Maribor
Ob parku 5, 2000 Maribor

PREVENTIVNI ZDRAVSTVENI KARTON

Priimek in ime: _____

Opravljenjena srednja šola: _____

Fakulteta: _____ smer: _____

1. SPOL: a.) moški

b.) ženski

2. IZOBRAZBA MATERE:

- a. osnovna šola
- b. srednja šola
- c. višja šola
- d. visoka šola
- e. magisterij, doktorat

2) IZOBRAZBA OČETA:

- a. osnovna šola
- b. srednja šola
- c. višja šola
- d. visoka šola
- e. magisterij, doktorat

I. sistematski pregled

II. sistematski pregled

3. KJE STANUJETE V ČASU ŠTUDIJA?

- a. doma
- b. v študentskem domu
- c. privat
- d. drugje

- a. doma
- b. v študentskem domu
- c. privat
- d. drugje

4. KJE SE PRETEŽNO HRANITE?

- a. doma
- b. v menzi
- c. kuham sam
- d. drugje

- a. doma
- b. v menzi
- c. kuham sam
- d. drugje

5. KOLIKO OBROKOV HRANE DNEVNO OBIČAJNO ZAUŽIJETE?

- a. en obrok
- b. dva obroka
- c. tri obroke
- d. štiri ali več

- a. en obrok
- b. dva obroka
- c. tri obroke
- d. štiri ali več

6. ALI IMATE NAVADO DODATNO SOLITI JEDI?

- a. da
- b. ne

- a. da
- b. ne

43/4/009

7. KAKO POGOSTO JESTE NASLEDNJO VRSTO HRANE? (označite z X)

	1.		2.		3.		4.		5.		6.	
	Enkrat dnevno ali pogosteje		Skoraj vsak dan		Nekajkrat tedensko		Enkrat tedensko		1 do 3 krat mesečno		Redko ali nikoli	
	I.	II.	I.	II.	I.	II.	I.	II.	I.	II.	I.	II.
Sadje in zelenjavo												
Meso												
Ribe												
Ocvrto hrano												
Mleko in mlečne izdelke												

8. KAKO POGOSTO STE V ZADNJIH 12 MESECIH PILI PIJAČE, KI VSEBUJEJO ALKOHOLO? (pivo, vino, žgane pijače, likerji, koktajli, mošt, medica)

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| a) nikoli | a) nikoli |
| b) enkrat na mesec ali manj | b) enkrat na mesec ali manj |
| c) 2 do 4 krat na mesec | c) 2 do 4 krat na mesec |
| d) 2 do 3 krat na teden | d) 2 do 3 krat na teden |
| e) 4 ali večkrat na teden | e) 4 ali večkrat na teden |

9. KOLIKO MERIC PIJAČE, KI VSEBUJE ALKOHOLO, STE V ZADNJIH 12 MESECIH PONAVALDI POPILI TAKRAT, KADAR STE PILI? (Ena merica je 1 dcl vina ali 2,5 dcl piva ali 0,3 dcl (»eno šilce«) žgane pijače)

(Seštejte število meric različnih alkoholnih pijač (vina, piva, žgane pijače,...), ki jih ponavadi popijete v enem dnevu, kadar pijete.)

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| a) od nič do 1 merice | a) od nič do 1 merice |
| b) 2 merici | b) 2 merici |
| c) 3 ali 4 merice | c) 3 ali 4 merice |
| d) 5 ali 6 meric | d) 5 ali 6 meric |
| e) 7 in več meric | e) 7 in več meric |

10. KAKO POGOSTO SE JE V ZADNJIH 12 MESECIH ZGODILO, DA STE OB ENI PRILOŽNOSTI POPILI-

MOŠKI: 6 ali več meric **ŽENSKE:** 4 ali več meric

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| a) nikoli | a) nikoli |
| b) manj kot enkrat na mesec | b) manj kot enkrat na mesec |
| c) 1 do 3 krat na mesec | c) 1 do 3 krat na mesec |
| d) 1 do 3 krat na teden | d) 1 do 3 krat na teden |
| e) dnevno ali skoraj vsak dan | e) dnevno ali skoraj vsak dan |

11. ALI KADITE?

- | | |
|----------------------|----------------------|
| a) da | a) da |
| b) ne | b) ne |
| c) opustil-a kajenje | c) opustil-a kajenje |

12. ČE KADITE, KOLIKO CIGARET POKADITE DNEVNO?

- | | |
|---------------|---------------|
| a) do 10 | a) do 10 |
| b) 12-20 | b) 12-20 |
| c) več kot 20 | c) več kot 20 |

13. ALI IMATE OSEBNE IZKUŠNJE Z DROGO?

- | | |
|-------|-------|
| a) da | a) da |
| b) ne | b) ne |

14. ALI SE UKVARJATE S ŠPORTOM VEČ KOT 4 URE TEDENSKO?

- | | |
|-------|-------|
| a) da | a) da |
| b) ne | b) ne |

15. KOLIKO UR NOČNEGA POČITKA IMATE?

16. KOLIKO UR TEDENSKO ŠTUDIRATE?

17. ALI IMA OZ. JE IMEL KDO V DRUŽINI KATERO OD NASLEDNJIH BOLEZNI?
(starši, stari starši, brat, sestra)

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| a. TBC | a. TBC |
| b. maligno obolenje - rak | b. maligno obolenje - rak |
| c. visok krni pritisk | c. visok krni pritisk |
| d. bolezni srca in ožilja | d. bolezni srca in ožilja |
| e. astma | e. astma |
| f. sladkorno bolezen | f. sladkorno bolezen |
| g. duševno ali živčno motnjo | g. duševno ali živčno motnjo |
| h. alkoholizem | h. alkoholizem |
| i. samomorilnost | i. samomorilnost |
| j. drugo | j. drugo |

18. SEDANJE VAŠE ZDRAVSTVENE TEŽAVE?

I. sistematski pregled :

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| vrtočlavlava _____ | glavobol _____ |
| nespečnost _____ | teško dihanje _____ |
| zbadanje v prsih _____ | kašelj _____ |
| prebavne motnje _____ | motnje hranjenja _____ |
| težave z želodcem _____ | vnetje ledvic oz. mehurja _____ |
| bolezni mišic, sklepov in kosti _____ | alergija _____ |
| božjast – epilepsija _____ | psihične težave _____ |
| prirojene okvare _____ | operacije _____ |
| nezgode _____ | |
| drugo _____ | |

19. ALI REDNO JEMLJETE KAKŠNA ZDRAVILA?

a) da
b) ne

a) da
b) ne

II. sistematski pregled:

Težave oz. bolezni od I. sistematskega pregleda do sedaj: _____

20. IZPOLNIJO SAMO DEKLETA

prva menstruacija z leti _____ prva menstruacija z leti _____

menstruacija redna _____ menstruacija redna _____

menstruacija boleča _____ menstruacija boleča _____

število porodov _____ število porodov _____

število splavov _____ število splavov _____

kontracepcija _____ katera _____ kontracepcija _____ katera _____

zadnja menstruacija _____ zadnja menstruacija _____

ginekološka obolenja _____ ginekološka obolenja _____

IZPOLNI ZDRAVNIK

Telesna teža in višina V (cm) _____ T (kg) _____

ITM _____

Vid D _____ L _____

Sluh D _____ L _____

RR _____

Pulz _____

Konstitucija: leptosom _____

mesosom _____

eurisom _____

Koža in vidne sluznice: _____

GLAVA - oči _____

nos _____

ušesa _____

nebnice _____

grlo _____

VRAT - bezgavke _____

ščitnica _____

PRSNI KOŠ

pazdušne bezgavke _____

zatrldline na dojkah _____

PLJUČA

- auskultatorno _____

SRCE - srčni vrh _____

akcija _____

toni _____

šumi _____

V (cm) T (kg)

D _____ L _____

D _____ L _____

TREBUH

trebušna stena _____
 kila _____
 brazgotina po operaciji _____
 jetra, vranica _____
 sečila, spolovila _____
 ledveni poklep _____
 patološke rezistence _____

UDI – deformacije

pareze _____
 gibljivost sklepov _____
 edemi _____
 ploska stopala _____
 krčne žile _____
 ostale anomalije _____

HRBTENICA

nor. oblikovana _____
 gibljivost _____
 deformirana _____

NEVROLOŠKI STATUS

reakcije zenic _____
 patelarni refleks _____
 Babinski _____
 Romberg _____
 senzibiliteta _____
 dermografizem _____
 tremor _____
 psihični vtis _____
 - prilagojen _____
 - neprilagojen _____

DIAGNOZA: 1.

1. _____
 2. _____
 3. _____

OCENA ZDRAVSTVENEGA STANJA

zdrav _____
 zdrav z dejavniki tveganja _____
 z lažjimi okvarami _____
 s srednjimi okvarami _____
 s težjimi okvarami _____

NAPOTEN k osebnemu zdravniku _____**PRIPOROČILA**

zdr. vzgoja _____

Datum I. pregleda

Podpis zdravnika

Datum II. Pregleda

Podpis zdravnika

SISTEMATIČNI PREGLEDI ŠTUDENTOV UNIVERZE V LJUBLJANI V ŠTUDIJSKEM LETU 2008/2009

Systematic medical examinations of students at the University of Ljubljana in academic year 2008/2009

Mateja Škrjanec

Izvleček.

V študijskem letu 2008/2009 smo na sistematični pregled vabili 18632 študentov, opravili smo 12830 pregledov. 33% pregledanih ima motnjo vida, 17% bolezni uvrščene med endokrine, prehranske in presnove motenja in 14% bolezni kosti, mišic in veziva. 52% študentov ima prisoten vsaj en dejavnik tveganja za kronične nenalezljive bolezni. Največji problem je prekomerna telesna teža, ki jo ima 30% moških in 17% žensk. Med študenti je 18% kadilcev, 17,5% študentov pije na tvegani način. Tretjina je premalo telesno dejavna. Za uspešno skrb za zdravje študentske populacije je potrebno povezovanje različnih segmentov družbe.

Abstract

In academic year 2008/2009 18.632 students were invited to undergo the systematic examination and 12.830 examinations were performed. 33 % of examined students have visual disturbances, 17 % have endocrine diseases as well as nutrition and metabolism disorders, while 14 % of students have bone, muscle and connective tissue diseases. 52 % of students have at least one risk factor for chronic non-communicable diseases. The biggest problem is overweight, which appeared among 30 % of men and 17 % of women. 18 % of students are smokers, 17.5 % of students are high-risk drinkers. One third of examined students lack physical activity. It is highly important to connect the various segments of society in order to ensure health of student population.

UVOD

Študentje so mladi med 18 in 26 letom, pogosto tudi starejši. Z pričetkom študija so izpostavljeni velikim spremembam v vsakodnevem življenju, hkrati so socialno odvisni in zato posebej ranljiva populacija. V tem obdobju začenjajo samostojno odločati in prevzemati odgovornost za zdravje. Zato je pomembno, da zgodaj odkrivamo in zdravimo bolezni in sistematično iščemo dejavnike tveganja, ki vodijo v razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni. Kronične nenalezljive bolezni so še vedno osnovni vzrok prezgodnje umrljivosti in obolenosti v Evropski uniji in v Sloveniji. Za njihov nastanek je odgovornih razmeroma majhno število skupnih dejavnikov tveganja. Dokazano je, da dejavnosti, ki zmanjšujejo pojav dejavnikov tveganja za razvoj kroničnih bolezni, izboljšajo zdravje, preprečujejo kronične bolezni in izboljšajo kakovost življenja. (1) Na sistematičnih pregledih študentov odkrivamo dejavnike tveganja, ki so povezani z načinom življenja (kajenje, nezdravo prehranjevanje, nezadostna telesna dejavnost, škodljivo uživanje alkohola) in biološke dejavnike tveganja (čezmerna telesna teža, zvišan krvni tlak). Preventivno delo je usmerjeno k zmanjševanju tveganja v študentski populaciji (usmerjeno na družbene dejavnike tveganja) in k zmanjšanju tveganja pri posamezniku. Znano je, da je za učinkovito preprečevanje kroničnih bolezni potrebno povezovati preventivne dejavnosti v vseh življenjskih obdobjih (1), zato so sistematični pregledi študentov logično nadaljevanje pregledov šolarjev in mladine.

POPULACIJA IN METODE

V Zdravstvenem domu za študente Univerze v Ljubljani vabimo na sistematični pregled študente prvih letnikov dodiplomskega študija in študente četrtih letnikov starih študijskih programov oziroma študente prvih letnikov magistrskega študija. Pregled obsega anketni vprašalnik, klinični pregled, osnovni laboratorijski pregled krvi in urina ter zdravstveno vzgojo. Anketni vprašalnik vsebuje:

- delovno in socialno anamnezo: smer študija, čas potreben za študij, delo ob študiju, kraj bivanja v času študija, prehranjevanje, kajenje, uživanje alkohola, telesna dejavnost.
- Družinska anamneza: srčno-žilne bolezni, rak, sladkorna bolezen, alergije, duševne bolezni, alkoholizem.
- Osebna anamneza: prejšnje bolezni in poškodbe in sedanje težave.

Klinični pregled: telesna teža in višina, izračun indeksa telesne mase ITM, ocena ostrine vida, pregled kože in vidnih sluznic, pregled glave in vratu s palpacijo ščitnice in limfnih žlez, avskultacija srca in pljuč, RR, pregled abdomna, ortopedski status s poudarkom na pregledu hrbtenice in spodnjih okončin.

Po končanem pregledu ocenimo zdravstveno stanje posameznika, določimo prisotnost dejavnikov tveganja za kronične nenalezljive bolezni in izdelamo priporočila.

Dobljene podatke prikažemo v obliki poročila za vsako študijsko leto posebej.

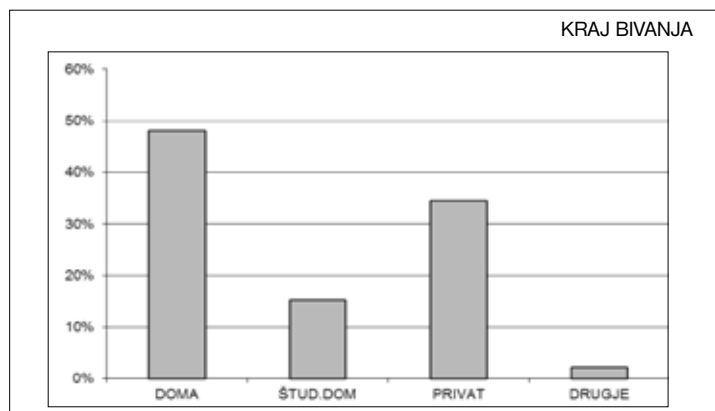
REZULTATI

V študijskem letu 2008/2009 je bilo na sistematični pregled vabljen 18632 študentov, opravili smo 12830 sistematičnih pregledov.

Tabela 1. Število pregledanih študentov v študijskem letu 2008/2009.

	Vabljeni	Pregledani	Delež
Prvi letnik	13043	8222	63%
Četrti letnik oz. 1 letnik mag.	5589	4608	82,4%
Vsi	18632	12830	68,8%

BIVANJE

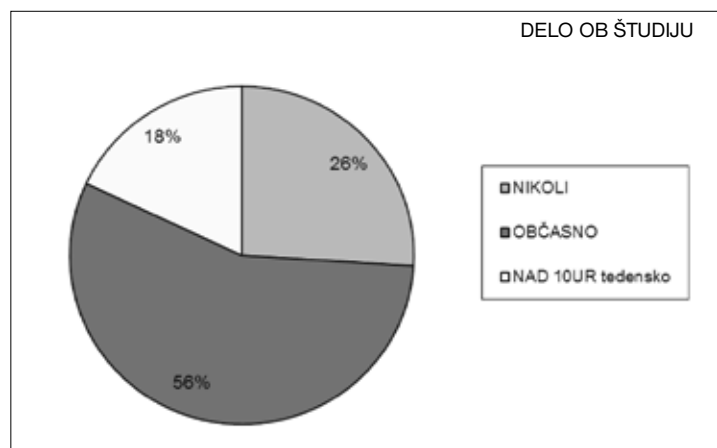


Slika 1. Kraj bivanja med študijem v deležih.

ŠTUDIJ

Študentje v povprečju za študijske obveznosti (predavanja, vaje, seminarji, samostojen študij) porabijo 25,6 ur na teden. Študentje 1. letnikov študirajo 26,7 ure tedensko. Študentje zadnjih letnikov pa 23,7 ur. Med spoloma ni razlik.

DELO OB ŠTUDIJU

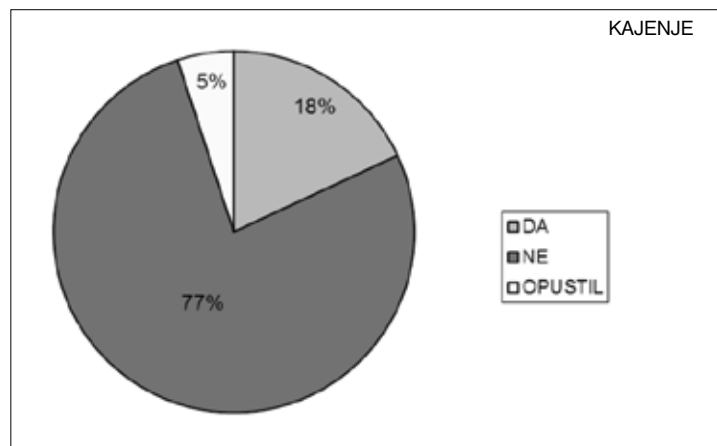


Slika 2. Delež študentov, ki ob študiju delajo.

ALKOHOL

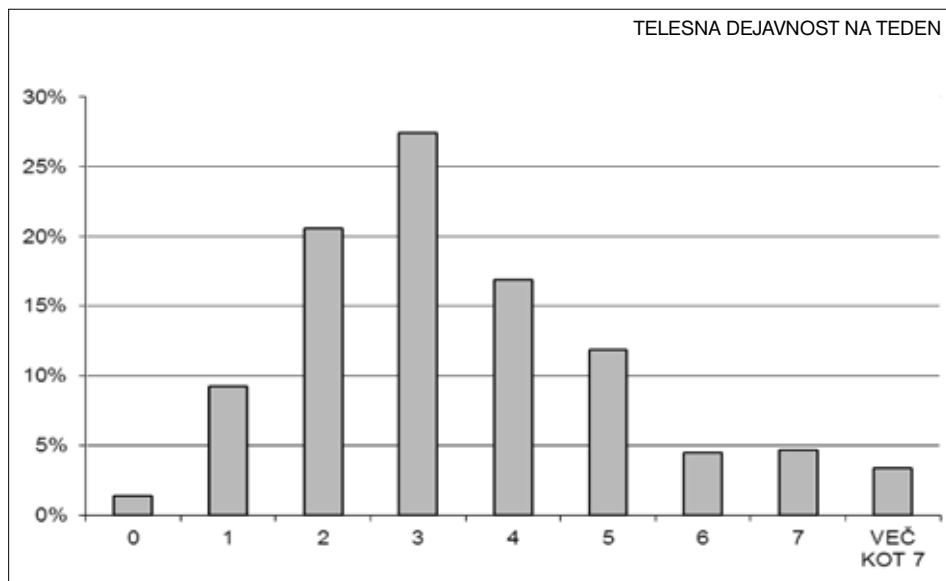
Alkohol uživajo občasno oziroma ob posebnih priložnostih v 71%, ob vikendih 16%, alkohola ne pije 12% vprašanih. 17,5% študentov ob eni priložnosti popije več kot pet enot alkohola, torej pije na tvegan način.

KAJENJE



Slika 3. Delež kadilcev med študenti.

