

Osnove in načela zdravstvene vzgoje

(Nekaj okvirnih in teoretičnih napotkov)

Dr. Dušan Reja

Poleg vse večjega zanimanja za zdravstveno vzgojo in pa vsestranske pomoči, ki nam jo za to dejavnost nudijo organizacije in ustanove iz raznih družbenih sektorjev, lahko posebno v zadnjih nekaj letih ugotavljamo znaten napredek v konceptiji sami kakor tudi v kvaliteti zdravstvenovzgojnega dela v praksi. Do te ravni v zdravstveni vzgoji, ob kateri se nam odpirajo še vse večje možnosti v zajetju kakor tudi v uspešnosti zdravstvenovzgojnega dela, je pripomoglo predvsem dejstvo, da se vedno bolj in bolj uveljavljajo sodobna načela, ki služijo za osnovo pri študiju kakor tudi pri načrtovanju in izvajanju zdravstvenoprosvetnih oziroma zdravstvenovzgojnih programov. Ta načela se nanašajo na planiranje programov, na izbiro in uporabo metod in sredstev ter končno na evalvacijo v zdravstveni vzgoji.

Vsekakor bo medsebojnemu razumevanju samo v korist, če skušamo najprej določiti in se zediniti ne sicer za popolno, pa vendar vsaj kolikor toliko zadovoljivo definicijo: Kaj je zdravstvena vzgoja? Ta definicija namreč ima v svetu toliko različnih oblik, kolikor je njenih interpretov.

Zdravstveni delavci opredeljujejo zdravstveno vzgojo nekako takole: V smislu sodobne definicije zdravja in po današnjem pojmovanju pozitivnega zdravja vzgaja zdravstvena vzgoja telesno in duševno zdravega človeka, ki se bo znal prilagoditi in si ustvariti takšne življenjske pogoje in takšno socialno okolje, v katerem bo svoje telesne in duševne sposobnosti ter delovno storilnost razvil do najvišje možne stopnje. Nadalje vzgaja človeka v zavesti, da ima do zdravja ne le pravico, temveč tudi dolžnosti.

V pedagoškem in psihološkem smislu je zdravstvena vzgoja dejavnost, ki z motivacijo in poučevanjem posreduje človeku takšne izkušnje, da more vskladiti svoje razumske in čustvene odnose, stališča in obnašanje do sodobnih zdravstvenih vprašanj in načel.

Družbeni delavec pa bi rekel: Zdravstvena vzgoja pomaga ljudstvu, da doseže zdravje s svojim naporom in s svojo iniciativo. Zdravstvena vzgoja vzbuja pri ljudeh smisel, da si izboljšujejo življenjske pogoje, in teži za tem, da razvije pri ljudeh občutek odgovornosti za njih lastno individualno zdravje kakor tudi za zdravje njihove družine in skupnosti.

Skrb za zdravje je samo en element v skrbi za človeka in zdravstvena vzgoja samo en faktor, ki izboljšuje zdravje in socialne pogoje. Zdravstvena vzgoja je važen činitelj, zato ga je treba vključiti med ostale družbene, gospodarske, zdravstvene, vzgojne in morda tudi politične napore neke skupnosti.

Te tri definicije se med seboj izpopolnjujejo in iz njih je razviden končni cilj zdravstvene vzgoje: »Vzgajati higiensko zavestnega, še več, zdravstveno

zavestnega, skratka zdravstveno kulturnega človeka, in doseči, da bo skupnost smatrala zdravje za visoko vrednoto«. Seveda pa ne smemo izpred oči izgubiti dejstva, da je vrednota, ki nam pomeni zdravje, da je ta vrednota odvisna od družbene organizacije, od stopnje splošne vzgoje, od skrbi, ki jo skupnost posveča svojim članom, nadalje od ekonomskih pogojev za izboljšanje življenja družin ter od števila in sposobnosti zdravstvenih delavcev v neki skupnosti. Med te zdravstvene delavce brez dvoma sodijo v prvi vrsti medicinske sestre, in sicer ne glede na to, na katerem delovnem mestu se udeležujejo.

