

# ZDRAVA DRUŽINA ZA ZDRAV NAROD

## Uvod

»...zdravje posameznika ali družine ne pomeni odsotnosti problemov, ampak sposobnost spoprijemanja z njimi.«

(Stefan Vanistendael, International Catholic Child Bureau, na seminarju, katerega pokrovitelj je bil dunajski NGO Committee on the Family, november 1992).

Združeni narodi so razglasili leto 1994 za mednarodno leto družine in poudarili, da je družina osnovna enota družbe. V skladu s tem primerno je ICN za temo mednarodnega dneva medicinskih sester – 12. 5. 1994 – izbral »Zdrave družine za zdrav narod«.

Definicij izraza »družina« je veliko. Te vključujejo:

- ljudi, ki si delijo gospodinjstvo,
- specifično skupino ljudi v tesnem odnosu, ki jih povezuje skupna zgodovina in prihodnost,
- skupino oseb, ki so povezane krvno, z imenom...
- najbolj intimno družbeno okolje in istočasno glavni vir stresa, socialne podpore: oboje vpliva na zdravje.

Ne glede na to, kako jo opredelimo, je družina tista, ki zagotavlja osnovno podporo svojim članom in služi kot temeljni kamen naroda. Družina je tudi tista, ki usmerja prihodnost naroda skozi vzgojo mladih.

Znotraj družine zdravstveno stanje vsakega člana vpliva na počutje ostalih članov in na družino kot celoto. Dokument SZO (Svetovna zdravstvena organizacija) »Zdravje za vse do leta 2000« opredeljuje zdravstveno stanje kot tisto, ki usposablja ljudi, da živijo ekonomsko in socialno produktivno življenje.

V zadnjih letih je družina doživela veliko sprememb. Ekonomski vzpon, tehnološke inovacije, modernizacija in socialni razvoj so močno vplivali na zdravstveno stanje družine. Mnoge od teh sprememb so bile pozitivne, nekatere pa so imele tudi negativne posledice. Kot pravi glavna direktorica urada Združenih narodov na Dunaju Margaret J. Anstey, zadnje »stalne spremembe... dokazujejo, da posamezniki prevzemajo vse večji nadzor nad lastno usodo in izkoriščajo dodatne možnosti za bolj raznoliko življenje. Istočasno je sposobnost mnogih družin, da bi zadovoljile osnovne potrebe, oslabela zaradi okoliščin, ki so zunaj njihovega nadzora« (Anstey, 1991).

Po vsem svetu revščina, vojne, politično zatiranje, naravne nesreče in ekonomske krize trgajo družinske vezi. V veliko primerih so družine geografsko ločene. Medtem ko nekateri člani družine ostajajo, drugi za-

čno iskati nov dom v upanju, da bodo izboljšali svoj položaj.

Poročilo v »The Family« (poročila in novice Združenih narodov) pravi, da je bila trenutna populacija migrantov po vsem svetu ocenjena na 15 milijonov. Številka ne vključuje palestinskih beguncev in pregnanih kamboških begunskih družin (v času poročila so v teku politična pogajanja, katerih posledica je lahko vrnitev teh družin v njihove domovine). Približno 80% od ocenjenih 15 milijonov je žensk in otrok.

Kriz begunskih družin je nešteto. Žrtve so prisiljene zapustiti svojo domovino zaradi konfliktov, politične nestabilnosti, naravnih nesreč in lakote. Visoki komisariat za begunce pri Združenih narodih opredeljuje etnične konflikte za glavni in naraščajoči vir beguncev in preseljenih oseb.

Obseg tega problema lahko nakaže dejstvo, da sta julija leta 1993 v nič manj kot 25 etničnih konfliktih obe strani za dosego svojih ciljev uporabljali nasilje.

Tudi družina kot ekonomska enota je pretrpela spremembe. V širšem smislu družina zagotavlja emocionalno, finančno in materialno podporo svojim članom in usposablja in motivira otroke na njihovi poti odrasčanja, ko postajajo produktivni člani družbe.

Vendar pa je težko spolnjevati vse te zahteve, kadar se številne družine srečujejo z osnovnimi problemi preživetja. Več kot milijarda ljudi po vsem svetu živi v »popolni revščini« in si ne morejo zagotoviti niti najskromnejših sredstev za življenje. Najmanj dve milijardi pa je takšnih, ki si s prihodki ne morejo zadovoljiti najosnovnejših neposrednih potreb (Jacobson, 1993).

Ženske, ki še vedno nosijo glavno odgovornost za vzdrževanje strukture družine in vzdrževanje otrok, često najbolj trpijo. Dve od treh žensk (gledano v svetovnem merilu) živita danes v revščini. Najmanj milijarda ljudi po vsem svetu nima dostopa do neoporečne vode. Večina le-teh živi na področjih, kjer za vodo za družino skrbijo ženske in dekleta. Raziskave manjšega obsega iz Afrike in Azije so pokazale, da ženske porabijo pet do sedemnajst ur tedensko za zbiranje vode iz oddaljenih virov.