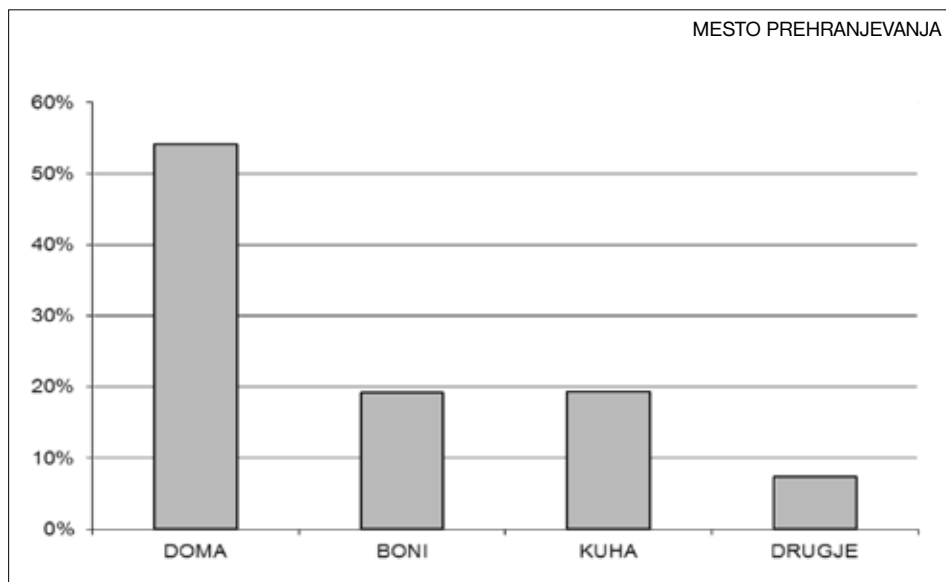
TELESNA DEJAVNOST



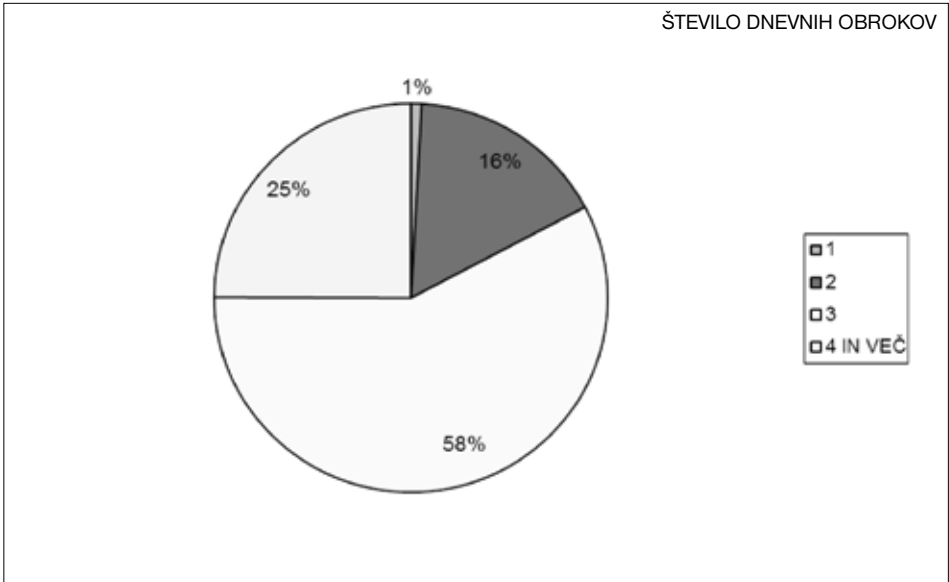
Slika 4. Število vsaj 30 minutne telesne dejavnosti na teden v deležih.

24% anketiranih se vsaj petkrat tedensko ukvarja s telesno aktivnostjo v taki meri, da se zadihajo in ožnožijo in so vsakič aktivni najmanj 30 minut. Tretjina je dejavnih manj kot trikrat tedensko, 1,4% je telesno povsem nedejavnih.

PREHRANA



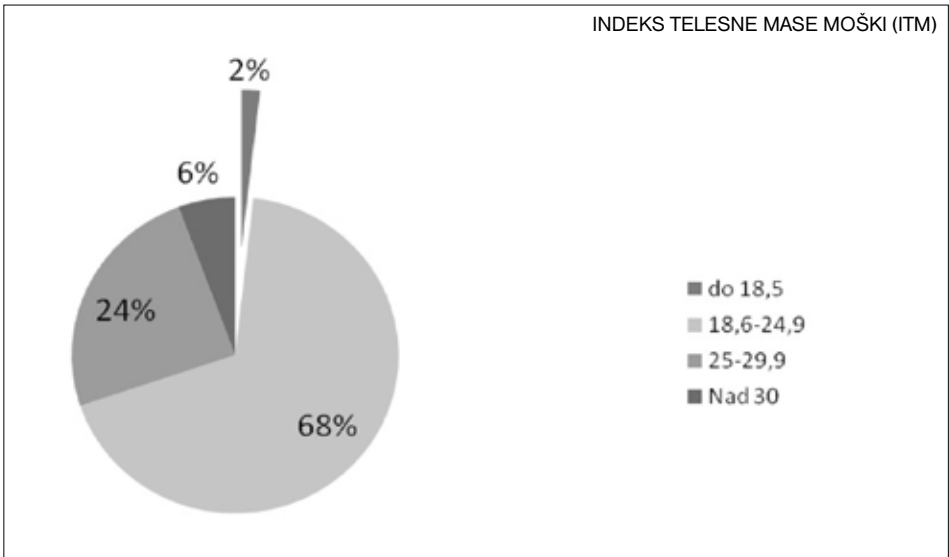
Slika 5. Mesto prehranjevanja študentov v deležih.



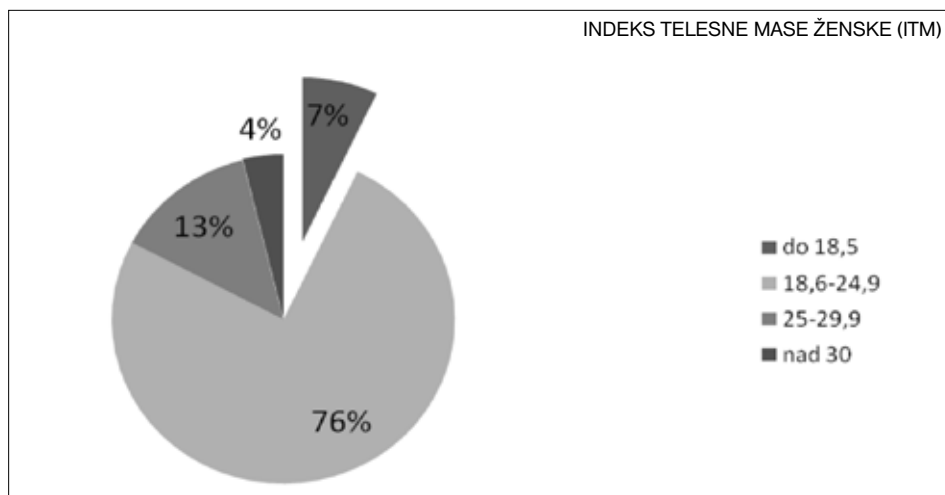
Slika 6. Število dnevni obrokov v deležih.

Petina vprašanih študentov ima manj kot 3 dnevne obroke, manj kot polovica jih je sadje in zelenjavo vsak dan, le 15% jih uživa ribe večkrat tedensko, ocvrto hrano nekajkrat na teden ali še bolj pogosto uživa četrтина študentov. Hrano si dodatno pri mizi soli šestina vprašanih.

INDEKS TELESNE MASE



Slika 7. Indeks telesne mase pri moških v deležih.

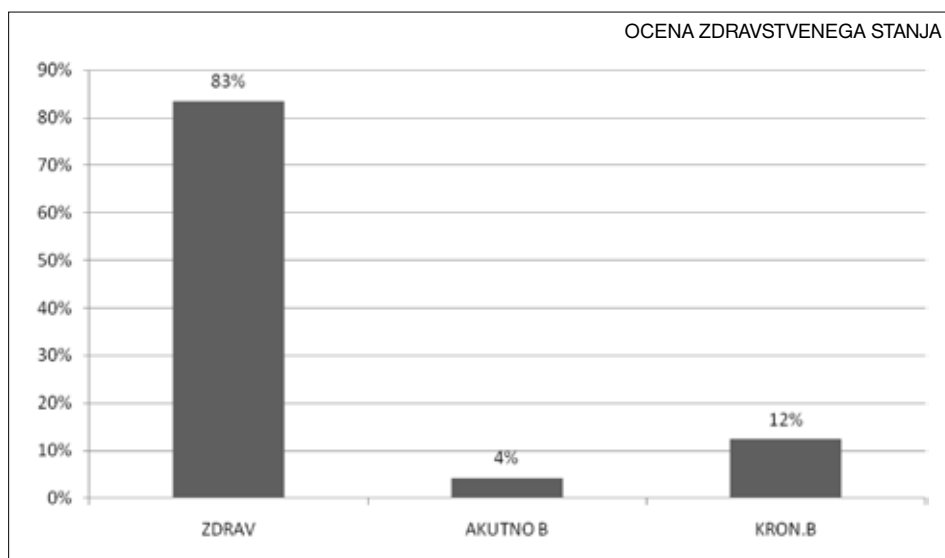


Slika 8. Indeks telesne mase pri ženskah v deležih.

Moški imajo povprečni ITM 23,3 ženske pa 21,6 in je statistično nižji kot pri moških (t-test, $t=32,725$ $p=0,000$). ITM med 25 in 30 ima 24% moških in 13% žensk. ITM nad 30 ima 6% pregledanih študentov in 4% študentk.

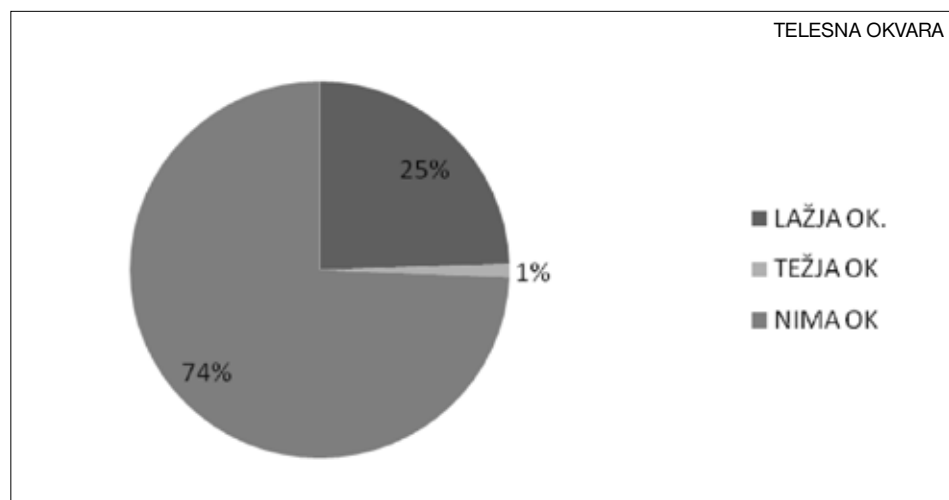
SPLOŠNA OCENA ZDRAVSTVENEGA STANJA

Po končanem zdravstvenem pregledu ocenimo zdravstveno stanje posameznika. 83% pregledanih je bilo zdravih. 4% je bilo akutno bolnih in 12% jih je imelo kronično bolezen.



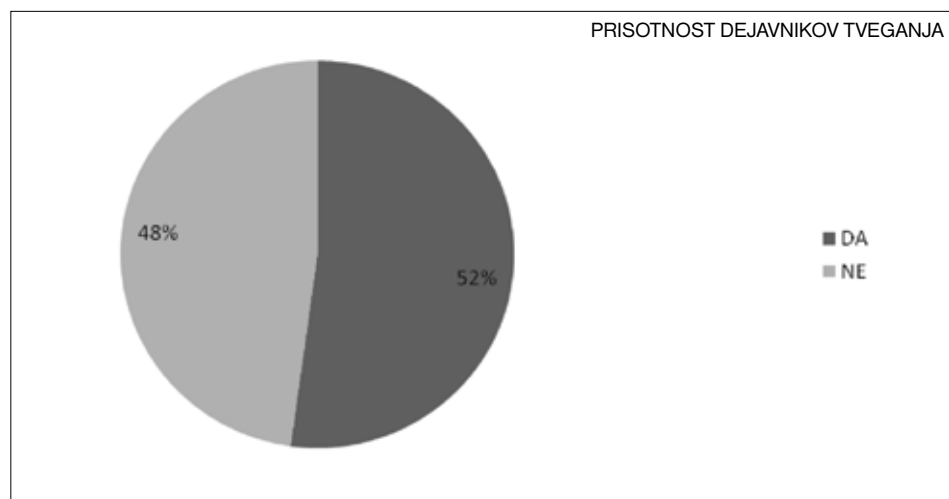
Slika 9. Ocena zdravstvenega stanja v deležih.

Lažjo telesno okvaro ima 24% pregledanih študentov. Gre predvsem za okvare mišično-skeletnega sistema kot so okvare hrbtenice ter za okvare oči. Težjo okvaro smo zabeležili pri 1%.



Slika 10. Telesna okvara med študenti v deležih.

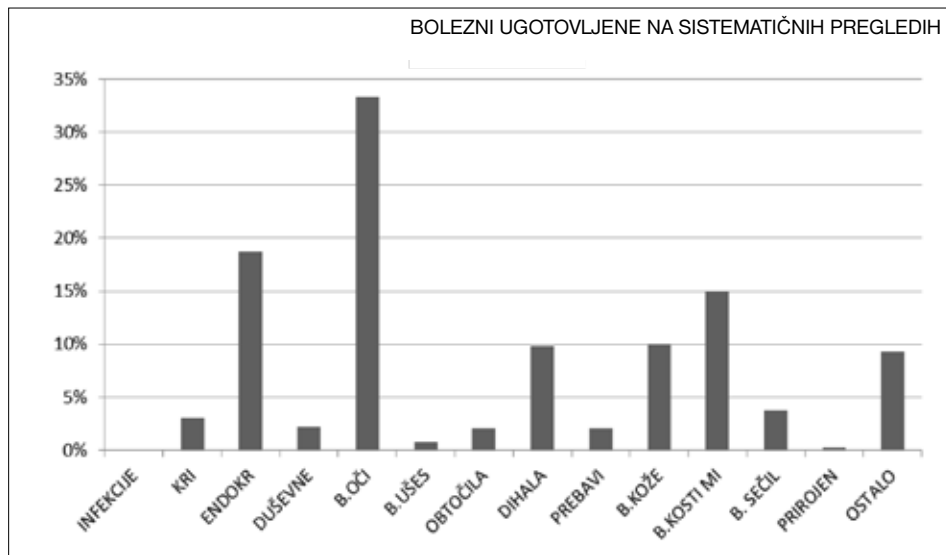
52% pregledanih študentov je imelo prisoten vsaj en dejavnik tveganja za razvoj srčno-žilnih bolezni. Sem uvrščamo študente s prekomerno telesno težo, s povišanim krvnim tlakom, kadilce, telesno nedejavne in tiste z nepravilno prehrano.



Slika 11. Prisotnost dejavnikov tveganja za kronične nenalezljive bolezni med študenti.

BOLEZNI IN STANJA UGOTOVLJENA NA SISTMATIČNIH PREGLEDIH

Pri pregledanih študentih smo ugotovili največ motenj vida. Ima jih 33% študentov. Sledijo bolezni, ki jih uvrščamo med endokrine, prehranske in presnovne motnje s 17%. Po pogostnosti so nato bolezni kosti, mišic in veziva s 14%. Med 9% študentov, ki imajo bolezni dihal so predvsem študentje z alergičnim rinitisom in astmo. Enak delež študentov ima bolezni kože (9%).



Slika 12. Delež študentov z boleznijo po MKB.

RAZPRAVA

Sistematični pregledi sodijo v preventivno zdravstveno dejavnost. Izsledki takega pregleda dajo celovito informacijo o zdravstvenem stanju posameznika in osvetlijo tudi dejavnike tveganja za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni, ki jim je posameznik izpostavljen. S tem je omogočeno v posameznika usmerjeno zdravstveno svetovanje. Hkrati so ugotovljena stanja študentov na sistematičnih pregledih eden od kazalcev zdravja te populacije. Pri interpretaciji tako zbranih podatkov je sicer potrebna določena mera previdnosti, še zlasti pri tolmačenju tistih podatkov, ki so zbrani s pomočjo ankete, ker le ta ni anonimna. Zato so za natančnejše analize potrebne še dodatne študije.

Na podlagi dobljenih podatkov sklepamo, da ima 52% pregledanih študentov vsaj en dejavnik tveganja za razvoj nenalezljivih kroničnih bolezni. V študijskem letu 2003/2004 je bilo takih študentov 38%. Največji problem je prekomerna telesna teža, ki jo ima 30% moških in 17% žensk. Podatki mariborskih srednješolcev, starih med 15 in 19 let, kažejo, da je bilo čezmerno hranjenih 21% dečkov in 14% deklic (2), med odraslimi med 25 in 65 let pa je delež čezmerno težkih med 49 in 57% (3). To jasno kaže na trend povečevanja telesne teže s starostjo. Pomemben razlog je neprimerna prehrana in premalo gibanja, kar se kaže tudi v študentski populaciji. Petina študentov ima manj kot tri dnevne obroke, manj kot po-

lovica jih je sadje in zelenjavo vsak dan, ocvrto hrano vsaj nekajkrat na teden uživa četrtna pregledanih študentov. Tretjina študentov je telesno dejavna manj kot trikrat tedensko. Z omogočanjem izbire zdrave subvencionirane študentske prehrane lahko pomembno vplivamo na prehranjevalne navade, saj se subvencionirane prehrane poslužuje petina študentov. Prav tako je pomembna dostopnost rekreacije.

Med študenti je 18% kadičev, kajenje je opustilo 5% študentov. To se sklada s podatkom, da je med srednješolci med 23 in 27% kadičev.(4,5).

17,5% študentov ob eni priložnosti popije več kot pet enot alkohola, torej pije na tvegani način.

Tretjina študentov potrebuje korekcijo vida, pogoste so težave s strani gibal. Za oboje velja, da je za preprečevanje pojavljanja in slabšanja že obstoječih okvar potrebno primerno bivalno in študijsko okolje.

Ocenjujemo, da ima 12% pregledanih kronično bolezen.

SKLEP

Za uspešno skrb za zdravje študentske populacije je potrebno povezovanje različnih segmentov družbe – zdravstva, šolstva in druge zainteresirane javnosti. Ključno je aktivno sodelovanje študentov. Tovrstno povezovanje je izziv za prihodnost.

Literatura:

1. Strategija za preprečevanje kroničnih bolezni v Evropi: dejavnosti na področju javnega zdravja: vizija CINDI. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2006:9-11.
2. Rozman Goličar S. Stanje prehranjenosti srednješolcev mariborske regije. Zdrava mladina, naša bodočnost-zbornik prispevkov IV. Kongresa šolske in visokošolske medicine;2005;Maribor, Slovenija. Ljubljana. Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino;2005:63-67.
3. Acceto R, Bulc M ,Čakš T. in sod. Preventiva v osnovnem zdravstvu. Priporočila za prakso.Ljubljana:Zdravstveni dom, CINDI Slovenija, 1998:139-154.
4. Belović B.Spolna aktivnost, kontracepcija in ogrožajoče vedenje srednješolcev. Zdrav var1998;37supl:137-143.
5. Tomori M, Rus-Makovec M, Stergar E in sod. Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Zdrav var 1998: 37 supl:111-118.

SPREMEMBE INDEKSA TELESNE MASE IN ŽIVLJENJSKIH NAVAD PRI ŠTUDENTIH MEDICINSKE FAKULTETE V LJUBLJANI MED PRVIM IN PETIM LETNIKOM

Changes in body mass index and health behaviours among first to fifth year students at the Faculty of Medicine in Ljubljana

Tadeja Škerl Pahernik

Izvleček

Prekomerna telesna teža oziroma debelost predstavlja dejavnik tveganja za številne kronične bolezni. Njena pogostnost v zadnjih desetletjih narašča in ogroža zdravje ljudi v razvitem svetu. Raziskava je zasnovana na analizi podatkov dveh sistematskih pregledov in njihovi primerjavi. Ob vsakem kliničnem pregledu študentu izmerimo telesno težo in telesno višino ter izračunamo indeks telesne mase. Z izpolnjevanjem vprašalnika pridobimo informacije o pogostnosti telesne dejavnosti in prehranjevalnih navadah.

Abstract

Overweight and obesity are the major risk factors for the number of chronic diseases. During the past decades their rates were increasing and represent an important health issue in developed countries. Study was based on analysis and comparison of information obtained at two systematic examinations. At examination every participant's body weight and height is measured, BMI calculated, exercise and diet habits are assessed by a questionnaire.

UVOD

Prekomerna telesna teža oziroma debelost je kronična presnovna bolezen, za katero je značilno nesorazmerje med vnosom in porabo energije ter posledično prekomerno kopičenje maščob v telesu (1). Njena pogostnost v zadnjih desetletjih narašča in množično ogroža zdravje ljudi po celem svetu (2). V Sloveniji je 54% odraslih v starostnem obdobju med 25. in 65. letom prekomerno hranjenih, 15% je debelih (3). Prav tako je vse več debelosti pri otrocih in mladostnikih, kar je še posebej zaskrbljujoče (2).