Če se strinjamo, da sprejemanje informacij in golo znanje še ne spremenita človeka in da je potrebno še marsikaj povsem drugega, da se pridobljeno znanje resnično prenese tudi v življenje, smo se s tem že oddaljili od doslej pretežno ekstenzivnega, rekli bi predvsem v širino usmerjenega, vse bolj informativnega, recimo formalnega zdravstvenoprosvetnega dela, ki ga mnogi z vso pravico imenujejo zdravstveno propagando, in se približali pojmu moderne in funkcionalne zdravstvene vzgoje.

Kdor spremlja tujo strokovno literaturo, bo tu pa tam maletel tudi na izraze, ki označujejo še razne vmesne stopnje v razvoju zdravstvene vzgoje. Eno od teh stopenj imenujejo progresivno zdravstveno vzgojo. Morda se je ta izoblikovala kot protiutež, kot nekakšen odpor proti formalni zdravstveni vzgoji oziroma raznim administrativnim, dostikrat zelo avtoritativno izvajanim zdravstvenoprosvetnim ukrepom. Značilno za progresivno zdravstveno vzgojo je, da je vsa pobuda in vse dogajanje v zdravstveni vzgoji prepuščeno volji, sposobnosti, pripravljenosti, možnosti in interesom posameznih skupin prebivalstva. Prepustiti vso odgovornost za zdravstveno vzgojo popolnoma in samo ljudstvu pa je brez dvoma ekstremen in tudi kaj tvegan poskus.

Toda povrnimo se k moderni in funkcionalni zdravstveni vzgoji in oglejmo si osnove, glavna načela in njene svojstvenosti, to pa predvsem glede na dejavnost medicinske sestre.

Prav gotovo zdravstvena vzgoja ni več samo neko zdravstveno področje, neka strokovna veja socialne medicine, temveč faktor splošne vzgoje, splošnega napredka, ki doprinaša velik delež k oblikovanju posameznikove osebnosti pri njegovem ponašanju nasproti okolju kakor tudi k ustvarjanju harmoničnih medčloveških odnosov v družbi oziroma v posameznih skupinah družbe.

V mnogih progresivnih državah je zdravstvena vzgoja važen in sestavni del celotnega družbenega programa.

Iz tega sledi, da sodobna zdravstvena vzgoja že dolgo ni več zgolj poprišče samo zdravstvenih in prosvetnih delavcev, temveč je postala teamsko delo, v katerem enakovredno sodelujejo psihologi, socialni antropologi, sociologi, ekonomisti, agronomi, veterinarji, novinarji, likovniki itd.

Sodobna zdravstvena vzgoja osnavlja svoje delo na prostovoljnosti in pripravljenosti ljudstva za sodelovanje v zdravstveni vzgoji. Njena prava demokratičnost pa je v tem, da si tam, koder še ni pogojev za poglobljen zdravstvenovzgojni proces ali koder je treba ljudstvu takoj pomagati iz nujne in nevarne situacije (kadar na primer ljudsko zdravje ogrožajo razne epidemije itd.), tolerira in si pomaga tudi z ekstenzivnim, čeprav samo informativnim zdravstvenopropagandnim oziroma prosvetnim delom. S tem imamo v mislih razna množična predavanja, zdravstvenoprosvetne akcije itd. Seveda pa je med metodo enega in metodo drugega dela treba vzpostaviti sorazmerje in pri tem tudi vztrajati.

Če se ozremo na situacijo, v kateri je bila naša država po vojni, in na vse tedanje številne zdravstvene probleme, torej na situacijo, ki jo lahko primerjamo s stanjem nujne nevarnosti, potem je razumljivo, da je bilo zaradi čim hitrejše sanacije tedanjih zdravstvenih razmer potrebno pač ekstenzivno, čeprav zgolj informativno zdravstvenoprosvetno delo.

Pri tej ugotovitvi sem se zadržal dlje prav zato, ker se še vedno veliko število zdravstvenih vzgojiteljev, ki že po zakonu vztrajnosti, dostikrat pa tudi zaradi oportuniteti še vedno ostajajo pri tej metodi in iščejo pri svojem delu hitre in številčno lepo zveneče rezultate.

Končno pa nikoli ne smemo pozabiti, da mora zdravstvena vzgoja brez-pogojno graditi na obstoječih izkušnjah.

Tematika v zdravstveni vzgoji

Poznan je citat odgovornega francoskega javnega zdravstvenega delavca, ki pravi: Zdravstvena služba ne more ne v vsakdanji praksi in ne v razvoju samem napraviti nič solidnega, nič trajnega in nič uspešnega brez sistematične in intenzivne zdravstvene vzgoje.

To velja na splošno za vso zdravstveno službo. Vendar naj se tu omejim samo na določena zdravstvena področja, pri reševanju katerih igra zdravstvena vzgoja zelo važno, če ne celo odločilno vlogo.

Zdravstvena tematika, ki jo obravnava zdravstvena vzgoja, mora biti aktualna, bodisi da izhaja njen izbor iz proučevanja vsakokratne časovno in krajevno pogojene zdravstvene problematike in iz dejanskih potreb terena ali pa jo narekuje perspektivni razvoj zdravstvenih razmer oziroma splošni kulturni, socialni in ekonomski razvoj neke skupnosti.

Prav zaradi tega je prednost, vrstni red, obseg zajetja in kakovost v obravnavanju zdravstvenovzgojne tematike eden izmed zanesljivih kazateljev splošnih zdravstvenih razmer, skratka merilo za stopnjo zdravstvene zavesti in pa naporov, ki jih zdravstvena služba doprinaša za izboljšanje zdravstvenega stanja neke skupnosti.

Začnimo z osrednjim problemom »Zdravstvena zaščita matere in otroka«.

Zdravstvena vzgoja rešuje probleme, katerih ni mogoče urediti z raznimi predpisi in zakoni. Zdravstvena zaščita matere in otroka je v zdravstvu brez dvoma področje, v katerem ne moremo uveljaviti zdravstvene zakonodaje. Tako na primer zakonodaja lahko predpiše cepljenje otrok in vodi tudi kontrolo nad izvedbo, ne more pa predpisati, da se morajo izvajati osnove za pravilno nego in prehrano dojenčkov, za higiensko življenje žena in nosečnic, za harmonične odnose v družini itd. Vse to lahko dosežemo le z določeno stopnjo zdravstvene prosvetljenosti in s pripravljenostjo žena in mater za aktivno sodelovanje v naporih, ki jih temu problemu posveča naša skupnost.

Nalezljive bolezni. Evitabilna vrednost zdravstvene vzgoje, ki je v tem, da se z njeno pomočjo ognemo zdravstvene škode, pride v poštev predvsem pri preprečevanju nalezljivih bolezni. Tako n. pr. je odziv na razna cepljenja, pa naj bodo prostovoljna ali obvezna, odvisen v večji meri od prepričanosti prizadetih kakor pa od zakonske obveznosti.

Socialne bolezni in zla. To so n. pr. tuberkuloza, alkoholizem, rak, revmatična obolenja in pa bolezni civilizacije, vse od ploskih nog pa do menažerske bolezni. Zdravstvena vzgoja pomaga pri odkrivanju skritih obolenj in obolenj, katerih začetni znaki niso dovolj vidni in so težko razpoznavni (navajanje ljudi na sistematične preglede, pravočasno zdravljenje, odvratanje patogenih faktorjev itd.).

Nesreče — travmatizem. Preprečevanje nesreč v industriji, doma (n. pr. opekline pri otrocih itd.).

Okolje. Če primerjamo številnost obolevanja in strukturo obolevanja pri nas in v bolj razvitih deželah, vidimo bistveno razliko.

Tako so pri nas najštevilnejša še vedno obolenja, ki so se drugod že pomaknila na zadnja mesta v strukturi lestvici obolenj.