Ker je prekomerna telesna teža obenem tudi dejavnik tveganja za večino kroničnih nenelezijskih bolezni, z debelostjo narašča tudi pogostnost sladkorne bolezni tipa 2, arterijske hipertenzije, motenj v presnovi maščob in srčno žilnih bolezni. Prekomerna telesna teža je povezana tudi s pojavljanjem nekaterih vrst raka (endometrija, dojka, prostate, kolon), žolčnih kamnov, kroničnih pljučnih bolezni in večine degenerativnih bolezni gibal (1).

Stanje prehranjenosti je pri ljudeh v normalnih življenjskih razmerah v več kot 60% genetsko pogojeno. V običajnih primerih se deduje le nagnjenost k debelosti, od dejavnikov okolja pa je odvisno, ali se bo debelost razvila. (4). Vplivi okolja na z zdravjem povezan življenjski slog se kažejo v prehranskih in v gibalnih navadah. Pomembno vlogo pri nastanku debelosti imata tudi pomanjkljiva ozaveščenost in pogosto nižji socialni status. Tudi psihološki dejavniki, na primer stanje kroničnega stresa, pri nekaterih ljudeh povzročijo čezmerno uživanje hrane (3). Redkeje so vzrok debelosti hormonske motnje (hipotiroza, Cushingov sindrom, sindrom policističnih jajčnikov) ali jemanje nekaterih zdravil (kortikosteroidi, hormonske

kontracepcijske tablete, antipsihotiki, zdravila za zdravljenje sladkorne bolezni in drugi). Ženske se pogosteje zredijo v puberteti, v nosečnosti, predvsem pa v menopavzi, ko se maščoba kopiči centralno (5). Tudi prenehanje kajenja povezujejo s porastom telesne teže (6).

Raziskave telesne dejavnosti kažejo, da v razvitem svetu ljudje vse manj fizično delajo in se tudi vse manj gibljejo, predvsem pa veliko sedijo. Z nedejavnostjo se manjša mišična masa, nadomešča pa jo maščoba. To zmanjša bazalni metabolizem in ob nespremenjenih prehranjevalnih navadah povzroči naraščanje telesne teže (3).

Za merilo stanja prehranjenosti najpogosteje uporabljamo indeks telesne mase (ITM), ki predstavlja razmerje med telesno maso v kilogramih in kvadratom telesne višine v metrih (5).

Tabela 1. Opredelitev stanja prehranjenosti z indeksom telesne mase (ITM)

ITM (kg/m ²)	stanje prehranjenosti
do 18,49	podhranjenost
18,50 do 24,99	normalna prehranjenost
25,00 do 29,99	prekomerna prehranjenost
30,00 do 39,99	debelost
40,00 in več	ekstremna debelost

POPULACIJA IN METODE

V raziskavo je bilo vključenih 96 študentk in 47 študentov Medicinske fakultete v Ljubljani, ki so bili v študijskem letu 2007/2008 vpisani v 5. letnik in so opravili drugi obvezni sistematski pregled v rednem roku.

Naloga temelji na retrospektivni analizi podatkov dveh sistematskih pregledov v prvem in petem letniku študija, ter njihovi primerjavi.

Vsem študentom na preventivnem pregledu izmerimo telesno težo na pol kg natančno in telesno višino na pol cm natančno, iz teh podatkov pa izračunamo ITM.

Študentje izpolnijo vprašalnik o življenjskem slogu, odgovori nam dajo informacije o pogostnosti telesne dejavnosti in prehranjevalnih navadah.

Pri opredelitvi nezdravega načina prehranjevanja smo upoštevali tri parametre. Za nezdravo smo upoštevali uživanje dveh ali manj obrokov dnevno, uživanje sadja in zelenjave manj kot enkrat dnevno in uživanje ocvrtih jedi več kot trikrat mesečno.

Za telesno nedejavne smo upoštevali tiste preiskovance, ki se niso niti 3-krat na teden po vsaj 30 minut zmerno gibal; zmerno je pomenilo tako intenzivno gibanje, da se zasopejo ali spotijo (7).

REZULTATI

V raziskavo je bilo vključenih 143 študentov, 67,1% je bilo žensk in 32,9% moških. Povprečna starost v petem letniku je znašala 24,4±0,5 leta.

Stanje prehranjenosti

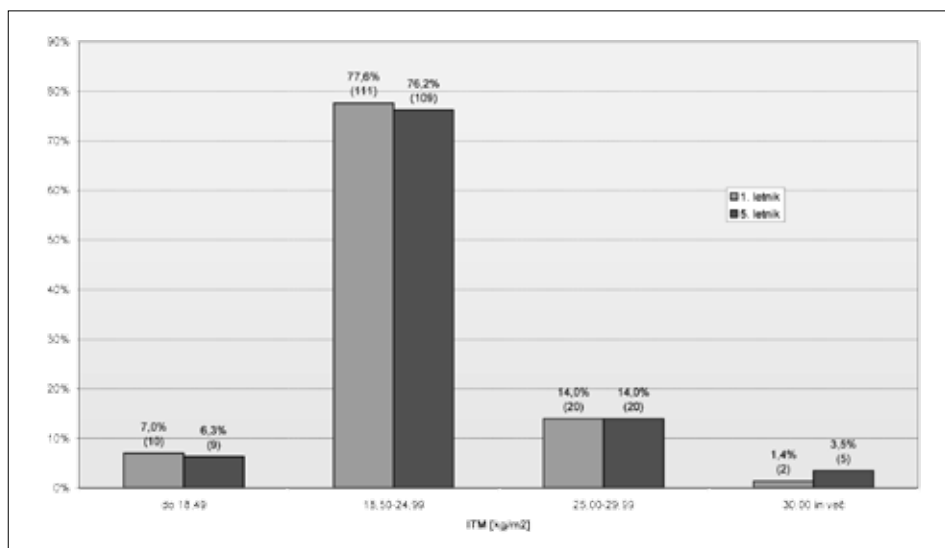
V opazovanem obdobju se je povprečni ITM z 22,17 kg/m povečal na 22,38 kg/m ($p=0,070$). Predvsem izstopa porast indeksa pri moških, ki so se v povprečju bistveno bolj

zredili kot ženske. Statistično pomemben je porast povprečne telesne teže za 1,01 kg, ki ga je pripisati predvsem porastu povprečne telesne teže pri moških, ki znaša 2,37 kg.

Pri prvem sistematskem pregledu je bilo 10 študentov (7%) podhranjenih, 111 študentov (77,6%) jih je bilo normalno prehranjenih, 20 pregledanih (14,0%) je bilo prekomerno prehranjenih in 2 (1,4%) sta bila debela.

V petem letniku, ob drugem sistematskem pregledu, je pogostnost debelosti zrasla na 3,5%, 5 študentov je bilo debelih. Indeks telesne mase se je 79 študentom (55,2%) povečal, pri 4 študentih (2,8%) se ni spremenil, medtem ko je imelo 60 študentov (42,0%) nižji ITM kot ob prvem pregledu.

Razlike v telesni teži so zelo različne in znašajo od -13,5 kg do +12,5 kg. (Slika 1; Preglednica 1,2).



Slika 1: Porazdelitev študentov glede na indeks telesne mase v 1. in 5. letniku

Preglednica 1: Porazdelitev študentov po spolu glede na indeks telesne mase v prvem in petem letniku

ITM	1. letnik			5. letnik			Vrednost p za skupaj
	ženske število (%)	moški števi- lo (%)	skupaj število (%)	ženske število (%)	moški števi- lo (%)	skupaj število (%)	
do 15,49	8 (5,6%)	2 (1,4%)	10 (7,0%)	8 (5,6%)	1 (0,7%)	9 (6,3%)	p=0,140
15,50-24,99	76 (53,2%)	35 (24,5%)	111 (77,6%)	76 (53,2%)	33 (23,1%)	109 (76,2%)	p=0,082
25,00-29,99	10 (7,0%)	10 (7,0%)	20 (14,0%)	8 (5,6%)	12 (8,4%)	20 (14,0%)	p=0,063
30,00 in več	2 (1,4%)	0 (0,0%)	2 (1,4%)	4 (2,8%)	1 (0,7%)	5 (3,5%)	p=0,109

Preglednica 2: Povprečne vrednosti telesne teže, telesne višine in indeksa telesne mase študentov MF v prvem in petem letniku

	1. letnik	5. letnik	p
teža (kg)			
Vsi	66,43±11,93	67,44±12,54	0,009
Ženske	61,82±9,81	62,77±10,12	0,393
Moški	75,84±10,30	78,21±9,87	0,004
višina (cm)			
Vsi	172,73±8,71	173,19±8,76	0,005
Ženske	168,78±6,62	169,19±6,63	0,000
Moški	180,80±6,68	181,34±6,68	0,000
ITM (kg/m²)			
Vsi	22,17±2,98	22,38±3,13	0,070
Ženske	21,67±2,97	21,70±3,15	0,881
Moški	23,18±2,76	23,77±2,61	0,019

Telesna dejavnost

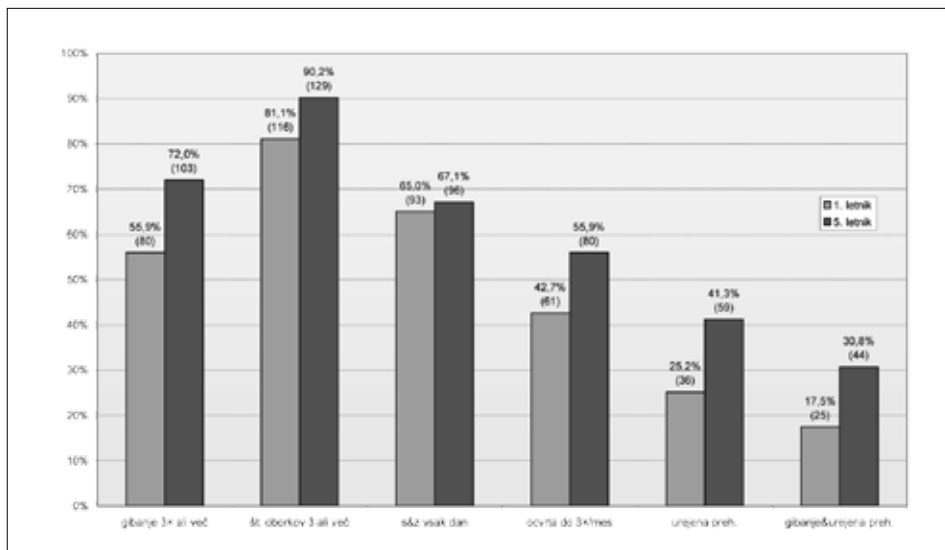
V prvem letniku je bilo redno telesno dejavnih več kot polovica študentov (80 študentov; 55,9%), ob drugem pregledu pa skoraj tri četrtine (103 oz. 72,0%). Pogostnost redne telesne aktivnosti je torej porasla, razlika je statistično značilna ($p=0,007$) (preglednica 3).

Prehrana

V opazovanem obdobju sta se povečali pogostnost vsakodnevnega uživanja sadja in zelenjave s 65,0% na 67,1% ($p=0,202$) in pogostnost uživanja treh obrokov dnevno z 81,1% na 90,2% ($p=0,040$). Pomembno se je povečal tudi delež študentov, ki so uživali cvrtje le trikrat mesečno ali manj (z 42,2% na 55,9%) ($p=0,030$).

Delež študentov, ki so se po vseh treh v raziskavi postavljenih parametrih zdravega prehranjevanja, se je statistično značilno povečal med prvim (25,2%) in petim letnikom (41,4%).

Slika 2 prikazuje porazdelitev študentov glede na zdrav način prehranjevanja in gibanje. V prvem letniku se je le 25 študentov (17,5%) dovolj gibalo in obenem zdravo prehranjevalo, v petem letniku pa je bilo takih kar 44 (30,8%) študentov. Razlika je statistično značilna ($p=0,010$) (Preglednica 3).



Slika 2. Porazdelitev študentov glede na zdrav način prehranjevanja in gibanje v 1. in 5. letniku

Preglednica 3: Spremembe v z zdravjem povezanih vedenjih študentov MF v prvem in petem letniku

	1. letnik (%)	5. letnik (%)	p
Redna telesna dejavnost	55,9	72,0	0,007
Vsaj 3 obroki/dan	81,1	90,2	0,040
Sadje in zelenjava vsak dan	65,0	67,1	0,202
Cvrtje 3*/mesec ali manj	42,2	55,9	0,030
Urejena prehrana	25,2	41,4	0,006
Redna tel. dejavnost in urejena prehrana	17,5	30,8	0,010

RAZPRAVA

Z raziskavo smo ugotovili porast ITM med prvim in petim letnikom fakultete in porast deleža debelih študentov v opazovanjem obdobju. Predvsem izstopa porast povprečnega ITM pri moških.

Študenti so se v petem letniku bolj zdravo prehranjevali in več jih je doseglo kriterij redne telesne aktivnosti. Podatki o prehranjevalnih navadah in gibanju so pridobljeni iz vprašalnika in so bolj subjektivni v primerjavi z ITM, ki temelji na objektivnih meritvah telesne teže in višine.

Glede na porast ITM je bil vnos energije v opazovanjem obdobju večji od njene porabe.

Kriteriji redne telesne dejavnosti so postavljeni relativno nizko in so premalo definirani glede na obliko vadbe. Poleg tega smo pri vrednotenju zdravega načina prehranjevanja upoštevali le tri parametre, katerim smo pripisali enako vrednost: uživanje mesa, rib, mlečnih izdelkov in alkohola pa nismo upoštevali. Žal nismo imeli podatkov o vnosu enostavnih ogljikovih hidratov.

Pri študentih smo ugotovili porast gibanja s 55,9% na 72,0% in je statistično značilen ($p=0,007$), kar bi lahko pripisovali deloma tudi obveznim uram telesne vzgoje, ki lahko študente usmeri v način življenja, ki je povezan z več gibanja. Porast uživanja sadja in zelenjave (s 65,0% na 67,1%) pa ni statistično pomemben. Glede na dejstvo, da so zdravi obroki, ki so jih študentje lahko dobili na študentske bone in ki vsebujejo ustrezno količino sadja in zelenjave dražji od relativno kalorične in manj raznovrstne hrane, obstaja možnost, da so študentje izkoristili cenejšo obliko prehranjevanja. Verjetno sami niso (do) kupovali sadja in zelenjave, kar posredno kaže na to, da bi moralo biti študentski prehrani posvečene več pozornosti.

SKLEP

V raziskavi smo ugotovili porast indeksa telesne mase študentov Medicinske fakultete v Ljubljani, predvsem pri moških. Večino tega porasta lahko pripišemo povečani količini maščobnega tkiva, ki predstavlja nevarnost za zdravje kasneje v življenju. V prihodnosti bi bilo smiselno ob sistematskem pregledu meriti tudi obseg pasu, da bi identificirali tiste študente, ki imajo prekomerno telesno težo zaradi abdominalne razporeditve maščevja in so zato bolj ogroženi za srčno-žilno bolezen, sladkorno bolezen in maligne bolezni.

Analiza odgovorov o gibanju in prehrani pokaže zaskrbljujoče stanje, saj več kot dve tretjini pregledanih študentov nista dosegali priporočenih vrednosti. To pokaže, da se mladi še vedno premalo zavedajo posledic nezdravega načina življenja.

Za reševanje problema prekomerne telesne teže jo potreben multidisciplinarni pristop. Smiselno bi bilo stalno izobraževanje prebivalstva o dolgoročnem pomenu uravnotežene prehrane in redne telesne aktivnosti za njihovo zdravje, seznaniti bi jih morali, kakšen pomen ima vzdrževanje normalne telesne teže in kako vpliva prekomerna prehranjenost na zdravje.

Vsem prebivalcem je potrebno zagotoviti možnost ustrezne prehrane tako s cenovnega kot lokacijskega stališča. Izredno pomembno je, da se z izobraževanjem in vzgojo prične že pri otrocih. Tu ima ključno vlogo družina in kasneje šola. Pomembno je tudi zagotoviti redno in zdravo prehrano v šolah, na fakultetah in kasneje v službah.

Prepogosto je izgovor za telesno neaktivnost pomanjkanje časa, zato bi morali vzpodbujati vključevanje gibanja v vsakodnevna opravila npr. hoja v službo in opravkih. Namesto uporabe dvigal se svetuje hoja po stopnicah. Prosti čas naj bi preživljali aktivno v sklopu družine in ne pred TV zasloni.

Bolj poudarjati bi bilo potrebno programe, ki že obstajajo v Sloveniji. V sklopu programa CINDI potekajo številne delavnice, ki promovirajo zdrav način življenja.

V nadaljevanju bi bilo na sistematskih pregledih smiselno dodatno osveščanje študentov o problemih prekomerne telesne teže in o pomenu zdravega načina prehranjevanja

in gibanja na njihovo zdravje. Vprašalnik bi lahko dopolnili, telesno dejavnost natančneje opredelili glede na intenzivnost, pri prehrani upoštevali tudi vnos enostavnih ogljikovih hidratov in gaziranih pijač. Pri pregledu bi bilo vsem s prekomerno telesno težo potrebno meriti tudi obseg pasu.

LITERATURA:

1. Keber I. Debelost kot dejavnik tveganja pri nastanku kroničnih bolezni. V: Pokorn D. Zbornik referatov s seminarja Socialno medicinski vidiki debelosti. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za higieno, 1999; 41-54.
2. Flegal KM. The obesity epidemic in children and adults: current evidence and research issues. *Med Sci Sport Exerc.* 1999 ; 11: 509-14.
3. Zaletel Kragelj L, Fras Z, Zakotnik Maučec J. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije I do III. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2004.
4. Bell CG, Walley AJ, Froguel P. The Genetics of Human Obesity. *Nat Rev Genet* 2005; 6: 221-34.
5. Pfeifer M. Debelost. V: Kocijančič A, Mrevlje F, Štajer D. *Interna medicina*, 3. izdaja, Littera Picita, Ljubljana 2005: 676-80.
6. Čakš T. Debelost in kajenje. V: Pokorn D. Zbornik referatov s seminarja Socialno medicinski vidiki debelosti. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za higieno, 1999; 147-62.
7. Bulc M. Vpliv sprememb življenjskega sloga odraslih prebivalcev Ljubljane na krvni tlak. Doktorsko delo. Katedra za družinsko medicino. Ljubljana: 2006.

NEKATERE ZNAČILNOSTI ZDRAVJA ŠTUDENTOV MEDICINSKE FAKULTETE V LJUBLJANI – PRIMERJAVA SLOVENSКИH RAZISKOVALNIH PODATKOV

Some health characteristics of students at the Faculty of Medicine in Ljubljana - comparison of Slovenian research data

Tina Krokter Kogoj, Lijana Zaletel-Kragelj

Izvleček

Med študenti medicinskih fakultet je telesno in duševno zdravje pomembno slabše kot pri splošni populaciji. Študenti, ki ne živijo zdravo, svojim bolnikom redkeje preventivno svetujejo zdrav življenjski slog. V Sloveniji še ni bilo pregledne raziskave zdravja študentov medicinske fakultete. V pregledni presečni raziskavi zdravja študentov Medicinske fakultete v Ljubljani (MFUL) smo ugotovili, da študenti svoje zdravje ocenjujejo kot slabše, številni imajo kronična bolezenska stanja in več zdravstvenih težav, pogosteje obiskujejo zdravnika. Polovica študentov MFUL ponoči ne spi dobro, tretjina jih je osamljenih in depresivnih. Večina študentov MFUL ima normalen indeks telesne teže, pogosteje kot splošna populacija tudi uživajo zajtrk. Študenti MFUL so telesno aktivni, vendar redkeje kot splošna populacija. Kadi 11,4% študentov MFUL. Pogostost prekomernega pitja alkoholnih pijač je med študenti MFUL pomembno višja kot v splošni populaciji.

Abstract

Physical and mental health of medical students is significantly worse in comparison to the general population. Students who do not live healthy are less likely to advise their patients to lead a healthy lifestyle. A transparent health overview of medical faculty students has not been performed in Slovenia yet. A transparent cross-section study of health among the students of Medical faculty of Ljubljana (MF UL) has shown that students evaluate their health as "not so good", many of them are chronically ill, have more health issues and visit the doctor more often. The half of MFUL students does not sleep well at night, while one third is lonely and depressed. Most MFUL students have normal body mass index and they eat breakfast more often than general population. MFUL students are physically active, however, not as often as general population. 11.4 % of students are smoking. The excessive alcohol consumption is considerably more common among MFUL students in comparison to general population.

UVOD

Zdravniki kot ogrožena populacijska skupina

Zdravniški poklic je lahko zelo naporen, saj imajo zdravniki pogosto dolg delovnik, poldanska in nočna ali celo štiriindvajseturna dežurstva, kar lahko privede do motenj v cirkadianem ritmu. Po dežurstvih zaradi pomanjkanja osebja ni vedno mogoče zapustiti delovnega mesta in se spočiti, kar pomeni, da zdravniki velikokrat delajo zelo utrujeni (1,2). Ob dolgih delovnikih trpi družinsko in zasebno življenje zdravnikov, posebej, če družina ne

razume ali podpira zdravnika v njegovi delovni vni. Prav tako je delo z ljudmi velikokrat čustveno naporno, saj v stik z zdravniki prihajajo raznovrstni ljudje, ki so zaradi bolezni prestrašeni, napadalni, izsiljujejo ali grozijo. Nerazumevajoči in samosvoji svojci, ki ne spoštujejo načina dela v zdravstveni ustanovi so lahko še bolj težavni kot bolniki. Duševno naporen je tudi stik s hudo bolnimi in umirajočimi, občutek, da za bolnika morda nismo naredili veliko, da se mu ob obilici drugega dela na oddelku nismo posvetili dovolj. Poleg tega morajo zdravniki pri obravnavi bolnikov sprejemati težke odločitve pod časovnim pritiskom, te pa lahko imajo daljnosežne posledice. Zdravniki so med delom izpostavljeni biološkimi in kemičnim agensom, ki lahko vplivajo na njihovo zdravje, v določenih specialnostih pa so izpostavljeni tudi ionizirajočim sevanjem. Naraščajo administrativne zadolžitve zdravnikov, zmanjšuje se vpliv zdravnika na odločanje o lastnem delu. Nekateri zdravniki imajo poleg kliničnega dela tudi raziskovalne, pedagoške in akademske zadolžitve.

Če upoštevamo vse naštet, ne preseneča, da so že pred desetletji različne raziskave začele opozarjati na zaskrbljujoče zdravstvene trende med zdravniki in zobozdravniki. V zadnjih letih poročajo, da je umrljivost zdravnikov nekoliko nižja kot v splošni populaciji, vendar je zaskrbljujoče visoka pojavnost kroničnih bolezni: duševnih motenj, kroničnih ekcemov, bolezni prebavil, težav s hrbtenico, astme, arterijske hipertenzije, bolezni srca, sladkorne bolezni, kroničnega bronhitisa, revmatoidnega artritis in kroničnega pielonefritisa. Te kronične bolezni so v finski študiji zdravniki navajali pogostejše kot splošna populacija (3). Kljub očitno višji obolevnosti je bolniška odsotnost z dela med zdravniki veliko nižja kot v splošni populaciji, manjša je tudi uporaba formalnih poti do zdravstvenih storitev, velik je odstotek samozdravljenja in neformalnih pregledov ter svetovanja med zdravniškimi kolegi, manj kot pol zdravnikov ima izbranega osebnega zdravnika (3,4). Med zdravniki in zobozdravniki so pogosti stresna obremenjenost, izgorelost ter zloraba alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, visoka je prevalenca različnih duševnih težav in bolezni, predvsem anksioznosti in depresije, (2,4,5,6). Prav tako so zdravniki, ko »zares« zbolijo, težavni bolniki, saj zavračajo formalno zdravniško obravnavo, svoje težave prikrivajo, tudi ob resni bolezni ne želijo koristiti bolniškega staleža, nagnjeni so k samodiagnosticsiranju in samozdravljenju, ne upoštevajo uradnih napotitev na obravnavo na višji nivo, so samosvoji in težko vodljivi (7).

Že zdravi in spočiti zdravniki lahko v trenutku nepozornosti naredijo napako, ki ogrozi življenje, povzroči invalidnost ali hujše posledice za zdravje, morda le upočasni okrevanje. Zdravnik, ki trpi zaradi stresne obremenjenosti, utrujenosti, depresije, zlorabe alkohola in/ali drugih psihoaktivnih snovi in ni ustrezno obravnavan, predstavlja veliko tveganje za suboptimalno oskrbo bolnika (4,8-11). Zdravniki, ki živijo nezdravo, svojim pacientom redkeje preventivno svetujejo zdrav življenjski slog in s tem ustvarjajo pomembne razlike v kvaliteti zdravstvene oskrbe ter informiranosti bolnikov (12).

Tudi raziskava zdravja slovenskih zdravnikov je pokazala, da je delovni teden bolnišničnega zdravnika v povprečju dolg 56 ur, ambulantnega zdravnika pa skoraj 47 ur. Le dve tretjini anketiranih zdravnikov sta imeli izbranega osebnega zdravnika, več kot 15% izprašanih pa v zadnjih treh letih ni opravilo preventivnega pregleda. Prekomerno prehranjenih je bilo skoraj 36% zdravnikov, vsak deseti je bil zelo debel. Le polovica jih je redno zajtrkovala, kadilo jih je skoraj 16%, pri vožnji avtomobila pa jih je varnostni pas uporabljalo le 85% (13). Raziskava umrljivosti slovenskih zdravnikov je pokazala, da je stopnja umrljivosti

med zdravniki sicer za 20-30% nižja kot med splošno populacijo, vendar bolj ogroženo skupino predstavljajo zdravnice, mladi zdravniki in zdravniki na primarni ravni (14).

Študenti medicinske fakultete kot ogrožena populacijska skupina

Medicinske fakultete slovijo kot izredno tekmovalna okolja, kjer študij začnejo le naj-boljši učenci in kjer so pričakovanja študentov do samih sebe ter pričakovanja okolice do bodočih zdravnikov izjemno visoka. Poleg selektivnega izbirnega procesa ob vpisu, je tudi sam študij zahteven, saj je treba v relativno kratkem času usvojiti veliko količino podatkov, ki jih je pogosto potrebno znati na pamet (15,16). Šolanje na medicinskih fakultetah je v številnih državah daljše kot običajno univerzitetno šolanje, poleg tega so, kjer je študij plačljiv, študenti obremenjeni z odplačevanjem denarnih posojil. Nekatere raziskave kažejo, da neuspehe študenti medicinskih fakultet doživljajo veliko globlje in bolj tragično kot splošna populacija (17-19). Zaradi selekcije ob vpisu na fakulteto je možno, da nehotе izbiramo tudi določen tip osebnosti, ki ima slabe (npr. reševanje težav z opijanjem) ali le kratkoročno učinkovite mehanizme soočanja s stresom. Tako se že med študijem pri nekaterih študentih medicinskih fakultet kažejo neustrezni načini soočanja s stresom: izgorlost, pojav anksioznosti in depresije ter zloraba psihoaktivnih snovi (20-24).

Številni raziskovalci izpostavljajo vlogo medicinske fakultete kot prostora, kjer se oblikujejo ali utrdijo neprimerne osebnostne poteze (npr. perfekcionizem, na dosežkih temelječa samopodoba, dojanje iskanja pomoči kot osebnostne šibkosti in iskanje alternativnih virov zdravstvene obravnave izven formalne poti) (18, 19, 25), ki jih diplomanti prenesejo v bodoče poklicno okolje. Zdravnika te osebnostne lastnosti ob zahtevah po visoki delovni storilnosti, čustveno izčrpavajočem delu v razmerah, na katere nima vedno vpliva, lahko pripeljejo do izgorelosti ali pomembnega poslabšanja zdravja (26). Že med šolanjem postane očitna tudi nepripravljenost študentov poiskati pomoč, ko so v težavah, verjetno predvsem zaradi bojazni pred stigmatizacijo (27). Tudi študenti, ki imajo nezdrave življenjske navade, so zdrav življenjski slog v realnih in eksperimentalnih razmerah redkeje svetovali svojim bolnikom, s tem pa izgubili priložnost za preventivno delovanje pri svojih bolnikih (28,29).

Nekatere države imajo že več let organizirano pomoč obbolelim zdravnikom - primera dobre prakse sta Avstralija (30) in Velika Britanija (31). Vse pogostejše tovrstna združenja oblikujejo smernice za pomoč in nudijo nasvete za samopomoč tudi zbolelim študentom (32).

Odločitev za izvedbo raziskave

Podobna raziskava na populaciji slovenskih študentov medicinske fakultete še ni bila narejena. Dokončane so bile nekatere sorodne raziskave na populaciji zdravnikov (13,14) in na populaciji študentov medicinske fakultete; dve sta raziskovali prehrano študentov (33,34), ena stres med univerzitetnimi študenti (35) in ena odnos študentov do zdravja in zdravega načina življenja (36).

Zdravje in z zdravjem povezane navade študentov medicinskih fakultet so v tujini celo boljše od zdravja splošne populacije, vendar so raziskave identificirale skupine študentov,

pri katerih je zdravje bistveno slabše ali njihove navade ogrožajo njihovo zdravje (37). Namen pričujoče raziskave je bil ugotoviti, kakšno je stanje na eni od slovenskih medicinskih fakultet.

POPULACIJA IN METODE

Populacija

Na populaciji študentov, ki so bili v šolskem letu 2007/08 vpisani v 1., 3., 4. in 6. letnik medicine oziroma dentalne medicine na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani (MFUL) je bila marca in aprila 2008 izvedena presečna pregledna populacijska epidemiološka raziskava, ki je zajela stanje v opazovanem časovnem oknu (38,39). Ker je raziskava temeljila le na poročanju opazovancev, gre za HIS (Health Interview Survey) tip epidemiološke raziskave (40,41).

Odločitev za izbor določenih letnikov za sodelovanje v raziskavi je temeljila na predpostavkah:

- 1. letnik: ti študenti so na začetku študija, lahko imajo težave s prilagajanjem na študij, v srednji šoli so privzeli navade povezane z zdravjem, ki niso nujno zdrave,
- 3. letnik: ti študenti zaključujejo predklinični del študija in imajo že nekaj znanja o zdravem življenjskem slogu, širijo tudi svoje znanje o preventivni medicini,
- 4. letnik: ti študenti začenjajo klinični del študija, imajo že nekaj znanja o zdravem življenjskem slogu in preventivnem delovanju proti boleznim in
- 6. letnik: ti študenti zaključujejo študij in bi morali znati pacientom dobro svetovati o preprečevanju bolezni (preventivna medicina), zaželeno bi bilo, da tudi sami živijo zdravo.

Ciljno populacijo je sestavljalo 1009 študentov, ki so bili v šolskem letu 2007/2008 vpisani v letnike, ki so bili vključeni v raziskavo. Raziskava je bila izvedena v času pred uvedbo bolonjskega študijskega programa na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Vprašalnik

Vprašalnik je bil zasnovan glede na nekatere tematsko sorodne vprašalnike, nastal pa je za potrebe pričujoče raziskave. Ker je bil eden od ciljev raziskave primerljivost zdravja študentov z zdravjem splošne populacije, smo se zgledovali predvsem po vprašalniku raziskave CINDI (Countrywide Integrated Non-communicable Diseases Intervention) Health Monitor Questionnaire (CHMS) (42), ki smo ga prilagodili starosti in življenjski situaciji opazovancev. Pri vprašanjih o tveganih vedenjih smo se zgledovali tudi po vprašalniku raziskave WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, The Role of Medical Students in Promoting Adolescent Health: A survey of risk behaviours among medical students in selected countries in the Eastern Mediterranean Region (43).

Vprašalnik je obsegal 88 vprašanj, mnoga so imela podvprašanja. Večina vprašanj je bila zaprtega tipa, pri nekaterih vprašanjih pa je bila tudi možnost »drugo«, kjer je študent lahko dopisal lasten odgovor. Poleg splošnih podatkov (spol, leto rojstva, stan: stalen partner, poročen, samski, ločen, starš; letnik in smer študija), je vprašalnik vseboval še naslednje

tematske sklope: vprašanja o študiju in koriščenju zdravstvenih storitev, vprašanja v povezavi z zdravjem, vprašanja o telesni višini, telesni teži ter zadovoljstvu s svojim telesom, o prehrani in razporeditvi časa, o prostem času, o pitju alkohola, kajenju in prepovedanih drogah, o telesni dejavnosti, o pozitivnih vedenjih, o stresu, o odnosih s prijatelji in družino, o izgorelosti ter o iskanju in dostopnosti pomoči.

Vprašalnik je bil vsebinsko in oblikovno nespremenjen objavljen na spletni strani. Internetni vprašalnik se je začel z uvodno stranjo, na kateri je bil zapisan kratek uvod s predstavitvijo izhodišč, namen raziskave in prošnja študentom za sodelovanje. Dostop do vprašalnika, ki je bil objavljen na javni spletni strani, je bil omejen z geslom za dostop. Ob vpisu pravilnega gesla ter strinjanjem s prostovoljnim reševanjem vprašalnika je bilo mogoče le enkrat rešiti vprašalnik in ga oddati. Vprašalnik in z njim povezan program je bil zasnovan tako, da je sam shranil podatke, ko je študent končal z izpolnjevanjem (44,45).

Opazovani izidi

Samoocenjeno splošno zdravstveno stanje smo ocenjevali s pomočjo vprašanja »Kako ocenjuješ svoje trenutno splošno zdravstveno stanje?«. Neposredno smo telesno zdravje ocenjevali s pomočjo vprašanj: »Ali imaš kakršno koli kronično bolezensko stanje a: prirojeno, ali b: pridobljeno?«, pri čemer smo kot prirojena oziroma pridobljena bolezenska stanja upoštevali tudi bolezni oči; »Ali si v zadnjih 30 dneh imel katero od naštetih težav a: bolečine v križu, b: bolečine v vratu/ramenih, c: bolečine v drugih sklepih, d: alergijo, e: zaprtje, f: glavobol, g: nespečnost, h: depresijo«. Posredno smo telesno zdravje ocenjevali s pomočjo vprašanja: »Kolikokrat si bil v zadnjih 12 mesecih pri splošnem zdravniku ali specialistu?«.

Splošno duševno zdravje smo ocenjevali z vprašanjem: »Kako ocenjuješ svoje trenutno duševno zdravje?«, študente smo spraševali, kako kvalitetno spijo ponoči in tudi: »Ali se počutiš osamljenega?«.

Študente smo prosili, naj navedejo svojo telesno višino in telesno težo, nato smo izračunali indeks telesne mase iz podatka o telesni teži in kvadrata telesne višine izražene v metrih. Glede na izračunani indeks telesne mase (ITM) smo študente MFUL razdelili v štiri standardne skupine: podhranjene (ITM pod 18,49), primerno hranjene (ITM med 18,5-24,99), prekomerno hranjene (ITM med 25-29,99) in debele (ITM nad 30).

Študente smo spraševali, kako pogosto (kolikokrat na teden) uživajo zajtrk. Za telesne aktivnosti različne intenzitete smo študente prosili, da opredelijo, kolikokrat na teden so tako telesno aktivni vsaj 30 minut skupaj. Primeri zelo intenzivne telesne aktivnosti so bili: aerobika, hitro kolesarjenje, treking, gorsko kolesarjenje, hitro plavanje, vzpenjanje v hribe ali gore, tek na smučeh, fitness, košarka, nogomet, odbojka; primeri zmerno intenzivne telesne aktivnosti so bili: kolesarjenje po ravnini, počasno plavanje, hitra hoja, ples, kegljanje; primer nizko intenzivne telesne aktivnosti je bila hoja po ravnini.

Zastavili smo tudi vprašanja: »Ali kadiš (cigarete, cigare, cigarilose, pipo, lastnoročno zviti tobak)?«, kadilce pa smo spraševali ali želijo opustiti kajenje in ali so zaskrbljeni zaradi posledic kajenja na zdravje.

Študente smo spraševali še po pogostosti pitja alkoholnih pijač. Prekomerno oziroma

čezmerno pitje alkoholnih pijač smo ugotavljali na podlagi vprašanja: »Kako pogosto si v zadnjih 12 mesecih ob eni priložnosti popil 6 alkoholnih pijač ali več, če si moški oziroma 4 alkoholne pijače ali več, če si ženska? (Kot 1 pijača šteje 1 dl vina ali 2,5 dl piva ali 0,3 dl žgane pijače.)?« Prekomerno pitje alkoholnih pijač glede na spol smo ocenjevali s primerjavo med študentkami oziroma študenti MFUL, ki smo jih primerjali z mladimi odraslimi ženskami oziroma moškimi iz splošne populacije (44,45).

Statistična analiza

Statistično analizo pridobljenih podatkov smo izvedli s programom SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows verzija 15.0 na Katedri za javno zdravje Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Kjer je bilo mogoče, smo rezultate primerjali z rezultati raziskave zdravja in z zdravjem povezanih navad CINDI Health Monitor Survey, ki je bila v Sloveniji izvedena leta 2001 (CHMS 2001) (46). Neposredno s svojimi rezultati smo primerjali le populacijsko skupino mladih odraslih starih od 25 do 29 let, saj je bila to starostno najbližja populacijska podskupina v raziskavi CHMS 2001. V raziskavo CHMS 2001 je bila vključena tudi poklicna kategorija študentov, vendar so bili vsi vanjo vključeni ljudje stari najmanj 25 let. V povprečju so bili torej starejši od študentov MFUL, zato posebna primerjava med študenti iz raziskave CHMS 2001 in študenti MF UL ni bila smiselna.

Pri analizah povezanosti med skupino študentov MF UL in splošno populacijo mladih odraslih iz raziskave CHMS 2001 smo uporabili hi-kvadrat test. Kot statistično zelo značilno razliko med pojavi smo opredelili $p < 0,001$, kot statistično pomembno razliko pa $p = 0,001-0,05$. Statistično nepomembne razlike smo opredelili kot $p > 0,05$.

Etična merila

Pred začetkom izpolnjevanja vprašalnika (februarja 2008) smo za izvedbo raziskave pridobili pozitivno mnenje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko. Pri izvedbi raziskave smo upoštevali etična merila za javnozdravstvene raziskave (47). Anketa je bila popolnoma anonimna, zagotovljena je bila visoka zaupnost podatkov. V izogib zapletom glede pristanka na sodelovanje v raziskavi so morali sodelujoči študenti pred začetkom reševanja internetnega vprašalnika potrditi posebno polje na začetni strani ankete, ob katerem je bilo zapisano, da se strinjajo s sodelovanjem v raziskavi in da v njej sodelujejo prostovoljno. Če tega polja niso označili, jim program ni omogočil reševanja vprašalnika. Vsi študenti, ki so sodelovali, so na sodelovanje v raziskavi pristali prostovoljno. Kot pristanek na sodelovanje v raziskavi lahko razumemo tudi dejstvo, da so študenti prostovoljno vrnili rešen vprašalnik.

REZULTATI

Odzivnost na raziskavo

Vprašalnik je v predpisanem časovnem obdobju izpolnilo 476/1009 študentov MF UL, torej je bila odzivnost na raziskavo 47,2%. Vprašalnik je rešilo 28,0% moških in 72,0% žensk. Z izjemo šestega letnika so bili v anketo zajeti približno enaki deleži študentov izbranih letnikov (Tabela 1). Med respondenti je bilo 81,2% študentov medicine in 18,8% študentov dentalne medicine; to je podobno razmerje kot razmerje med študenti medicine in dentalne medicine, ki so vpisani v posamezni letnik MF UL.

	Vabljeni	Sodelujoči (%)
1. letnik	300	134 (44,8%)
3. letnik	273	152 (55,7%)
4. letnik	238	125 (52,5%)
6. letnik	198	64 (32,3%)

Tabela 1. Število vpisanih študentov Medicinske fakultete v Ljubljani po letnikih v šolskem letu 2007/08.

Samooocena splošnega zdravstvenega stanja

Svoje zdravje je kot slabo ali zelo slabo ocenilo 6,5% (N=31) vseh anketirancev, kot dobro 40,8% (194) študentov, kot zelo dobro 38,9% (185) in kot odlično le 13,7% (65) študentov zajetih v raziskavo. V raziskavi CHMS 2001 je v populacijski skupini stari od 25 do 29 let le 26/920 (2,8%) ljudi svoje zdravje ocenilo kot zelo slabo ali slabo. Razlika je bila statistično zelo značilna ($p = 0,001$).

Prirojena in pridobljena kronična bolezenska stanja

62 študentov MFUL (13,5%) ima prirojeno kronično bolezensko stanje. Kar 51,1% študentov (N=239) ima pridobljeno kronično bolezensko stanje.

Zdravstvene težave v zadnjih 30 dneh

Zdravstvene težave	MF UL	CHMS (25-29 let)	p
N	475	920	
Bolečine v križu	225 (47,9%)	291 (31,6%)	<0,005
Bolečine v vratu/ramenih	303 (64,5%)	185 (20,1%)	<0,005
Bolečine v drugih sklepih	150 (31,8%)	97 (10,5%)	<0,005
Alergija	90 (19,1%)	107 (11,6)	<0,005
Zaprte	129 (27,4%)	76 (8,3)	<0,005
Glavobol	340 (71,9%)	365 (39,6)	<0,005
Nespečnost	240 (51,1%)	98 (10,6%)	<0,005
Depresija	153 (32,5%)	66 (7,2%)	<0,005

Tabela 2. Pogostost prisotnosti različnih zdravstvenih težav v zadnjih 30 dneh pri študentih MFUL v celotni skupini ter v splošni populaciji.