Za primer, v katerem vrstnem redu si po številnosti sledijo posamezne skupine obolenj, si oglejmo strukturo obolevnosti med socialnimi zavarovanci:

1. Obolenja dihal — (pot na delo, slabi pogoji pri delu, gostota stanovanj, splošna neodpornost organizma);

2. Prebavila (želodčna vnetja, enteritis) — (slabe menze, nehigiensko pripravljanje hrane);

3. Gnojna vnetja kože (panaricij) — (nehigienski delovni pogoji, nemožnost umivanja, nezadostna in nepravilna prva pomoč pri poškodbah);

4. Nezgode v industriji, doma in v prometu — (pot na delo, preutrujenost, nezadostna tehnična zaščita, nepazljivost).

Zaradi nezgod je pri nas 4—6% izostankov z dela, torej več kakor v nekatereh razvitejših državah zaradi vseh drugih bolezni.

5. Revmatizem;

6. Živčne bolezni;

7. Ženske bolezni;

8. Krvna obtočila;

9. Novotvorbe.

Če analiziramo vzroke visoke obolevnosti, vidimo, da je njih karakteristika obupna, namreč v tem, da so obolenja predvsem posledica raznih patogenih faktorjev v okolju, kot so primitivne higienske razmere, slaba stanovanja, slabi delovni pogoji, večja izpostavljenost raznim infekcijam. Te slabe sanitarne razmere so posledica objektivnih težav naše tehnično manj razvite dežele, na drugi strani pa tudi posledica subjektivnih činiteljev, kot je nizka higienska zavest itd.

Prehrana. Nepravilna, neuravnovešena prehrana izzove razna obolenja, predvsem zmanjša odpornost organizma. (Vzrok ni samo ekonomski, temveč tudi neznanje, nepravilne prehranske navade, nepravilno izkoriščanje prehrane, kot n. pr. sadja za alkohol itd.)

Duševna higiena. Duševno zdravje ni samo stanje, kadar človek ne kaže očitnih psihičnih motenj, in tudi ni samo sposobnost prilagoditi se danemu okolju. Karakteristična za duševno zdravje je sposobnost, da umemo ustvarjati harmonične odnose v družini, nadalje sposobnost, da človek svoje instinkte, ki bi lahko privedli do konfliktov, usmerja po poti harmoničnih izrazov in do popolne realizacije svojih pozitivnih sposobnosti.

Mentalna ali duševna higiena sestoji iz dejavnosti in tehnike, ki pospešuje, vzdržuje in ohranja duševno zdravje. Duševna higiena posreduje posamezniku in skupini izkušnje, ki stopnjujejo čustveno razumevanje in modirajo njegovo ponašanje v smeri zdravih medosebnih odnosov in zdravega razvoja osebnosti. Izvajanje principov duševne higiene ustvarja pogoje za zdrav duševni razvoj, oblikuje harmonično uravnovešene osebnosti, ki so sposobne razumeti težke situacije v življenju in zmožne najti iz njih tudi izhod. Mentalno zdrav človek, čeprav ga od časa do časa zajamejo čustveni pretresi, bo našel zopet sam sebe, medtem ko duševno labilne osebe klonejo, postanejo psihonevrotiki ali pa se skušajo rešiti iz težkih situacij z begom v bolezen, v alkoholizem in podobno.

Nas zanimajo predvsem mentalno higienska vprašanja, kot n. pr.: Odnosi med starši in otroki. — Odnosi med zakonci (odnosi do noseče žene). — Ločitev otrok od matere v času hospitalizacije. — Odnosi med učiteljem in otroki v šoli. — Odnosi do fizično ali psihično prizadetih otrok, odnosi do starih ljudi, do invalidov, do bolnikov, medosebni odnosi na delovnem mestu itd.

Rekreacija — relaksacija (oddihi — sprostitve).

Napačno pojmovanje oddiha, nepravilno uporabljanje prostega časa na letnem dopustu.

Rehabilitacija profesionalna in socialna — invalidov, tuberkuloznih bolnikov, kroničnih bolnikov, alkoholikov, nevrotikov itd. Delo s prizadetimi, s svojci, z okolico. Delovna terapija.

Rehabilitacija profesionalna in socialna — invalidov, tuberkuloznih bolnikov, kroničnih bolnikov, alkoholikov, z okolico. Delovna terapija.

Adaptacija bolnikov na bolnico (stari ljudje in ponesrečenci) — pomagati jim, da se prilagode novemu položaju.