Pogostost obiskovanja splošnega zdravnika ali specialista v zadnjih 12 mesecih

Število obiskov	MF UL	CHMS (25-29 let)	p
N	473	912	
0 x	65 (13,7%)	253 (27,7%)	<0,005
1-2 x	230 (48,6%)	366 (40,1%)	
3-5 x	138 (29,2%)	176 (19,3)	
6 x ali pogosteje	40 (8,5%)	117 (12,8)	

Tabela 3. Pogostost obiskovanja splošnega zdravnika oziroma specialista pri študentih MFUL v celotni skupini in po letnikih, ter v splošni populaciji.

Samoocena duševnega zdravja

Kar 14,0% (N=66) študentov svoje trenutno duševno zdravje ocenjuje kot zelo slabo ali slabo. 202 (42,8%) študenta ocenjujeta svoje trenutno duševno zdravje kot dobro, 141 (29,9%) ocenjuje svoje zdravje kot zelo dobro in 13,3% (N=63) študentov ocenjujejo svoje trenutno duševno zdravje kot odlično.

Ocena kvalitete spanja

Kvaliteta nočnega spanca	Vsi študenti skupaj	Moški	Ženske	p
N	475	133	342	
Med spanjem se ne zbujam, zbudim se naspan in čez dan nimam težav z zaspanostjo.	92 (19,4%)	42 (31,6%)	50 (14,6%)	p=0,001
Med spanjem se ne zbujam, zbudim se naspan, čez dan pa sem čedalje hitreje utrujen.	168 (35,4%)	40 (30,1%)	128 (37,4%)	
Med spanjem se ne zbujam, zbudim se deloma utrujen.	137 (28,8%)	32 (24,1%)	105 (30,7%)	
Med spanjem se zbujam, zbudim se utrujen.	40 (8,4%)	9 (6,8%)	31 (9,1%)	
Dolgo časa ne morem zaspati, med spanjem se zbujam in zbudim se utrujen.	38 (8,0%)	10 (7,5%)	28 (8,2%)	

Tabela 4. Kvaliteta nočnega spanja med študenti MFUL - razlike med študenti glede na spol.

Osamljenost

Odgovori na vprašanje »Ali se počutiš osamljenega?« so pokazali, da se 62,4% študentov tako počuti le redko ali nikoli. Četrtnina študentov (25,4%) se včasih počuti osamljene, kar 13,2% pa se osamljene počuti pogosto ali vsak dan.

Indeks telesne mase

Najnižji samoporočani indeks telesne mase (ITM) študentov MFUL je bil 15,62 kg/m2, najvišji pa 39,06 kg/m2. Povprečen ITM študentov MF UL je bil 21,94 (SD=2,957).

ITM	Študenti MF UL	CHMS 2001 (25-29 let)	p
N	473	916	
Do 18,49	40 (8,5%)	44 (4,8%)	p<0,001
18,5-24,99	372 (78,6%)	589 (64,3%)	
25,0-29,99	52 (11,0%)	218 (23,8%)	
30,0 in več	9 (1,9%)	65 (7,1%)	

Tabela 5. Primerjava ITM študentov MFUL s splošno populacijo.

Redno uživanje zajtrka

Uživanje zajtrka	Študenti MF UL	CHMS 2001 (25-29 let)	p
N	475	869	
Vsak dan	262 (55,2%)	383 (44,1%)	p<0,001
4-6-krat na teden	70 (14,7%)	117 (13,5%)	
1-3-krat na teden	109 (22,9%)	265 (30,5%)	
Nikoli	34 (7,2%)	104 (12,0%)	

Tabela 6. Pogostost uživanja zajtrka: primerjava med študenti MFUL in splošno populacijo.

Telesna aktivnost

Pogostost izvajanja zelo intenzivne telesne aktivnosti	Študenti MF UL	CHMS 2001 (25-29 let)	p
N	472	877	
Nikoli	117 (24,8%)	219 (25,0%)	p<0,001
1-3-krat na teden	300 (63,6%)	344 (39,2%)	
4-7-krat na teden	55 (11,7%)	314 (35,8%)	
Pogostost izvajanja zmerno intenzivne telesne aktivnosti			
N	469	856	
Nikoli	48 (10,2%)	148 (17,3%)	p<0,001
1-3-krat na teden	292 (62,3%)	305 (35,6%)	
4-7-krat na teden	129 (27,5%)	403 (47,1%)	
Pogostost izvajanja hoje			
N	468	870	
Nikoli	26 (5,6%)	82 (9,4%)	p<0,001
1-3-krat na teden	179 (38,2%)	195 (22,4%)	
4-7-krat na teden	263 (56,2%)	593 (68,2%)	

Tabela 7. Pogostost izvajanja različno intenzivne telesne aktivnosti: primerjava med študenti MFUL in splošno populacijo.

Kajenje

Ali kadite?	Študenti MF UL	CHMS 2001 (25-29 let)	p
N	473	911	
Ne	385 (81,4%)	534 (58,6%)	p<0,001
Sedaj ne kadim, a prej sem kadil	34 (7,2%)	146 (16,0%)	
Da	54 (11,4%)	231 (25,4%)	

Tabela 8. Prevalenca sedanjih in bivših kadilcev: primerjava med študenti MFUL in splošno populacijo.

Želja po opuščanju kajenja med kadilci	Študenti MF UL	CHMS 2001 (25-29 let)	p
N	53	228	
Ne	8 (15,1%)	20 (8,8%)	p=0,346
Da	28 (52,8%)	137 (60,1%)	
O tem še nisem razmišljal	17 (32,1%)	71 (31,1%)	

Tabela 9. Želja po opuščanju kajenja med kadilci: primerjava med študenti MFUL in splošno populacijo.

Zaskrbljenost zaradi posledic kajenja na zdravje	Študenti MF UL	CHMS 2001 (25-29 let)	p
N	83	330	
Zelo sem zaskrbljen	8 (9,6%)	53 (16,1%)	p=0,272
Nekoliko sem zaskrbljen	45 (54,2%)	146 (44,2%)	
Nisem pretirano zaskrbljen	25 (30,1%)	102 (30,9%)	
Sploh nisem zaskrbljen	5 (6,0%)	29 (8,8%)	

Tabela 10. Zaskrbljenost zaradi posledic kajenja na zdravje med kadilci in bivšimi kadilci: primerjava med študenti MFUL in splošno populacijo.

Pitje alkoholnih pijač

Prekomerno pitje alkoholnih pijač v preteklih 12 mesecih	Študenti MF UL skupaj	Moški MF UL	Moški CHMS 2001 (25-29 let)	p	Ženske MF UL	Ženske CHMS 2001 (25-29 let)	p
N	473	132	386		341	392	
Nikoli	143 (30,2%)	27 (20,5%)	144 (37,3%)	p<0,001	116 (34,0%)	222 (56,6%)	p<0,001
Ob eni priložnosti in pogosteje	330 (69,8%)	105 (79,5%)	242 (62,7%)		225 (66,0%)	170 (43,4%)	

Tabela 11. Prekomerno pitje alkoholnih pijač v preteklih 12 mesecih – primerjava splošne populacije s študenti MFUL.

RAZPRAVA

Prednosti in pomanjkljivosti raziskave

Velika prednost pričujoče raziskave je v dejstvu, da je bila opravljena obsežna pregledna raziskava zdravja in z zdravjem povezanih navad študentov naše največje medicinske fakultete, zato je dobro izhodišče za nadaljevanje raziskav zdravja študentov medicine in dentalne medicine v Sloveniji. Pomembna je zaradi opozarjanja na problematiko zdravja študentov medicinskih fakultet v Sloveniji kot tudi za osnovanje preventivnih aktivnosti za študente MFUL. Kljub različnim poskusom zviševanja odzivnosti na raziskavo je bila le-ta še vedno nekaj manj kot 50%, zato se porajajo dvomi o reprezentativnosti rezultatov za celotno populacijo študentov MFUL. Med respondenti je bil visok odstotek žensk in nizek odstotek študentov 6. letnika, kar dodatno oteži posploševanje rezultatov na celotno populacijo študentov MFUL. Kljub temu smo opozorili na nekaj podskupin, ki svoje telesno in duševno zdravje ocenjujejo kot slabo, imajo številne zdravstvene težave, zaradi katerih

pogostejše kot splošna populacija iščejo zdravniško pomoč. Pomemben delež študentov je osamljen. Zaskrbljujoče visoke so številke študentov, ki prekomerno uživajo alkoholne pijače. Kljub pomislekom o posploševanju rezultatov na vse študente MFUL, ostaja dejstvo, da so nekatere podskupine študentov zdravstveno ogrožene in kažejo zaskrbljujoče navade, povezane z zdravjem.

Ker je bil namen raziskave dobiti čim bolj podrobno sliko zdravja študentov MFUL, je bil vprašalnik zelo obsežen. Kljub temu vprašalnik ni vseboval relativno pomembnega sklopa vprašanj o varni spolnosti in kontracepciji ter samomorilnih mislih. Morda je bila prav dolžina vprašalnika eden od razlogov za nizko odzivnost, saj so študenti ocenili, da jim bo sodelovanje v raziskavi vzelo preveč časa. Pri morebitnem spremljanju stanja v prihodnje (longitudinalni raziskavi) bi bilo vredno razmisliti o skrajšanju vprašalnika.

Ker je raziskava temeljila na samoporočanju je mogoče, da je vsaj nek delež študentov odgovarjal družbeno zaželeno in s tem zabrisal resnično stanje. Kolikšen je bil delež študentov, ki je tako odgovarjal, je nemogoče ugotoviti, jasno pa je, da v tem primeru trenutno zdravstveno stanje študentov MFUL ni precenjeno, ampak kvečjemu podcenjeno – vseh zdravstvenih problemov in njihovih razsežnosti verjetno še nismo identificirali.

Samoocena splošnega zdravstvenega stanja

Eden od pokazateljev, da je zdravstveno stanje študentov MFUL resnično slabše kot v splošni populaciji je dejstvo, da so študenti svoje splošno zdravstveno stanje statistično značilno opredelili kot slabše. Čeprav gre za mlade in načeloma zdrave ljudi, ki bi morali svoje zdravje večinoma ocenjevati kot zelo dobro in odlično, temu ni tako. Metoda sicer ne daje neposrednega vpogleda v razloge za nizke ocene splošnega zdravstvenega stanja. V ameriški raziskavi zdravja študentov medicinskih fakultet je 35% študentov svoje zdravje ocenilo kot odlično, 45% kot zelo dobro, le 18% kot dobro in le 3% kot slabo oziroma zelo slabo (37). Razlika v primerjavi z našimi podatki je ogromna, a daje upanje, da je z ustreznimi intervencijami zdravje študentov MFUL možno korenito izboljšati (28).

Prirojena in pridobljena kronična bolezenska stanja

Več kot polovica študentov poroča, da imajo kronično bolezensko stanje, kar je lahko eden od razlogov za slabšo kvaliteto življenja in za slabšo oceno svojega zdravja kot splošna populacija. Hkrati je kronično bolezensko stanje tudi razlog za pogostejše obiske zdravnika, ki so bili v populaciji študentov MFUL pogostejši kot med splošno populacijo. Prevalenco kroničnih bolezenskih stanj med populacijo univerzitetnih študentov v Sloveniji so ocenili na 40,3%, kar kaže na večjo prevalenco kroničnih bolezni v populaciji študentov MFUL (48).

Zdravstvene težave v zadnjih 30 dneh in ocena kvalitete nočnega spanja

Vse naštetе zdravstvene težave (bolečine v križu, bolečine v vratu/ramenih, bolečine v drugih sklepih, alergija, zaprtje, glavobol, nespečnost, depresija) so v populaciji študentov MFUL statistično značilno bolj pogoste kot v splošni populaciji. Bolečine v križu so

enainpolkrat tako pogoste kot v splošni populaciji, bolečine v vratu oziroma ramenih več kot trikrat pogostejše, bolečine v drugih sklepih trikrat, alergija dvakrat, zaprtje trikrat, glavobol skoraj dvakrat, nespečnost je kar petkrat in depresija štiriinpolkrat bolj pogosta med študenti MFUL kot v splošni populaciji. Zdi se neverjetno, da bi bile te številke rezultat socialno zaželenih odgovorov ali da bi študenti močno pretiravali pri oceni svojih zdravstvenih težav. Ti rezultati ponudijo dodaten uvid v relativno slabo oceno splošnega zdravstvenega stanja in jo morda do neke mere pojasnjujejo.

Prevalenca alergije je bila v populaciji študentov v Sloveniji ocenjena na 14,9%, alergija vključno s senenim nahodom pa na 26,3%, kar je blizu oceni pogostosti alergije v populaciji študentov MFUL (19,1%). Ključna razlika med raziskavama je v tem, da naša raziskava sprašuje po težavah v zadnjem mesecu, druga raziskava pa sprašuje po diagnozi kronične bolezni; vsaka težava še ni kronična bolezen – to je morda razlog, da so naši rezultati višji (48).

Prevalenca depresije (v zadnjem mesecu dni) je bila v naši raziskavi ocenjena kot 32,5%, v raziskavi kroničnih bolezni študentov v Sloveniji je bila 4,5%, skupaj z anksioznostjo pa 9,8% (48). Možno je sicer, da so študenti kot depresijo označili manjše razpoloženske težave, ki si sicer ne bi zaslužile take klinične oznake. Vendar je ista beseda uporabljena tudi v vprašalniku CINDI Health Monitor Survey, ki je namenjen splošni populaciji; le-ta pa je o razliki med depresijo in slabšim razpoloženjem slabše poučena kot študenti medicinske fakultete. Zato je precej verjetno, da ti rezultati nakazujejo, da imajo študenti MFUL pomembne zdravstvene težave.

Sklepne bolečine so verjetno posledica velike obremenjenosti gibal ob večinsko sedečem delu, ki ga študenti MFUL opravljajo.

Skoraj polovica študentov MF ponoči ne spi dovolj kvalitetno, saj se zbudijo vsaj deloma utrujeni, čez dan pa se čedalje hitreje utrudijo. Študentov, ki poročajo, da dolgo časa ne morejo zaspati ali se med spanjem pogosto zbujajo je 16,4%, kar je bistveno manj kot polovica študentov MFUL, ki so označili, da so imeli v zadnjih 30 dneh težave z nespečnostjo. Slabša kvaliteta spanca ponoči je statistično bolj značilna pri študentkah MFUL kot pri študentih.

Pogostost obiskovanja splošnega zdravnika ali specialista v zadnjih 12 mesecih

Študenti MFUL statistično značilno pogosteje obiskujejo splošnega zdravnika ali specialista kot splošna populacija. Čeprav naj bi šlo za mlado in zdravo populacijo, smo s predhodnimi rezultati pokazali, da tudi v tej populaciji obstajajo pomembne zdravstvene težave. Glede na rezultate raziskav v tujini, ki nakazujejo, da študenti medicinskih fakultet neradi ubirajo formalno pot do zdravniške oskrbe (25,27), so naši rezultati pravzaprav pozitivni, a verjetno podcenjujejo število študentov, ki imajo pomembne zdravstvene težave in ki potrebujejo zdravniško oskrbo in spremljanje.

Samoocena duševnega zdravja in osamljenost

Glede na visoko prevalenco samoocenjene depresije in nespečnosti v zadnjih 30 dneh, pa tudi osamljenosti, ne čudi, da 14,0% študentov MFUL svoje trenutno duševno zdravje

ocenjuje kot slabo in zelo slabo. Raziskava je bila izvedena izven uradnih izpitnih obdobj, zato neprimerno izbran čas izvedbe raziskave ni mogel biti razlog za morebitno pristranost.

Indeks telesne mase in redno uživanje zajtrka

Glede na indeks telesne mase so študenti MFUL bolj zdravi kot splošna populacija, saj je med njimi manj prekomerno prehranjenih in debelih, več pa je tudi podhranjenih. Rezultat študentov MFUL je nekoliko boljši kot pri univerzitetnih študentih, ki študirajo v Ljubljani, med katerimi je 3% debelih, 15% prekomerno prehranjenih in 10% podhranjenih (50).

Študenti MFUL statistično pogosteje uživajo zajtrk kot splošna populacija, kar je ena od možnih razlag, zakaj je tudi indeks telesne mase med študenti MFUL v večjem odstotku normalen (51). Redno uživanje zajtrka pri študentih medicine je bilo povezano z manjšo utrujenostjo in z višjimi akademskimi dosežki (52). To so pomembni razlogi, da spodbujamo uživanje zajtrka pri študentih MFUL.

Telesna aktivnost

Študenti MFUL se statistično značilno redkeje ukvarjajo z zelo intenzivno in zmerno intenzivno telesno aktivnostjo kot splošna populacija, prav tako pa redkeje hodijo vsaj 30 minut hkrati. Študenti MFUL so večinoma telesno aktivni med enkrat in trikrat na teden. Tudi pri raziskavi populacije univerzitetnih študentov, ki študirajo v Ljubljani, ugotavljajo, da je 25% ljubljanskih študentov aktivnih večkrat na teden. Opazili so upadanje redno telesno aktivnih študentov in zmanjšanje deleža telesno neaktivnih študentov (50), kar je skladno z našimi ugotovitvami.

V ameriški raziskavi so ugotovili, da so tamkajšnji študenti medicinske fakultete telesno aktivni v povprečju 4 ure na teden in da raje izbirajo naporne (zelo intenzivne) telesne aktivnosti (37). Zaradi razlik v metodologiji neposredna primerjava z našo raziskavo ni mogoča, ustvarja pa se vtis, da so študenti MFUL telesno manjkrat aktivni in se pretežno ukvarjajo z manj intenzivnimi telesnimi aktivnostmi (visoka pogostnost hoje).

Ker je redna telesna aktivnost neizbežen sestavni del zdravega življenjskega sloga je pomembno, da med študenti MFUL okrepimo delež redno telesno aktivnih študentov (29).

Kajenje

Med študenti MFUL je statistično značilno manj kadilcev in bivših kadilcev kot med splošno populacijo. Kljub šolanju med katerim dobijo informacije o škodljivosti kajenja za zdravje številnih organskih sistemov, želja po opuščanju kajenja med študenti MFUL, ki so kadilci, ni statistično značilno večja kot v splošni populaciji. Prav tako več kot tretjina študentov kadilcev ni zaskrbljena zaradi posledic kajenja na zdravje. Kajenje je huda odvisnost, zato si lahko razložimo, zakaj med študenti MFUL kadilci še vedno so, vendar preseščena nizka želja po opuščanju kajenja in nezaskrbljenost zaradi posledic kajenja za zdravje. Glede na te rezultate je malo verjetno, da bi študent kadilec bolnikom, ki jih obravnava, svetoval prenehanje kajenja; s tem pa ustvarja razlike v kvaliteti zdravstvene obravnave in

izgubi priložnost za preventivno delovanje proti kroničnim nenalezljivim boleznim, saj je znano, da nekateri pacienti (v nizkem, a zato nič manj pomembnem odstotku) prenehajo kaditi že, ko jim zdravnik to svetuje (28).

Med ljubljanskimi študenti je 20% kadilcev, opažajo tudi, da se z leti število kadilcev zvišuje. Večina študentov pokadi do 10 cigaret dnevno (50). Glede na te podatke je kajenje med študenti MFUL manjši problem kot med vsemi študenti ljubljanskih fakultet.

V ameriški raziskavi so ugotovili nekoliko višji, vendar primerljiv odstotek nekadilcev (84%) kot v naši raziskavi, odstotek kadilcev pa je nižji kot pri nas (6% žensk in 8% moških); o povprečnem številu pokajenih cigaret na dan ne poročajo (37).

Pitje alkoholnih pijač

Ob eni priložnosti ali pogosteje je prekomerno količino alkohola spilo skoraj 70% študentov MFUL. Tako študentke kot študenti MFUL statistično značilno pogosteje prekomerno uživajo alkoholne pijače kot ženske oziroma moški iz splošne populacije. Glede na način uživanja alkohola, ki je značilen za Slovence, ti podatki niso nepričakovani, preseneča pa pogostost takšnega uživanja alkoholnih pijač. Kljub vsemu gre za mlade in izobražene ljudi, ki jih očitno tudi poznavanje škodljivosti prekomernega uživanja alkohola ne odvrne od uživanja alkohola na ta način. Naši podatki so zaskrbljujoči, tudi če upoštevamo ameriško raziskavo, ki je potrdila, da je prekomerno uživanje alkohola ob določenih priložnostih način, na katerega alkohol uživajo ameriški študenti medicinskih fakultet, vendar so pri njih odstotki bistveno nižji od naših: 24% žensk in 43% moških je poročalo prekomerno uživanje alkohola v prejšnjem mesecu (37). Morda je nekaj razlike prispevalo različno dolgo obdobje opazovanja – pri naši raziskavi smo zbirali podatke za eno leto, pri ameriški pa za en mesec nazaj.