Zdravstveni minimum. Ustvarjanje higienskih navad. Že v rani mladosti je posredovati vsakemu državljanu potrebno osnovno znanje za zdrav način življenja, in to že za časa obveznega šolanja. Specialni zdravstveni minimum za bodoče matere, za delavce na raznih delovnih mestih itd.

Vzgoja

V sodobnem pojmovanju igra pri obravnavi teh problemov nesporno vlogo vzgoja. Izhodišče te vzgoje je vzgoja mladih ljudi, ki naj traja iz predšolske dobe skozi vso šolsko dobo prav do prve nosečnosti oziroma ustanovitve družine. Že obvezna šola mora dati vsakemu mlademu državljanu tisto osnovo, ki mu je potrebna za pravilne poglede in odnose do zdravja.

Seveda pri tem ne smemo pozabiti na odrasle, ki so že zapustili šolo in in ki pomenijo pedagoški problem zase. Pri njih je veliko težje doseči, da bi vskladili svoje poglede in interese z interesi javnega zdravja in da bi spremenili svoje dosedanje nepravilne poglede in življenjske navade.

Zdravstveni vzgojitelji

Vprašanje potrebnih kadrov s potrebno medicinsko in pedagoško izobrazbo.

Kdo so zdravstveni vzgojitelji, zdravstveni delavci, prosvetni delavci, starši itd.

Kadar govorimo o nalogah zdravstvenih delavcev v zdravstveni vzgoji, ne mislimo pri tem na kakšne posebne in nove naloge in tudi ne mislimo iz medicinskih sester oblikovati poklicne zdravstvene vzgojitelje. Zdravstvena vzgoja mora biti medicinski sestri sestavni del njenega vsakdanjega poklicnega dela, pa naj bo to na delu v bolnici, v ambulanti, v posvetovalnici ali v patronažni službi. Njeno glavno vzgojno področje so bolniki, svojci bolnika, okolica bolnika in razne starostne in interesne skupine prebivalstva, dojenčki, predšolski otroci, šolska mladina, pošolska mladina, mlade žene, matere, starši in tako dalje.

Zdravstveni delavci se često ne zavedajo, da hote ali nehote vzgojno vplivajo na svojo okolico, in to s svojimi odnosi do bolnikov, z odnosi do sodelavcev, s svojimi izjavami in tudi s svojim privatnim življenjem.

Metode

Večina metod spada v enega ali drugega od dveh glavnih tipov. Poznamo enosmerne, pasivne didaktične metode, ki temeljijo na dajahju neposrednih informacij posamezniku ali skupini. Semkaj prištevamo predavanja, filme, radio, letake, članke itd.

Druga skupina so pa tako imenovane dvosmerne, aktivne metode, ki temeljijo na izmenjavi znanja med dvema ali več osebami. Seveda je potrebno, da imajo ljudje še neko znanje, neke interese in stališča in da so za snov motivirani. Od teh metod sta najvažnejša intervju in delo v mali skupini, medtem ko zahtevajo metode, kot so panel diskusija (po naše bi rekli omizna diskusija s poslušalci), igranje tuje vloge itd., več sodelavcev, pa tudi več izkušenj in znanja v tehnični izvedbi.

Za medicinsko sestro je važno predvsem, da obvlada tehniko intervjuja in delo v mali skupini, za kar je potrebno, da tudi sama doživi proces in rast skupinskega dela ter osnove dinamične psihologije, predvsem pojem motivacije (biološki motivi, seksualni nagon, materinski motiv, tešenje gladu, streha nad glavo, izogibanje bolečinam, utrujenosti, dalje socialni motivi, potreba po osebnem uspehu, pohvali in priznanju, pripadnost skupini, zavest, da ga ima nekdo rad, da ga cenijo, da mu priznajo vrednost, da pride do izraza, končno da ga navdaja občutek gotovosti, da ga nihče ne bo čustveno prizadel, motiv identifikacije itd.).

Pojem empatije. Empatijo imenujemo sposobnost, da razumemo in cenimo čustvo druge osebe, ne da bi pri tem bili sami emocionalno prizadeti in bi tako izgubili moč presoje.