Ob enkratnem pitju alkoholnih pijač prekorači še dovoljeno količino zaužitega alkohola 13% ljubljanskih študentov, ki pijejo pivo, 5% študentov, ki pijejo vino in 3% študentov, ki pijejo žgane pijače (50). Ker v naši raziskavi prekomernega pitja nismo obravnavali posebej glede na tip pijače, ki jo študenti pijejo, rezultatov neposredno ne moremo primerjati.

Enako kot pri kajenju je nesprejemljivo, da tolikšen odstotek študentov MFUL, ki bi se morali zavedati tveganja prekomernega pitja alkohola za zdravje, vseeno alkohol uživa na takšen način. Tak način uživanja alkohola je nevaren tudi zaradi morebitnega kasnejšega razvoja odvisnosti – vemo, da so odvisnost od alkohola in obolevnost ter umrljivost zaradi bolezni povezanih z uživanjem alkohola med zdravniki pogoste in zaradi narave dela predstavljajo poseben problem (4,10). Prav tako je manj verjetno, da bodo študenti, ki sami prekomerno uživajo alkohol svojim bolnikom svetovali, naj zmanjšajo prekomerno uživanje alkohola. To je velika škoda, saj jih bolniki doživljajo kot mnenjske voditelje in vzornike glede zdravega življenja (12,28,53). Pomemben, a težko dosegljiv populacijski ukrep je spreminjanje dojemanja alkohola od sredstva za opajanje k skromnemu dodatku ob obroku. Ameriški rezultati dajejo upanje, da trening študentov za svetovanje glede uživanja alkohola izboljša navade preventivnega svetovanja pacientom ter poveča samozavest in zaupanje študentov v preventivno svetovanje (53).

Prizadevanja za izboljšanje zdravja študentov MFUL

Čeprav imajo številne zdravstvene težave, so študenti MFUL še vedno mladi, relativno zdravi in še ne občutijo povsem posledic nezdravega življenjskega sloga, kar pomeni, da so precej odporni na svetovanje, naj izboljšajo svoj življenjski slog (50). Da bi študente prepričali v spreminjanje življenjskega sloga je najprej potrebno sprejeti sklep o zdravju kot pomembni vrednoti pri študentih MFUL. V šolskem letu 2010/11 je na MFUL začel veljati nov etični kodeks za študente, kar zbuja upanje, da bi fakulteta lahko prepoznala potrebo po uveljavljanju kodeksa zdravega življenja z namenom izboljševanje kvalitete življenja svojih študentov in zagotavljanja visokih standardov oskrbe bolnikov. Pomembno bi bilo izdati priporočila, kako naj študenti živijo bolj zdravo in kje lahko poiščejo pomoč, če imajo težave. Tem bolj kot na medicinski fakulteti stremimo k zamenjavi nezdravih navad z bolj zdravimi, večja je verjetnost, da bodo bodoči zdravniki in zobozdravniki tudi v svojem delovnem okolju znali in želeli poskrbeti za svoje zdravje, dolgoročno bomo izboljšali zdravje študentov in zdravnikov (28,37).

Prepoznali smo tudi moč izbirnih predmetov pri izboljševanju zdravja študentov. Tako na MFUL že nekaj let poteka izbirni predmet Umetnost zdravljenja, ki ga udeleženci ocenjujejo z najvišjimi ocenami in mu pripisujejo pomembno vlogo v kurikulumu medicinske fakultete (54). Pomembno je prepoznati potencial preventivne medicine v preprečevanju kroničnih nenalezljivih bolezni in študente usposobiti, da bodo ta potencial znali čim bolj izkoristiti. Možno bi bilo organizirati delavnice za študente višjih letnikov, kjer bi jim posredovali znanje, spretnosti in priložnosti za trening spretnosti svetovanja bolnikom o zdravem življenjskem slogu (28,53).

SKLEP

Zdravje študentov MFUL ni tako dobro kot bi za mlado populacijo pričakovali. Študenti MFUL svoje zdravje ocenjujejo slabše kot splošna populacija, številni imajo kronična bolezenska stanja, pogoste zdravstvene težave, pogosteje obiskujejo zdravnika kot splošna populacija. Polovica študentov MFUL ponoči ne spi kvalitetno, enak delež ima težave z nespečnostjo; tretjina jih je osamljenih in depresivnih. Večina študentov MFUL ima normalen indeks telesne teže, pogosteje kot splošna populacija tudi uživajo zajtrk. Študenti MFUL so telesno aktivni, vendar redkeje kot splošna populacija. Kadi 11,4% študentov MFUL, vendar imajo kadilci majhno željo po opuščanju kajenja in zaradi posledic kajenja na zdravje niso zaskrbljeni. Pogostost prekomernega pitja alkoholnih pijač je med študenti MFUL pomembno višja kot v splošni populaciji. Vsi ti podatki kažejo na dejstvo, da je zdravje študentov MFUL slabše kot zdravje drugih študentov doma in v tujini. Zato bi morali ohranjanju in izboljševanju zdravja bodočih zdravnikov in zobozdravnikov nameniti več pozornosti, saj bodo zdravi zdravniki in zobozdravniki naredili manj napak, bodo pozitivni mnenjski voditelji in odličen zgled zdravega življenjskega sloga za svoje bolnike.

ZAHVALE

Avtorici se želiva za pomoč, strokovne nasvete in podporo zahvaliti asist.dr. Zdenki Čebašek-Travnik, dr.med.

LITERATURA

1. Firth-Cozens J. Hours, sleep, teamwork, and stress. *BMJ* 1998; 317: 1335-6.
2. Firth-Cozens J. Doctors, their wellbeing, and their stress. *BMJ* 2003; 326: 670-1.
3. Töyry S, Räsänen K, Kujala S, Äärimaa M, Juntunen J, Kalimo R et al. Self-reported Health, Illness, and Self-care Among Finnish Physicians. A national survey. *Arch Fam Med* 2000; 9: 1079-85. Dostopno na: URL: <http://archfami.ama-assn.org/cgi/reprint/9/10/1079>. Pridobljeno: 28.10.2010.
4. Firth-Cozens J. Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Soc Sci Med* 2001; 52: 223-5.
5. Čebašek-Travnik Z. Izgorelost kot posledica poklicne preobremenjenosti. *Zdrav Var* 2002; 41: 182-6.
6. Rada RE, Johnson-Leong C. Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *JADA* 2004; 135: 788-94.
7. Čebašek-Travnik Z. Ali smo zdravniki lahko bolni(ki)? *Isis* 2006; 15: 3-4.
8. Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med* 1997; 44: 1017-22.
9. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, et al. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. *Ann Intern Med* 2002; 136: 358-67.
10. Khong E, Sim MG, Hulse G. The Identification and management of the drug impaired doctor. *AFP* 2002; 31: 1097-100.
11. Meretoja OA. We should work less at night. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009; 53: 277-9.
12. Frank E. Physician Health and Patient Care. *JAMA* 2004; 291: 637.
13. Lazar IM, Premik M, Švab I. Ali slovenski zdravniki zdravo živijo?. *Zdrav Vestn* 1996; 65: 687-90.
14. Šelb-Šemerl J, Albrecht T. Umrljivost zdravnikov v Sloveniji v letih 1985 do 1999. *Zdrav Vestn* 2000; 69: 47-53.
15. Firth J. Levels and sources of stress in medical students. *BMJ* 1986; 292: 1177-1180. Dostopno na: URL: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1340185&blobtype=pdf>. Pridobljeno: 28.10.2010.
16. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL, et al. Personal Life Events and Medical Student Burnout: A Multicenter Study. *Acad Med* 2006; 81: 374-84.
17. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical Student Distress: Causes, Consequences, and Proposed Solutions. *Mayo Clin Proc* 2005; 80 (12): 1613-1622. Dostopno na: URL: <http://www.mayoclinicproceedings.com/pdf%2F8012%2F8012sa.pdf>. Pridobljeno: 28.10.2010.
18. Humphris G, Kaney S. The Encouragement of »perfect« health professionals. *Med Educ* 1998; 32 (5), 452-55.

19. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Performance-based self-esteem and burnout in a cross-sectional study of medical students. *Med Teach* 2007; 29: 43-8.
20. Guthrie E, Black D, Bagalkote H, Shaw C, Campbell M, Creed F. Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. *J R Soc Med* 1998; 91: 237-43. Dostopno na: URL: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1296698&blobtype=pdf>. Pridobljeno: 28.10.2010.
21. Wolf TM, Scurria PL, Webster MG. A Four-year Study of Anxiety, Depression, Loneliness, Social Support, and Perceived Mistreatment in Medical Students. *J Health Psychology* 1998; 3: 125-36.
22. Granville-Chapman JE, Yu K, White PD. A Follow-up Survey of Alcohol Consumption and Knowledge in Medical Students. *Alcohol Alcohol* 2001; 36: 540-3.
23. Dahlin ME, Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Med Educ* 2007; 7: 6. Dostopno na: URL: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-7-6.pdf>. Pridobljeno: 28.10.2010.
24. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. *Acad Med* 2006; 81: 354-73.
25. Hooper C, Meakin R, Jones M. Where students go when they are ill: how medical students access health care. *Med Educ* 2005; 39: 588-93.
26. Willcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard BJ. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. *MJA* 2004; 181: 357-360. Dostopno na: URL: http://www.mja.com.au/public/issues/181_07_041004/wil10298_fm.html. Pridobljeno: 28.10.2010.
27. Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. »I wouldn't want it on my CV or their records«: medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ* 2003; 37: 873-80.
28. Frank E, Smith D, Fitzmaurice D. A description and qualitative assessment of a 4-year intervention to improve patient counseling by improving medical student health. *Med-GenMed* 2005; 7: 4. Dostopno na URL: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=16369383>. Pridobljeno: 28.10.2010.
29. Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *Br J Sports Med* 2009; 43: 89-92.
30. Schattner P, Davidson S, Serry N. Doctor's health and wellbeing: taking up the challenge in Australia. *MJA* 2004; 181: 348-9.
31. Primary Mental Health Service. Look after yourself (Gloucester mental health toolkit). Dostopno na: URL: <http://www.pmhtglos.org.uk/userfiles/docstore/pdf/lookafteryourself.pdf>. Pridobljeno: 28.10.2010.
32. Furber ES, Jones AR, Vogtsberger KN, Stone SL, Holmes J. Medical student stress and burnout. Texas Medical Association, Austin, 2000. Dostopno na URL: <http://www.texmed.org/Template.aspx?id=4978>. Pridobljeno: 28.10.2010.
33. Vehovar U, Rode N, Dernovšek MZ, Gabrijelčič Blenkuš M, Tavčar R. Raziskava o študentski prehrani z vidika prehranjevanja v študentskih menzah. Prešernova naloga. Ljubljana, Medicinska fakulteta: 1989.

34. Kramar-Perovnik K. Vegetarijanska prehrana med študenti. *Zdrav Var* 1998; 37: 225-8.
35. Masten R, Tušak M, Zalar B, Zihelr S. Stress, coping and social support in three groups of university students. *Psychiatr Danub* 2009; 21: 41-8.
36. Podkrajšek D. Odnos študentov Medicinske fakultete v Ljubljani do zdravja in načina življenja (magistrsko delo). Ljubljana; 1998.
37. Frank E, Carrera JS, Elon L, Hertzberg VS. Basic demographics, health practices, and health status of U.S. medical students. *Am J Prev Med* 2006; 31: 499-505.
38. Källest I C. Towards a more health-promoting health service. Summary of study material, government bills, parliamentary decisions, draft indicators and examples of application. Östersund: National Institute of Public Health; 2004. Dostopno na: URL: <http://www.fhi.se/PageFiles/4413/r200455towardsmorehealthpromoting0503.pdf>. Pridobljeno: 28.10.2010.
39. Tsouros AD, Dowding G, Thompson J, Dooris M (uredniki). *Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998. Dostopno na: URL: http://www.yskyeung.com/public/tmp/hkccm_asm/e60163.pdf. Pridobljeno: 28.10.2010.
40. Bruin A, Picavet HSJ. *Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1996.
41. Aromaa A, Koponen P, Tafforeau J (uredniki). *Status and future of health surveys in the European Union. Final report of Phase 2 of the project Health Surveys in the EU: HIS and HIS/HES Evaluations and Models*. Helsinki, Bruxelles: National Health Institute KTL, Scientific Institute of Public Health; 2003. Dostopno na URL: <http://www.euhid.org/docs/HISHESphase2.pdf>. Pridobljeno: 28.10.2010.
42. WHO, Regional Office for Europe. *Protocol and Guidelines. Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases (CINDI) Programme*. Dostopno na: URL: <http://www.amro.who.int/English/AD/DPC/NC/hcncindi.doc>. Pridobljeno: 28.10.2010
43. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. *The Role of Medical Students in Promoting Adolescent Health: A survey of risk behaviours among medical students in selected countries in the Eastern Mediterranean Region*. WHO 2005.
44. Kroker Kogoj T. *Ocena lastnega zdravja študentov Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Prešernova naloga*. Ljubljana, Medicinska fakulteta, 2008.
45. Kroker Kogoj T. *Z zdravjem povezane navade študentov Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Prešernova naloga*. Ljubljana, Medicinska fakulteta, 2009.
46. Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maučec-Zakotnik J, uredniki. *Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (z zdravjem povezan vedenjski slog)*. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2004.
47. Public Health Leadership Society. *Principles of the ethical practice of public health*. New Orleans: Public Health Leadership Society; 2002. Dostopno na URL: <http://phls.org/CMSuploads/Principles-of-the-Ethical-Practice-of-PH-Version-2.2-68496.pdf>. Pridobljeno: 28.10.2010.
48. Klemenc-Ketiš Z, Hladnik Ž, Rotar-Pavlič D, Post M, Kersnik J. Self-reported chronic conditions in student population in Slovenia. *Zdrav Vestn* 2010; 79: 31-41.

-
50. Miholič M. Ocena zdravstvenega stanja in sočasne bolezni študentov. V: Kersnik J, Iljaž R, urednika. Sočasne bolezni in stanja. 22. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2005. p. 195-200. Dostopno na URL: http://www.drmed.org/javne_datoteke/novice/datoteke/7282-So-casne_bolezni_in_stanja_kazalo_20.1.05.doc. Pridobljeno: 28.10.2010.
 51. Rashidi A, Mohammadpour-Ahramani B, Karandish M, et al. Obese and female adolescents skip breakfast more than their non-obese and male peers. *CEJ Med* 2007; 2: 481-7.
 52. Tanaka M, Mizuno K, Fukuda S, Shigihara Y, Watanabe Y. Relationships between dietary habits and the prevalence of fatigue in medical students. *Nutrition* 2008; 24: 985-9.
 53. Frank E, Elon L, Naimi T, Brewer R. Alcohol consumption and alcohol counselling behaviour among US medical students: cohort study. *BMJ* 2008; 337: a2155. Dostopno na URL: <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a2155.full>. Pridobljeno: 28.10.2010.
 54. Lunder U, Zaletel-Kragelj L. Umetnost zdravljenja. *Isis* 2006; 15: 30.

ODNOS DO KAJENJA PRI ŠTUDENTIH 3. LETNIKOV MEDICINSKE FAKULTETE V LJUBLJANI - SMER MEDICINA, SMER DENTALNA MEDICINA TER ŠTUDENTOV FARMACIJE - RAZISKAVA GHPPS

Attitude towards smoking among third year students at the Faculty of Medicine in Ljubljana (field of study: medicine, dental medicine and pharmacy) – GHPSS – Mojca Juričič, MD, PhD

Mojca Juričič

Izvleček

Kajenje ter raba tobačnih izdelkov in izpostavljenost tobačnemu dimu v okolju, je vzrok za nastanek mnogih bolezni, ki so vzrok za več kot 5 milijonov smrti, po napovedih SZO, lahko ta številka naraste do 8 milijonov smrti letno. Zdravstveni delavci in študentje fakultet, ki izobražujejo bodoče zdravstvene strokovnjake lahko pomembno prispevajo k preprečevanju kajenja, zato je pomemben podatek o prevalenci kajenja med njimi in njihov odnos do rabe tobačnih izdelkov.

V Sloveniji smo v letu 2008 izvedli raziskavo, ki je del svetovne raziskave GHPPS- Global Health Professional Students Survey, s pomočjo vprašalnika, med študenti tretjih letnikov Fakultete za Farmacijo in Medicinske fakultete v Ljubljani, smer medicina in dentalna medicina. Prevalenca kajenja je bila najvišja med študenti medicine, 21 %, pri študentih dentalne medicine 16,7 % in pri študentih farmacije 12,6 %. 33,3 % študentov dentalne medicine, 28,2 % študentov medicine in 22,7 % farmacije jih je bilo v tednu pred raziskavo izpostavljenih tobačnemu dimu doma oziroma tam kjer živijo. 53,3 % študentov medicine si želi prenehati kaditi in 80 % študentov farmacije.

Na vprašanje ali so zdravstveni delavci model obnašanja za svoje paciente je pritrdilno odgovorilo 54,2 % študentov medi-

Abstract

Smoking, use of tobacco products and exposure to tobacco smoke cause several diseases, which cause more than 5 million deaths. According to WHO this number can increase up to 8 million deaths per year. Healthcare workers and students of faculties, which educate future healthcare specialists, can significantly contribute to prevention of smoking, therefore the information about prevalence of smoking among them and about their attitude towards the use of tobacco products is very important.

In Slovenia a research was performed in 2008, which was a part of Global Health Professional Students Survey - GHPPS. The research was conducted by using a questionnaire among the students at The Faculty of Pharmacy and the Faculty of Medicine in Ljubljana (field of study: medicine and dental medicine).

The prevalence of smoking appeared to be the highest among medical students (21 %), 16,7 % among dental medicine students and 12,6 % among pharmacy students. 33,3 % of dental medicine students, 28,2 % of medical students and 22,7 % of pharmacy students had been exposed to tobacco smoke at their homes or at the place where they lived one week before the survey was performed.. 53,3% of medical students and 80 % of pharmacy students want to quit smoking.

54,2 % of medical students, 64,1 % of dental medicine students and 42,9 % of third year students at The Faculty of Pharmacy in Ljubljana agree that healthcare workers are a role model

cine, 64,1 % študentov dentalne medicine in 42,9 % študentov tretjega letnika Farmacije. Formalna znanja o svetovanju pacientom kako prenehati kaditi je do tretjega letnika dobilo 5,6 % študentov medicine, 0 % študentov dentalne medicine in 7,6 % študentov farmacije.

Iz teh podatkov lahko zaključimo, da je potrebno študentom »Zdravstvenih fakultet« tistim, ki kadjo zagotoviti pomoč pri odvijanju ter vsem študentom omogočiti znanja za svetovanje pri odvijanju od kajenja, da bodo dober model obnašanja za svoje paciente in usposobljeni pri svetovanju.

for their patients. 5,6% of medical students, 0 % of dental medicine students and 7,6 % of pharmacy students have received formal knowledge about counselling their patients how to quit smoking before their third year of studies.

According to this information we can conclude that the students of »Healthcare faculties« should be offered knowledge to advise others how to quit smoking in order to become a good role model for their patients and highly qualified advisors.

UVOD

Raba tobačnih izdelkov (kajenje cigarete, cigare, pipe, vodne pipe, brezdimnega tobaka...) je povezana z zbolevanjem in umiranjem in ocene so, da bo do leta 2025 kadilo okoli 1.6 bilijonov ljudi (1). Strokovnjaki Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) napovedujejo, da bodo leta 2030 bolezni povezane s kajenjem in rabo tobaka, kot so rak pljuč, sapnika, ustne votline, grla, požiralnika, sečnega mehurja, kronična obstruktivna bolezen pljuč, bolezni srca in ožilja ter reproduktivnega sistema, ki so že sedaj vzrok za 5,4 milijonov smrti letno, vzrok za 8 milijonov smrti na leto in večinoma bodo umirali prebivalci v nerazvitih državah (2). Kajenje je poleg že omenjenih obolenj, vzrok tudi za nastanek katarakte, pljučnic, akutne mieloidne levkemije, aortne abdominalne anevrizme, peridontitisa ter raka želodca, pankreasa, materničnega vratu in ledvic (3).