Glede intervjuja nekaj napotkov:

Intervju je treba voditi v atmosferi zaupanja, iskrenega zanimanja, do pacienta pa biti spoštljiv in poln razumevanja za njegove težave.

Gledati moramo, da zadovoljimo čim več njegovih motivov. Mnogokrat je treba velik del intervjuja porabiti, da pacienta rešimo tesnobe. Učenje in dajanje napotkov je namreč lahko uspešno edinole, ko se ljudje vsaj relativno iznebijo strahu.

Naučiti se je treba, da bolnika poslušamo in opazujemo, kadar govori ali je tiho. Imeti moramo sposobnost, da odkrijemo, kar se skriva za izgovorjeno besedo, razumeti moramo prekinitve v kontinuiteti govora, ravno tako morebitna protislovja v bolnikovem navajanju. Zdravstveni delavec se mora zave-

dati, da bolnik občuti mnogo več strahu in tesnobe, kot je lahko prizna. Bolnik ne more spremeniti svojega stališča, če ga zdravstveni delavec z odklonilnim stališčem spravi v tesnobo ali pa se proti njemu celo agresivno obnaša. V času vsakega intervjuja se manifestira tako imenovana nonverbalna komunikacija (razgovor brez besed). Stališča, čustva in misli dostikrat prenašamo nenamerno z držo, s kretnjami, z mimiko v obrazu, s tonom, govorom in tako dalje.

Nuditi moramo pacientu možnost umika. Zdravstveni delavec se mora zavedati, da so mnogi vzroki človekovega ponašanja podzavestni, pa bo potem lahko mnogo bolj toleranten nasproti bolniku. Biti si mora na jasnem glede svojih stališč in motivov ter vedeti za njih posledice glede na odnose z drugimi osebami. Docela razumljivo je, da nas nekateri bolniki bolj privlačijo. Važno pa je, da se tega zavedamo in uvidimo, da to vpliva na človeške odnose. Zdravstveni delavec mora razlikovati empatijo (sposobnost, da razumemo situacijo drugega človeka in da razumemo, kaj se skriva za njegovim obnašanjem) od simpatije (manifestna udeležba v občutjih in čustvih druge osebe). Odkrito izražanje simpatije lahko samo ojači čustvene težave bolnika in mu otežkoča izpoved.

Nekaj primerov:

Ambivalenca (nasprotujoče si emocije, ljubezen in mržnja ali boljše strah), pa naj bo zavestna ali podzavestna, na primer pri bodoči materi. (Otrok z napakami, težak porod, spremembe, ambivalenca pri možu.)

Mati z malim otrokom v posvetovalnici. Želi nekaj več kot recept in nasvet glede diete. Takole prvo srečanje z zdravnikom je prva izkušnja malega otroka v zvezi z njegovim zdravjem. Ta lahko pomeni zanj travmo ali pa je pravilno integrirana (vključena) v njegovo osebnost.

Na srcu bolni. Zdravnik navadno ne misli, kako vpliva njegova diagnoza na nepripravljenega bolnika. Pogosto ga celo zastraši. Bolnik lahko fiksira strah v svojem srcu in stanje se mu poslabša. Posledice: izolacija, hipohondrija. Strah zaradi ostrih predpisov diete.

Solski otrok. Zdravnik kritizira otroka javno zaradi nečistoče. Prizadeto je otrokovo čustvo, njegov občutek skupinske pripadnosti. Močna travma, ki negativno vpliva na probleme življenja in zdravja. (Izogiblje se pregledov, ne kaže interesa za probleme, ki jih skupnost želi rešiti.)

Avdiovizualna sredstva

Ne smejo biti sama sebi namen, temveč morajo biti sestavni del neke določene metode v zdravstvenovzgojnem programu.