Cigareta je mešanica kemičnih snovi: v cigareti in dimu je okrog 4000 različnih toksičnih, tudi 40 rakotvornih in radiaktivnih snovi: polonij, plutonij, benzopiren, ibenzopiren, benzen, izopren, toluen, naftilamini, nikel, arzen, kadmij, ogljikov dioksid, metan, amonijak, dušikov oksid, vodikov sulfid, metilni alkohol, etanol, glicerol ali glicerol, glikol; acetaldehid, akrolein, aceton, cianhidridna kislina, karboksilni derivati, pirolidin, nikotin, CO.

Peto s sodelavci je ocenil, da je v Sloveniji 3000 smrti, ki jih na leto lahko pripišemo kajenju in 300 zaradi pasivnega kajenja(4).

Preventiva obolenj in prezgodnjih smrti, ki so povezane s tobakom in tobačnimi izdelki, je eno od najpomembnejših področij delovanja Svetovne zdravstvene organizacije.

Za celovit pristop in izdelavo ukrepov za zmanjševanje rabe tobaka čimvečjega števila držav je bila izdelana FTCT (Framework Convention on Tobacco Control - FCTC)- Okvir-

na konvencija o obvladovanju tobaka. Tobačna kontrola na nacionalni, regionalni in internacionalni, globalni ravni, naj bi pripeljala do zmanjšane rabe tobačnih izdelkov in manjši izpostavljenosti tobačnemu dimu (5).

Okvirna konvencija o obvladovanju tobaka (FCTC- Framework Convention on Tobacco Control) je prva konvencija SZO in mednarodni pravni akt (treaty) na področju globalnega javnega zdravja, ki je zavezujoča za države podpisnice. Veljati je začela 27. februarja 2005, ko jo je ratificiralo 40 držav.

Do oktobra 2009 jo je ratificiralo že 168 držav od 194 članic SZO (WHO, FCTC 2009).

Slovenija je Konvencijo podpisala 25. Septembra 2003 in jo ratificirala v parlamentu 27. januarja 2005 in se s tem zavezala za celovito kontrolo nad tobakom in zmanjševanju vpliva tobaka na zdravje slovenske populacije.

Zelo pomembno vlogo pri tem imajo zdravstveni strokovnjaki, tudi študenti zdravstvenih usmeritev.

V letu 2002 se je Ministrstvo za zdravje R Slovenije odločilo, da se vključi Slovenija v raziskave GTSS (Global Tobacco Surveillance System) (6), ki jo sestavljajo: GYTS – raziskava v šolah, med mladostniki starimi 13 do 15 let, GSPS - med zaposlenimi v šolah in GHPSS med zdravstvenimi strokovnjaki, za začetek med študenti.

UDELEŽENCI IN METODE

Raziskavo smo v Sloveniji izvedli v študijskem letu 2007/8, v začetku poletnega semestra, februarja in marca 2008.

V Sloveniji so bile v raziskavo izbrane vse poplne fakultete, ki so imele študente v tretjem letniku in tako smo v raziskavo vključili študente tretjih letnikov smer medicina in smer dentalna medicina Medicinske fakultete v Ljubljani in študente tretjih letnikov Fakultete za farmacijo.

Dekanom teh fakultet je bilo poslano pismo, s povabilom za sodelovanje. Študentje so sodelovali prostovoljno.

Raziskava je presečna raziskava. V raziskavo so bili vključeni vsi študentje, ki so bili v času raziskave prisotni in so odgovarjali na vprašalnik, ki je imel 42 vprašanj z več možnimi odgovori. Z vprašanji smo dobili odgovore o prevalenci kajenja, izpostavljenosti tobačnemu dimu, o želji po prenehanju kajenja, o znanju in odnosu do kajenja, tudi o mnenju ali so model obnašanja za paciente in ali so v času študija do tedaj obravnavali svetovanje in tehnike odvajanja od kajenja.

S programom SUDAAN je bila izračunana weighted prevalenca estimates in standardna napaka in 95% interval zaupanja.

Raziskava je bila odobrena tudi s strani Republiške komisije pri MZ za medicinsko etiko. 16.2.2008, tevilka 44/02/08.

REZULTATI

Vzorec je bil homogen po starostni strukturi saj je bilo 97.2 % študentov medicine, 97.6 % dentalne medicine in 98.3% študentov farmacije v starostni skupini 19-24 let.

Delež odgovorov je bil: 100% za študente dentalne medicine (N= 44) , 69.9% za študente medicine (N= 146) in 99.2% za študente farmacije (N= 120).

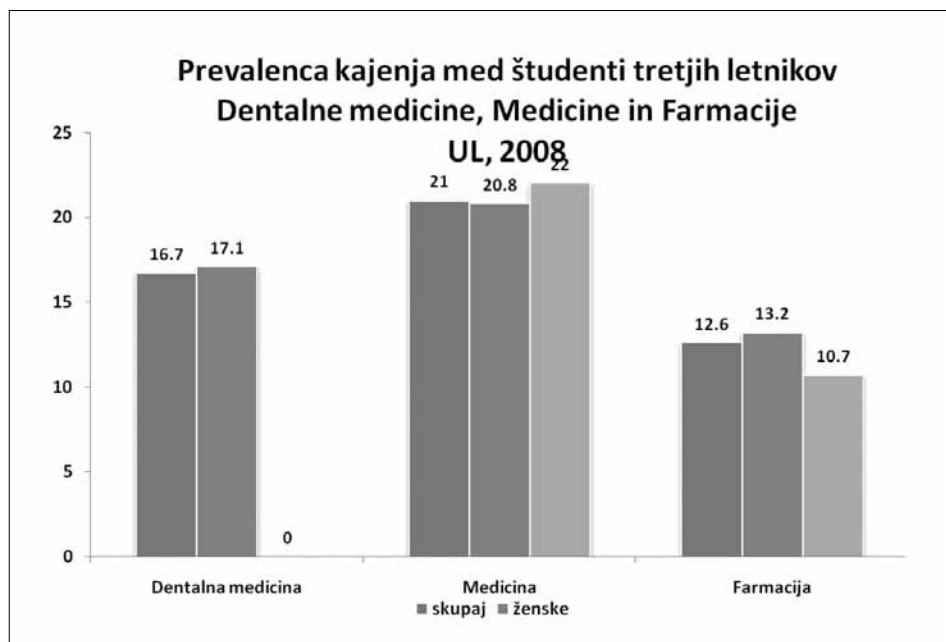
Definicija kadilca: tisti oziroma tista, ki je kadil-a več kot 1 dan v zadnjem mesecu.

Prevalenca kajenja je bila najvišja med študenti medicine , 21 % jih je odgovorilo, da jih je kadilo (22% moških in 20,8% žensk) več kot dva dni v zadnjem mesecu, 75,7 % jih je že poskusilo kaditi (83,3 % moških, 72,3 % žensk).

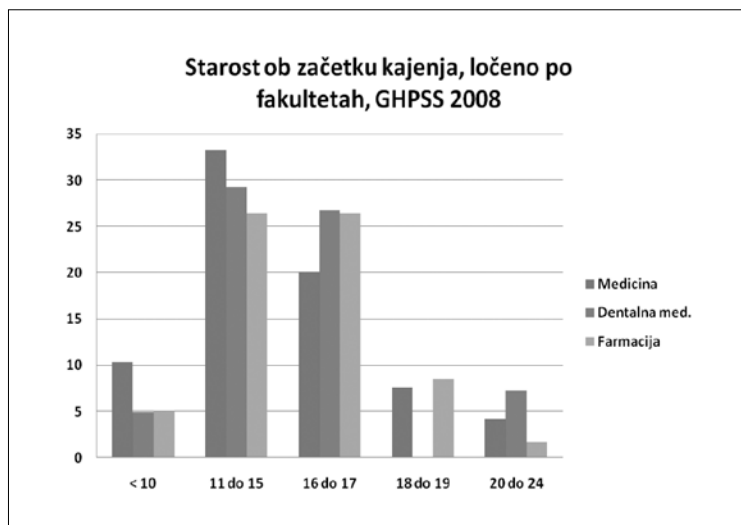
Pri študentih dentalne medicine jih je kadilo 16,7 % in 69,9 % jih je že poskusilo kaditi.

Pri študentih farmacije je bila prevalenca kajenja nižja: kadilcev je bilo 12,6 % (10,7 % moških in 13,2 % žensk), poskusilo jih je kaditi 69%.

Slika 1.



Slika 2

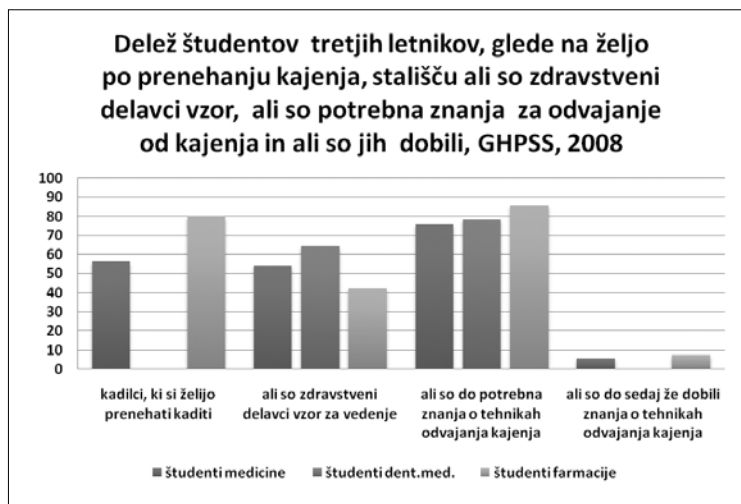


33,3 % študentov dentalne medicine, 28,2 % študentov medicine in 22,7 % farmacije jih je bilo v tednu pred raziskavo izpostavljenih tobačnemu dimu doma oziroma tam kjer živijo. Sedem od desetih študentov medicine in dentalne medicine je bilo izpostavljenih tobačnemu dimu na javnih mestih ter pet od desetih študentov farmacije.

Da je prepovedano kaditi na Fakulteti in klinikah je odgovorilo 90,1 % študentov medicine, 89,7 % študentov dentalne medicine in 44,4 % študentov farmacije.

Več kot polovica kadilcev, 53,3 % študentov medicine si jih želi prenehati kaditi ter 80 % študentov farmacije

Slika 3.



Na vprašanje ali so zdravstveni delavci model obnašanja za svoje paciente je pritrdilno odgovorilo 54,2 % študentov medicine, 64,1 % študentov dentalne medicine in 42,9 % študentov tretjega letnika fakultete za Farmacijo.

Formalna znanja o svetovanju pacientom kako prenehati kaditi je do tretjega letnika dobilo 5,6 % študentov medicine, 0 % študentov dentalne medicine in 7,6 % študentov farmacije.

RAZPRAVA

Vsak peti do osmi študent tretjih letnikov fakultet, ki izobražujejo bodoče zdravstvene strokovnjake je kadilec. Sedem od desetih je že kadilo. Študentje tretjih letnikov medicine, dentalne medicine in farmacije kadijo v nižjem deležu kot je bil delež kadilcev v starostni skupini 18 do 25 let, v raziskavi EHIS – Anketa o zdravstvenem varstvu v Sloveniji, v letu 2007, delež je bil 28,7%. Pri primerjavi z ostalimi državami, ki so izvajale enake ankete je delež višji npr. v Bosni in Hercegovini pri študentih medicine 47%, nižji v Egiptu 7,9%(8).

Tretjina študentov je bila v tednu pred raziskavo izpostavljenih tobačnemu dimu doma oziroma tam kjer živijo ter sedem od desetih študentov medicine in dentalne medicine je bilo izpostavljenih tobačnemu dimu na javnih mestih ter polovica študentov farmacije.

Nekaj več kot polovica meni, da so "model" za vedenje za ostalo populacijo.

Večina meni, da bi morali dobiti znanja s področja odvisnosti in odvajanja od kajenja, a jih je do tretjega letnika le malo odgovorilo, da so dobili informacije o tem.

ZAKLJUČEK

Delež študentov zdravstvenih fakultet kadilcev je nekoliko nižji v primerjavi z starostno skupino populacije. V velikem deležu so izpostavljeni tobačnemu dimu v okolju. in izrazili so v visokem deležu željo po prenehanju kajenja in potrebo po znanju o svetovanju in metodah odvajanja od kajenja.

Zdravstveni strokovnjaki, tudi študenje, imajo pomembno vlogo v tobačni kontroli: kot posamezniki pri izobraževanju, svetovanju, kot del lokalne skupnosti pri uvajanju in izvajanju same tobačne kontrole in enako tudi na državnem in globalnem nivoju.

ZAHVALA

Zahvaljujem se študentom in študentkam 3. letnikov za izpolnjevanje ankete, dekanoma ter profesorjem in asistentom za pomoč pri izvedbi.

LITERATURA

1. Prabhat, J., Chaloupka, F.J. ur.. Curbing the epidemic: government and the economics of tobacco control. Washington: The World Bank, 1999: 13., 37-39.
2. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva: WHO, 2008: 8.
3. WHO Tobacco Free Initiative. The Role of Health Professionals in Tobacco Control. Geneva: WHO, 2005: 6-7.
4. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun m. Mortality from Smoking in Developed Countries 1950 – 2000. 2nd edition.revised June 2006. [Http://www.deathfromsmoking.net](http://www.deathfromsmoking.net) – dostop: november 2010.
5. WHO. FCTC. http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/index.html. - dostop 27.11.2009
6. Warren CW, Lee J, Lea V, Gooding A, O'Hara B, Carlberg M, Asma S, McKenna M. Evolution of the Global Tobacco Surveillance System (GTSS) 1998 -2008. Global health promotion 2009; 16: 4-37.
7. Warren CW, Jones NR, Chauvin J, Peruga A and GTSS Collaborative Group. Tobacco use and cessation causeling: cross country data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005 7. Tob Contol 2008; 238-247.

UPORABA DROG IN PROBLEMATIKA ODVISNOSTI MED ŠTUDENTI ZADNJIH LETNIKOV UNIVERZE V LJUBLJANI

Drug use and substance dependence among senior students of University of Ljubljana

Tina Korač, Zala Kumše, Milan Krek.

Izvleček.

Čeprav zloraba drog predstavlja velik javnozdravstveni problem, v Sloveniji še ni bilo raziskave, ki bi na tem področju zajela populacijo študentov. Izbrali smo študente zadnjih letnikov Univerze v Ljubljani, podatke pa zbrali preko elektronskega vprašalnika med izvajanjem obveznih sistematskih zdravstvenih pregledov.

Najpogostejše študentje uživajo alkohol in tobak. Več kot polovica jih je že uživala marihuano, kar je bistveno več kot med srednješolci. Večina je prvič uporabila drogo že pred študijem, relativno velik delež pa se v času študija odloči za prenehanje uporabe.

Večina drog je pridobljena v posameznikovi socialni mreži. Najbolj dostopna se zdi marihuana, najmanj crack. Uporaba drog je lahko povezana z različnimi neprijetnimi dogodki, kot so nesreče, pretepi ali spolni odnos, ki ga kasneje obžalujejo.

V primeru težav z drogami bi največ študentov poiskalo pomoč med bližnjimi, le manjši del v programih zdravljenja odvisnosti.

Dve tretjini študentov slabo pozna preventivne programe na področju prepovedanih drog in odvisnosti. Najbolj podpirajo preventivo prek medijev ter zdravljenje v terapevtskih skupnostih in psihiatričnih ustanovah.

Abstract.

Although drug abuse is a huge public health problem, no research in Slovenia has been performed among student population. We included the senior students at the University of Ljubljana and collected the information by electronic questionnaire during obligatory systematic medical examinations.

Most often students consume alcohol and tobacco. More than half of students have tried marihuana. This number is considerably lower in comparison to high-school students. The majority of students have first consumed drugs before their studies and a relatively high percentage of them decided to stop consuming drugs during their studies.

Individuals get most drugs in their social networks. Marihuana seems to be the most accessible, while crack is the least accessible. Drug abuse can be connected with various unpleasant events, such as accidents, fights and regretted sexual intercourses.

In the case of drug issues most students would turn for help to their friends and family, while only few of them would join the programmes for treatment of drug dependence.

Two thirds of students are not well acquainted to preventive programmes connected to drugs and drug abuse. They support drug prevention through media and treatment at therapeutic communities and psychiatric institutions.

.

UVOD

Uporaba drog predstavlja velik javnozdravstveni problem, vendar v Sloveniji še ni bilo raziskave, ki bi na tem področju zajela populacijo študentov. Tako tudi ni sistematično zbranih podatkov, s pomočjo katerih bi lahko prepoznali specifične posebnosti te skupine. Z našo raziskavo smo želeli dobiti prve takšne podatke, ki bi nato služili načrtovanju preventivnih ukrepov in novih strategij pri soočanju s problematiko drog med študentsko populacijo ter h krepitvi zaščitnih dejavnikov.

Temeljni namen raziskave je bil pridobiti podatke o prevalenci uporabe drog med študenti zadnjih letnikov Univerze v Ljubljani (UL). Želeli smo ugotoviti tudi dejavnike tveganja, pogostost in vzorce jemanja drog, odnos do njih in odvisnosti ter poznavanje obstoječih preventivnih programov in mnenje o njih.

METODOLOGIJA

Raziskava o uporabi drog med študenti UL je bila izvedena v okviru pregledno presečne Raziskave o zdravju študentov zadnjih letnikov UL, ki je poleg skupnega demografskega vprašalnika obravnavala pet področij: splošno zdravstveno stanje, duševno zdravje, spolnost, motnje hranjenja ter uporaba drog med študenti. Vprašalnik je bil sestavljen iz 80 vprašanj. Prvih 31 vprašanj se je nanašalo na demografijo, sledil je sklop vprašanj, ki so obravnavala problematiko drog.

Zbiranje podatkov je potekalo od 12. 5. 2008 do 16. 10. 2008 v času obveznih sistemskih zdravstvenih pregledov študentov zadnjih letnikov UL, ki so bili naša ciljna skupina. Izpolnjevanje vprašalnika je potekalo elektronsko. Program, ki smo ga uporabljali, je Lime Survey in je dostopen na internetu s prosto licenco (General Public Licence, GPL). Program smo preizkusili skupaj s poznavalcem programskih jezikov in ga priredili našim potrebam. Študentje so na vprašalnik odgovarjali anonimno v sobah, v katerih je bil vedno prisoten eden izmed izvajalcev raziskave.

V program se je dostopalo prek internetnega vmesnika Mozilla Firefox. Računalniški program je nato naključno izbral enega od petih vprašalnikov in prikazal uvodno stran, kjer se je anketiranec lahko seznanil z raziskavo. Raziskavo je odobrila Komisija republike Slovenije za medicinsko etiko.

Vprašalnikov, ki niso bili izpolnjeni v celoti, nismo vključili v analizo podatkov. Podatke smo obdelali s pomočjo statističnega paketa SPSS for Windows, v katerega smo vnesli izbrane podatke, jih pregledali in prilagodili načinu dela. Po izbiri enot in spremenljivk smo dobljene rezultate pregledali, uredili in interpretirali.

REZULTATI

Število, starost in spol sodelujočih študentov

Anketirali smo 521 študentov, vpisanih na različne fakultete Univerze v Ljubljani. Vpisani so bili v različne letnike študija. Dva študenta (0,4 %) sta obiskovala 3 letnik, 328 (63 %) študentov je bilo vpisanih v četrti letnik. V peti letnik je bilo vpisanih 41 (7,9 %) študentov in v šesti letnik le en študent. Absolventov je bilo 149 (28,6%). Med njimi je bilo 164

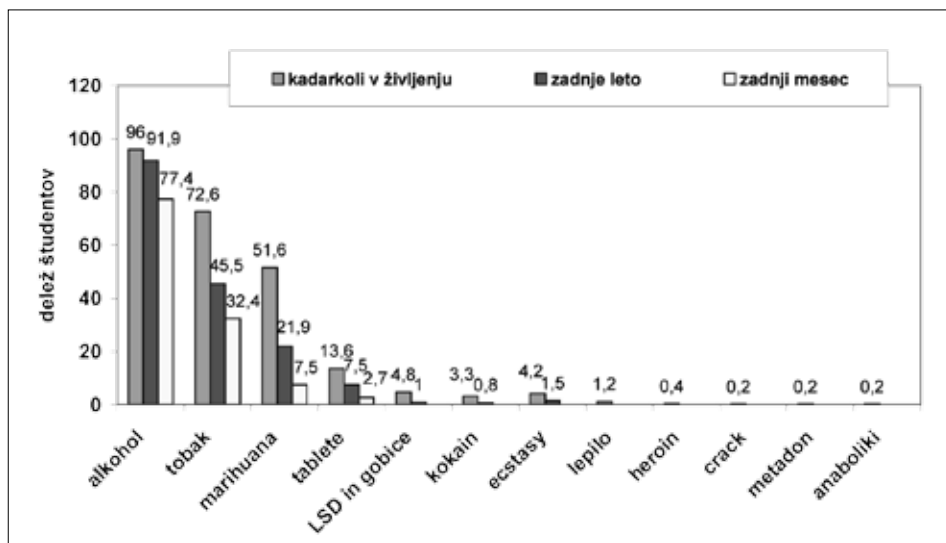
(31,5 %) študentov in 357 (68,5 %) študentk. Povprečna starost anketiranih je bila 24 let. Najmlajši je bil star 22 let in najstarejši 45 let, standardna deviacija je bila 2,09 let.

Delež študentov, ki so uporabljali drogo kadar koli v življenju, v zadnjem letu oziroma v zadnjem mesecu.

Delež študentov v letu 2008 glede na uporabo drog se je razlikoval po posameznih drogah. Največ študentov je v svojem življenju že poizkusilo alkohol (96 %), 77 % jih je že uporabljalo tobak. Več kot polovica jih je v svojem življenju že uporabljala marihuano (51,6%). 13,6 % jih je že uporabljalo psihoaktivna zdravila, ki jim jih ni predpisal zdravnik. LSD in gobice je v svojem življenju že uživalo 4,8 % študentov, 4,2 % jih je že uporabljalo ekstazi, 3,3 % kokain, 0,2 % metadon, 0,2 heroin in 0,2 anabolike. 1,2 % študentov je že inhaliralo topilo, ki je bilo sestavni del lepila.

Delež študentov, ki so droge uživali v zadnjem letu pred anketiranjem, se je pri vseh drogah znižal glede na podatke o uživanju drog med študenti kadar koli v življenju. Še vedno jih je največji delež (91,9 %) uživalo alkohol, 45,5 % jih je v zadnjem mesecu uporabljalo tobak in 21,9 % marihuano. Tablete je v zadnjem letu dni uživalo 7,5 % študentov. Ekstazi je v zadnjem letu dni uživalo 1,5 % študentov. V zadnjem letu pred anketiranjem je uporabljalo LSD in gobice 1 % in kokain 0,8 % anketiranih študentov.

V zadnjem mesecu pred anketiranjem so študentje od prepovedanih drog uživali le marihuano (7,5 %). 77 % študentov je v zadnjem mesecu uživalo alkohol in 32,4 % študentov tobak. 2,7 % študentov je v zadnjem mesecu uživalo tablete, ki jim jih ni predpisal zdravnik.



Slika 1. Delež študentov, ki so uporabljali droge: kadar koli v življenju, v zadnjem letu in v zadnjem mesecu (Vir: Korač, Kumše, Krek: Raziskava o uporabi drog med študenti Univerze v Ljubljani, 2008)

Delež študentov, ki so tekom študija zmanjšali uporabo drog, povečali uporabo drog oziroma ostali pri isti uporabi drog

Največja porast uporabe je bila ugotovljena pri študentih, ki uživajo alkohol (26,3 %). Sledijo študenti, ki so povečali uporabo tobaka (12,9 %), marihuane (5,7 %). 0,2 % študentov je povečalo uporabo amfetaminov in kokaina ter 0,6 % uporabo gobic. 20,3 % študentov je po vpisu na študij zmanjšalo uporabo alkohola, 18,8 % uporabo tobaka, 16,1 % uporabo marihuane. Uporaba alkohola je ostala nespremenjena med 44,5 % študentov, uporaba tobaka med 19,4 % študentov in uporaba marihuane med 9,8 % študentov. 1,7 % študentov ni opazilo razlike pri uživanju marihuane, 1,2 % pa pri uživanju lepila.

Nekateri študenti so povečali uporabo drog, drugi so jo zmanjšali, nekateri pa glede tega niso spremenili svojega vedenja. Zanimivo je, da jih je večji delež zmanjšalo uporabo marihuane (16,1 %), kot pa povečalo uporabo marihuane (5,7 %). Ravno tako jih je večji delež znižal uporabo kokaina (0,6 %) kot povečal njegovo uporabo kokaina (0,2 %). Večji delež jih je tudi zmanjšal (1,2 %) kot povečal uporabo LSD in gobic (0,6 %). Delež študentov, ki so v času študija prvič uporabili posamezno drogo, kaže na to, da je večina študentov prvič uporabila drogo pred vstopom v visokošolski študij in da se v času študija le redki odločajo, da bi prvič uporabili drogo.

Od koga študentje pridobijo drogo

Študenti so pridobili droge na različne načine. V nadaljevanju so navedeni deleži študentov med uporabniki posameznih drog glede na to, kako so pridobili drogo. Amfetamine je 12,5 % dobilo študentov od brata ali sestre, 25 % od prijatelja, 50 % od sovrstnikov, 12,5 % pa jih je kupilo amfetamine od preprodajalcev. Marihuano je 1 % študentov dobil od brata ali sestre, 37 % od prijatelja, 40 % od sovrstnikov, 22 % pa je kupilo marihuano od preprodajalcev. Alkohol je od brata dobil 1 % študentov, 4,5 % od prijateljev, 27,8 % od sovrstnikov, 2,9 % od staršev, 64,6 % pa jih je alkohol kupilo. Tablete brez recepta je pridobilo 4,3 % študentov od brata ali sestre, 2,2 % od prijatelja, 2,2 % od sovrstnikov, 28,3 % od staršev in 63 % na črnem trgu. Pri pridobivanju nekaterih psihoaktivnih substanc (alkohol, različna psihoaktivna zdravila) aktivno sodelujejo tudi starši. Pri drugih (amfetamini, marihuana) pa prevladujeta pridobivanje droge od sovrstnikov in nakup droge na črnem trgu.

Študentom se zdi od prepovedanih drog najbolj dostopna marihuana, najmanj pa crack in heroin.

Delež študentov, ki zaradi uporabe drog že imajo zdravstvene težave, ki so se zastrupili z drogami ali so od njih odvisni

7,9 % študentov ocenjuje, da že imajo zdravstvene posledice zaradi uživanja tobaka. Posledice uživanja alkohola za zdravje je že občutilo 4 % študentov. 1,2 % jih ocenjuje, da že imajo zdravstvene težave zaradi uporabe marihuane. 17,3 % študentov je že imelo akutno zastrupitev z alkoholom in 1,5 % z marihuano. Večina študentov, uporabnikov drog, ocenjuje, da še niso odvisni od različnih drog. 12,5 % jih ocenjuje, da so odvisni od tobaka, 0,4 % od alkohola, 0,6 % od marihuane in 0,6 % od različnih tablet.

Študentom se zdijo za zdravje ob enkratnem uživanju najbolj nevarni heroin, kokain

in crack, najmanj pa tobak. Pri rednem uživanju se jim ravno tako zdita najbolj škodljiva heroin in kokain, takoj za tem pa crack in LSD ali gobice, najmanj pa tobak in alkohol.

Problemi zaradi uporabe drog

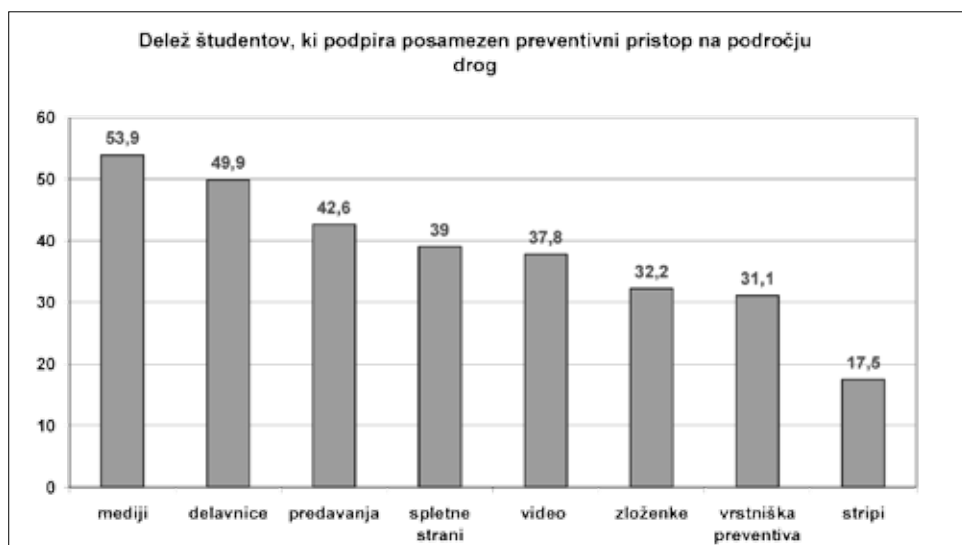
5,2 % študentov je bilo zaradi psihoaktivnih snovi že udeleženih v pretepu. 6,2 % jih je imelo zaradi uporabe psihoaktivnih snovi že prometno nesrečo. Probleme s starši je imelo zaradi uporabe drog 6,6 % študentov, 5,6 % pa s prijatelji, 7,3 % s partnerjem, 4,8 % z učenjem in učnim uspehom. S policijo se je zaradi uživanja drog že srečalo 4,6 % študentov. V bolnišnico ali zdravstveni dom jih je bilo zaradi uporabe drog prepeljanih 1,9 %. 4,8 % študentov je imelo v času, ko so bili pod vplivom psihoaktivnih snovi, spolni odnos, ki so ga kasneje obžalovali. 9,7 % študentov je že vsaj enkrat v življenju vozilo motorno vozilo pod vplivom marihuane.

Iskanje pomoči

V primeru težav zaradi uživanja drog bi študentje največkrat iskali pomoč pri bližnjih, in sicer pri prijatelju (52,8 %) ali pri starših (41,7 %). 39,3 % študentov bi šlo po pomoč v programe zdravljenja odvisnosti, 37 % k osebnim zdravnikom, 17,9 % k psihologom, 5,4 % k duhovnikom, 1,7 pa k profesorju.

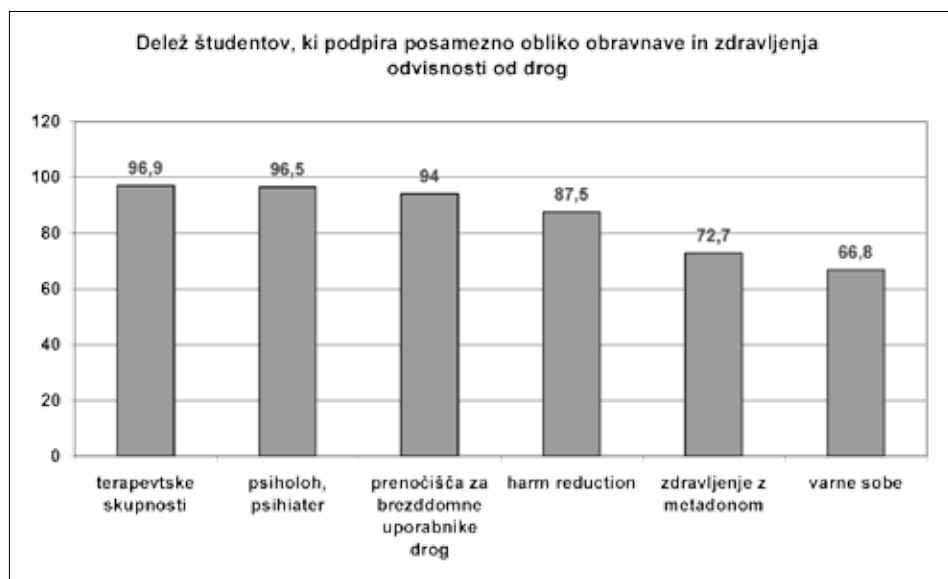
Oblika preventive, ki je blizu študentom

Študenti so imeli možnost izbiranja različnih oblik preventive na področju drog. Večina je menila, da so najbolj učinkovite preventivne dejavnosti tiste, ki se izvajajo preko medijev. Najmanj pa so podprli preventivne aktivnosti v obliki stripov (17,5 %) in zloženek.



Slika 2. Delež študentov, ki podpira posamezen preventivni pristop na področju drog
(Vir: Korač, Kumše, Krek: Raziskava o uporabi drog med študenti Univerze v Ljubljani, 2008)

Študenti so bili v anketi tudi zaproseni, naj ocenijo posamezne oblike programov pomoči in zdravljenja odvisnosti od drog. Največjo podporo so dali terapevtskim skupnostim in najmanjšo varnim sobam, ki nudijo uporabnikom drog varno injiciranje heroina in uporabo drugih drog. Relativno nizko podporo je dobilo tudi zdravljenje odvisnosti od drog z metadonom.



Slika 3. Delež študentov, ki podpira posamezno obliko obravnave in zdravljenja odvisnosti od drog (Vir: Korač, Kumše, Krek: Raziskava o uporabi drog med študenti Univerze v Ljubljani, 2008)

Poznavanje preventivnih programov in ocena njihovega delovanja

Na vprašanje ali poznajo vsaj en program, ki se ukvarja s preventivo ali zdravljenjem odvisnosti od prepovedanih drog je večina študentov, in sicer kar 67 %, odgovorilo z Ne. Večina študentov (53,6%) je mnenja, da bi preventivnih programov na tem področju lahko bilo več in 31,5% jih meni, da so ti programi premalo opazni.

Stališče študentov do legalizacije marihuane

Legalizacija marihuane je v družbi še vedno aktualno vprašanje. Vsako leto se v Sloveniji organizira tudi marihuana marš, ki je namenjen promociji marihuane, njene uporabe in legalizacije. Na vprašanje, ali bi morali legalizirati marihuano, se je pozitivno opredelilo 31,3 % študentov, 54,7 % jih je bilo proti, 14 % pa se jih ni opredelilo. Večina študentov v raziskavi ni podprla legalizacije marihuane.

Organizacija zabav brez uporabe drog in alkohola

Večina študentov (83,7 %) meni, da se da zabavo organizirati tudi brez uporabe alkohola. 85 študentov od 521 anketiranih pa meni, da je mogoče dobro zabavo organizirati le takrat, ko imajo na razpolago tudi alkoholne pijače. Velika večina študentov (97,9 %) pa

meni, da se lahko dobro zabavo organizira brez uživanja prepovedanih drog. Le 11 študentov od 521 anketiranih meni, da je na dobri zabavi treba uživati tudi prepovedane droge.

ZAKLJUČEK

Z raziskavo smo dobili pregled nad uporabo drog med študenti na UL. Podatke smo zbirali na inovativen način prek elektronskega vprašalnika, in sicer med izvajanjem načrtovanega sistematskega zdravstvenega pregleda študentov zadnjih letnikov ljubljanske univerze. Njihova povprečna starost je bila zato čez 24 let.

Najpogostejše so študentje v svojem življenju uživali alkohol in tobak. Več kot polovica jih je že uživala marihuano, kar je bistveno več, kot navaja raziskava ESPAD med srednješolci prvega letnika srednje šole. Gobice in LSD je že uporabljalo 4,8 % študentov, 4,2 % jih je že uporabljalo ekstazi, 3,3 % kokain in 0,2 % metadon, 0,2 % anabolične in 0,2 % heroin. Delež študentov, ki so v času študija prvič uporabili posamezno drogo, kaže na to, da je večina študentov prvič uporabila drogo pred vstopom v visokošolski študij in da se v času študija le redki odločajo, da bi prvič uporabili drogo. Iz prikazanih podatkov lahko sklepamo, da se je relativno velik delež študentov odločil za prenehanje uporabe drog ravno v času študija.

Drogo pridobivajo študentje na različne načine, vendar se zdi, da je večina drog pridobljena v njihovi socialni mreži od sorodnikov, sovrstnikov itd. Najbolj dostopna se jim zdi marihuana, najmanj pa crack in heroin. Študentje že opazajo posledice, ki jih droge puščajo na njihovem zdravju. Večina jih še ne ocenjuje, da so odvisni od njih. Uporaba drog je včasih povezana tudi z različnimi neprijetnimi dogodki, kot so nesreče, pretepi itd. Nekateri študenti so se zaradi neustreznega vedenja že srečali s policijo. Med njimi so tudi taki, ki so bili zaradi posledic uporabe drog prepeljeni v bolnišnico. Nekateri so imeli pod vplivom drog spolni odnos, ki so ga kasneje obžalovali, in nekateri so pod vplivom drog že povzročili prometno nesrečo. Večina študentov meni, da se lahko dobro zabavo organizira tudi brez alkohola in drog.

V primeru težav bi največ študentov poiskalo pomoč med bližnjimi, prijatelji in starši, le manjši del bi pa v programih zdravljenja odvisnosti in pri zdravnikih.

Dve tretjini študentov slabo pozna preventivne programe, ki se ukvarjajo s preventivo ali zdravljenjem odvisnosti od prepovedanih drog. Večina meni da bi preventivnih programov lahko bilo več, tretjina pa jih meni, da so programi premalo opazni. Študentje najbolj podpirajo preventivo prek medijev, delavnic in predavanj ter spletnih strani in najmanj v obliki zložen, vrstniških preventiv in stripov. Največji delež študentov podpira zdravljenje v terapevtskih skupnostih in psihiatričnih ustanovah. Najmanj pa podpirajo nadomestno zdravljenje z metadonom in varne sobe. prve takšne podatke, ki bi nato služili načrtovanju preventivnih ukrepov in novih strategij pri soočanju s problematiko drog med študentsko populacijo ter h krepitvi zaščitnih dejavnikov.

Z raziskavo smo uspeli dobiti prve podatke o uporabi drog med populacijo študentov UL. Upamo, da bodo lahko služili načrtovanju preventivnih ukrepov in novih strategij pri soočanju s problematiko drog med študentsko populacijo ter h krepitvi zaščitnih dejavnikov.

LITERATURA

1. Logan AJ, Kandel DB. Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *AJPH* 1984; 74: 660-666.
2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Handbook for surveys on drug use among the general population. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, Lisbon, EMCDDA, August 2002.
3. Lowry R, Holtzman D, Truman BI in sod. Substance use and HIV-related sexual behaviors among US high school students: are they related? *Am J Public Health* 1994; 84: 1116-1120.
4. Sussman S, Pentz MA, Spruijt-Metz D, Miller T. Misuse of »study drugs:« prevalence, consequences, and implications for policy. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2006; 1: 15.
5. Blanken AJ. Measuring Use of Alcohol and Other Drugs Among Adolescents. *Am J Public Health* 1993; 108: 25-30.
6. McCabe SE, Boyd CJ, James A, Cranford JA in sod. A modified version of the Drug Abuse Screening Test among undergraduate students. *J Subst Abuse Treat* 2006; 31(3): 297-303.
7. Wu LT, Schlenger WE, Galvin DM. Concurrent Use of Methamphetamine, MDMA, LSD, Ketamine, GHB, and Flunitrazepam among American Youths. *Drug Alcohol Depend* 2006; 84(1): 102-113.
8. Kenna GA, Lewi DC. Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare professionals. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2008; 3: 3.
9. Garrison CZ, McKeown RE, Valois RF, Vincent ML. Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students. *Am J Public Health* 1993; 83: 179-184.
10. Chen K, Kandel DB. The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *Am J Public Health*. 1995; 85(1): 41-47.
11. Kandel D, Single E, Kessler RC. The epidemiology of drug use among New York State high school students: distribution, trends, and change in rates of use. *Am J Public Health* 1976; 66: 43-53.
12. McCabe SE, Cranford JA, Morales M, Young A. Simultaneous and concurrent poly-drug use of alcohol and prescription drugs: Prevalence, correlates, and consequences. *J Stud Alcohol* 2006; 67: 529-537.
13. Seiden RH, Tomlinson KR, O'Carroll M. Patterns of Marijuana Use among Public Health Students. *Am J Public Health* 1975; 65(6): 613-621.
14. Des Jarlais C in sod. Using standardized methods for research on HIV and injecting drug use in developing/transitional countries: case study from the WHO Drug Injection Study Phase II. *BMC Public Health* 2006; 6: 54.
15. Wodak A, Reinerman C, Cohen P in sod. Cannabis control: costs outweigh the benefits. For and Against. *BMJ* 2002; 324: 105-108.
16. Stoduto G, Adlaf EM. Drinking and driving among Ontario high school students, 1977-1995. *Can J Public Health* 1996; 87(3): 187-8.
17. Sande, M. Na spidu: sintetične droge in obiskovanje prirediteljev elektronske glasbe. Ljubljana: DrogArt, 2002.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ZDRAVJE ŠTUDENTOV V SLOVENIJI

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

Uredila: Mojca Juričič

Prevodi izvlečkov:/ Translation of abstracts: Špela Stritar Haddad

Zunanja oprema: Nina Šuštaršič Remic

Priprava za tisk: DTP STUDIO, Čeh Damijan s.p., Sežana

Naklada: 100

Ljubljana, april 2012