Delo v skupnosti

S tem hočem reči, da ne moremo reševati nekega zdravstvenega problema izolirano, ne da bi pri tem pritegnili k sodelovanju celo skupnost. Uspeh zdravstvenovzgojnega dela v skupnosti je odvisen od tega, kako in koliko medsebojno sodeluje team ustreznih strokovnjakov, team ljudi, ki imajo vpliv na skupnost, odvisen pa tudi od vzajemne pomoči in sodelovanja vseh služb, na primer zdravstvene, prosvetne službe, ter končno od ustanov in podjetij, ki lahko tako ali drugače doprinesejo k sanaciji nekega zdravstvenega problema.

Evalvacija v zdravstveni vzgoji

V zdravstvenovzgojno delo se pri nas že vsa leta vlaga mnogo materialnih sredstev, idejnih prizadevanj, še več pa požrtvovalnega dela, ki so ga opravili naši zdravstveni in prosvetni delavci in pa številni prostovoljni sodelavci iz različnih družbenih sektorjev.

Pri ocenjevanju uspešnosti zdravstvenoprosvetnega in vzgojnega dela se pa še vse pre pogosto dogaja, da opravljeno delo (število predavanj, tečajev, razdeljenih letakov, brošur, število prebeljenih hiš, postavljenih stranišč itd.) zamenjujejo z uspehom tega dela. Dosedanje izkušnje kažejo, da so vse te akcije, ki priložnostno dajejo sicer lepe statistične podatke, brez trajne vrednosti, če niso plod predhodne sistematične vzgoje prebivalstva. Šele ta daje tem akcijam pravi uspeh in trajno vrednost.

Evalvacija je postopek, s katerim lahko merimo uspešnost zdravstvenovzgojnega dela. Evalvacija nam s pomočjo anket in testov ocenjuje pravo vrednost in uspešnost zdravstvenovzgojnih metod, sredstev in programov ter nam obenem nakazuje, kako bi z morebitno izbiro metod in sredstev dosegli večji uspeh. Možnost tega merjenja pa je odvisna od zrelosti in jasnosti koncepcije v zdravstveni vzgoji.

Tako imenovana primitivna, rekli bi poenostavljena evalvacija, ki jo lahko uporablja zdravstveni vzgojitelj v svojem vsakdanjem delu, pa temelji na izkušnjah, na samokritičnosti v delu, na zdravem razumu in omogoča pravilno izbiro metod in zdravstvenovzgojnih sredstev, ki bodo v danih situacijah zagotovila čim večji uspeh v zdravstvenovzgojnem delu. Nadalje nam služijo za merilo o uspešnosti dela razni kazatelji.

Poznamo dve vrsti kazateljev uspeha, z enim lahko merimo kvantitativno, medtem ko nam drugi prikazujejo le kvalitativne spremembe kot uspeh zdravstvenovzgojnega dela. Napačno pa bi bilo, če bi zdravstvenovzgojno delo ocenjevali samo z nekimi splošnimi kazatelji zdravstvenih razmer. Z zbiranjem in proučevanjem posebnih podatkov lahko izluščimo pojave in dejstva, ki so v glavnem posledica zdravstvenovzgojnega dela in nam služijo za specifične kazatelje.

Navajamo nekaj primerov:

1. Antiluetična akcija v Halozah leta 1949.

Zaradi ugotavljanja primerov obolenja za luesom je bilo treba pregledati na Wassermannovo reakcijo kakih 32 000 ljudi vseh starosti.

Področje dela karakterizira splošna kulturna, higienska in ekonomska zaostalost, velika raztresenost naselij in alkoholizem. Zaradi teh dejstev in delikatnosti same akcije je bilo pričakovati največ 50 do 60 % odziva na pregled. Z dobro pripravljeno in večmesečno zdravstveno propagando in prosvetno akcijo (razgovori, sestanki z naravnimi in profesionalnimi vodji, množična predavanja, delo v malih skupinah, intervjuji, tisk, radio, socialne in zdravstvene intervencije, fluorografija) smo dosegli nepričakovano visok odziv 93 %!

2. Borba proti veliki umrljivosti dojenčkov v Ilirski Bistrici v letih 1949 do 1951.

Visoka umrljivost dojenčkov 20,9 %, predvsem zaradi poletnih drisk in specifičnih črevesnih obolenj, med njimi v prvi vrsti dizenterije, je dala pobudo za načrtno zdravstvenovzgojno akcijo, ki jo je organiziralo Ministrstvo za

zdravstvo ob sodelovanju Klinike za otroške bolezni, organizacije AFŽ ter lokalnih upravnih, zdravstvenih, prosvetnih in družbenih faktorjev.

To področje karakterizira skrajna kulturna, higienska in ekonomska zaostalost, vražarstvo, raztresenost naselij in pomanjkanje kakršnihkoli zdravstvenih delavcev.

Po dveh letih sistematičnega dela v ustanovljenih posvetovalnicah je z intenzivno patronažno službo in z vsemi oblikami zdravstvenovzgojnega dela, predvsem z materami, ter z izvajanjem malih asanacij padla umrljivost dojenčkov v letu 1951 na 10,9%.

Z nadaljnjim sistematičnim zdravstvenovzgojnim delom pa se je umrljivost še znižala in v letu 1956 dosegla 6,5%.

3. Umrljivost dojenčkov v LR Sloveniji od 1946 do 1956.

Umrljivost dojenčkov je od 9,5% v letu 1946 postopoma padla, tako da je zadevni povpreček Slovenije znašal v letu 1956 le 4,99%, v nekaterih občinah celo samo 3% in tudi 2%, kar ustreza merilu umrljivosti dojenčkov zapadnoevropskih držav. Seveda je treba še upoštevati, da v tem obdobju niti ni bilo kakih večjih sprememb glede na splošni kulturni in ekonomski standard. Posebno vidno pa je padla umrljivost dojenčkov po letu 1951, ko se je znatno razširila mreža posvetovalnic za matere in otroke, ko se je patronažna služba številčno okrepila s posebnim ozirom na njeno zdravstvenovzgojno dejavnost v družini ter je še poseben poudarek dobila sistematična in sodobna vzgoja deklet in mater.

4. Med kazatelje, ki kažejo kvalitetne spremembe kot uspeh zdravstvenovzgojnega dela, lahko nedvomno štejemo uspehe, ki so bili ugotovljeni po petih letih tečajev Rdečega križa za žensko vaško mladino. Uspehi se kažejo v objektivno ugotovljenem higienskem napredku naše vasi in naših družin (izboljšanje osebne in stanovanjske higiene, načina prehrane, nege otrok, nege bolnikov, starih oseb, nudenje prve pomoči itd.).

Podobne kazatelje iz zdravstvenovzgojnega dela lahko ugotavljamo na slehernem sektorju zdravstvene zaščite, n. pr. v protiepidemijski službi, v borbi proti družbenim boleznim, v zaščiti matere in otroka, v šolski higieni, v higieni prehrane, v sanaciji okolja, v borbi proti travmatizmu, v rehabilitaciji, v mentalni higieni. Nadaljnji kazatelj nam je zlasti obiskovanje preventivnih zdravstvenih ustanov, odziv na množične akcije, kot n. pr. cepljenje, fluorografiranje, potem odnosi političnih in ekonomskih faktorjev do potreb zdravstvene službe, sodelovanje prosvetnih in družbenih faktorjev z zdravstveno službo itd.

Ugotavljanje kazateljev zdravstvenovzgojnega dela sploh naj bi postala metoda zdravstvenih ustanov in delavcev, po katerih bodo sproti presojali adekvatnost naporov in vloženih finančnih sredstev z uspehom zdravstvenovzgojnega dela.

Večji zdravstvenovzgojni centri pa bodo morali s pomočjo strokovnjakov postaviti osnove za evalvacijo, ki naj ne bo samo laboratorijski eksperiment, temveč sredstvo za dvižanje kakovosti v zdravstvenovzgojnem delu.

Primitivna oziroma poenostavljena evalvacija in ugotavljanje kazateljev zdravstvenovzgojnega dela pa naj bi postalo metoda zdravstvenih delavcev, po kateri bodo presojali, koliko so vloženih naporov, tako njihovi kakor vseh onih, ki pri tem sodelujejo, ter za te namene potrošena materialna sredstva v skladu z dejanskim uspehom v zdravstvenovzgojnem delu.