Pojav, ki je značilen za večino dežel v razvoju in razvite dežele, da ženske prevzamejo posebno odgovornost in si prizadevajo za zdravje svojih družin, kar predstavlja predstopnjo razvoja kasnejšega modernega sistema zdravstvenega varstva.

Glede na poročilo SZO iz leta 1985, »so ženske tiste, od katerih se pričakuje, da bodo zdravstveno

izobraževale in vzgajale, da bodo ustvarjale zdravo domače okolje (od čiste vode do polnovredne hrane), da bodo določale velikost družine, da bodo skrbele za to, da bodo otroci cepljeni, da bodo nanje pazile v občutljivih letih, jih vodile na zdravstvene preglede, kadar bo potrebno, in da bodo skrbele za ostarele.»

Pomembna vloga medicinskih sester je, da podpirajo ženske pri njihovi odgovornosti na področju primarnega zdravstvenega varstva. Izboljšanje njihovega zdravja, izobraževanja in socialnega statusa žensk so pomembni mejniki pomoči ženskam pri izvajanju teh odgovornosti.

Namen tega dokumenta je podati povzetek pregleda mnogih problemov, ki jim je izpostavljeno zdravje družine. Obravnava številne stopnje v življenjskem ciklusu in življenjskem slogu, ki lahko vplivajo na zdravje družine, ter dejavnosti, ki podpirajo integriteto družine. Poleg tega dokument obravnava tri glavne globalne izzive, s katerimi se srečuje družina: aids, pismenost in nasilje. Nazadnje pa obravnava tudi postopke medicinskih sester, ki zagotavljajo profesionalno delovanje, s pomočjo katerega je mogoče obravnavati zdravje družine.

## Podpora družini: življenjski ciklusi

### *Zdrava nosečnost*

Specifične zdravstvene potrebe žensk so predvsem povezane z njihovo reproduktivno vlogo. Nosečnost, porod in dojenje so sami po sebi normalni procesi. Toda problemi se pojavijo, kadar je okolje pomanjkljivo in neustrezno (SZO, 1985).

Ocenjeno je bilo, da 500.000 žensk letno umre zaradi vzrokov, povezanih z nosečnostjo, večino katerih bi se dalo preprečiti. Tragedija ni le prezgodnja smrt ženske, ampak tudi posledice, ki jih ima smrt za družino.

Ena od 14 žensk v Afriki umre za posledicami poroda. V Aziji je to razmerje 1:18, v nasprotju z 1:4000 ali celo 1:7000 v industrializiranih deželah (Chlebowska, 1990).

Glavni vzrok smrti mater sta krvavitev in sepsa. Toksemija nosečnosti zahteva 20 % smrti mater v večini držav. Študije so pokazale, da si glavni vzroki za smrt mater – krvavitev, kompliciran porod, sepsa, eklampsija in septični splav niso le podobni po vsem svetu, ampak se jih da v večini primerov preprečiti.

Ustrezno obporodno varstvo je ključnega pomena za zdravje žensk in za zdravje prihodnjih rodov. Odstonost takega varstva lahko pripelje ne samo do smrti žensk in otrok, ampak tudi do inkontinence, urinarne prolapsa, urogenitalne infekcije, vezikovaginalne fistule.

Podhranjenost z anemijo je resen problem svetovnih razsežnosti v razvitih deželah in deželah v razvoju.

Vpliva na bolezen in smrtnost mater, porodno težo novorojenčka in materino sposobnost dojenja.

V mnogih državah igrajo močno vlogo miti, ki omejujejo prehranjevanje nosečnic in še dodatno izčrpavajo ženske. V Afriki, Aziji in na Srednjem vzhodu tabuji preprečujejo nosečnicam uživanje številnih živil, na primer jajc, mleka, ponekod celo sadja in zelenjave (Jakobson, 1993).

Podhranjenost in anemija med nosečnostjo povečujeta dovzetnost za nalezljive bolezni, na primer črvesne parazite in malarijo. Na področjih, kjer je malarija endemična bolezen, ženske izgubijo odpornost med prvo nosečnostjo in povečata se možnost spontanega splava in smrti. Malarija na placenti povečuje tveganje nizke porodne teže. Nosečnice so tudi bolj dovzetne za poliomielitis, gobavost, sladkorno bolezen, infekcijsko zlatenico, infekcije urogenitalnega trakta in tuberkulozo.

### *Varno materinstvo*

Iniciativa za primarno zdravstveno varstvo, razglašena leta 1978 v Alma Ati in ponovno poudarjena v Rigi 1988, s svojim ciljem za zdravje za vse, nedvomno zagotavlja okvir za varstvo nosečnic in otrok. Vendar SZO ocenjuje, da samo 60 % porodov na svetu spremlja usposobljena oseba. (Women, Health and Development, 1985). V Afriki in Južni Aziji samo pri tretjini porodov sodelujejo usposobljene osebe, v primerjavi s 64 % v Latinski Ameriki in več kot 90 % v Vzhodni Aziji in Severni Ameriki. V mnogih deželah tretjega sveta so porodničarji edini vir zdravstvenega varstva mater ali edina izbira na klinikah, ki si jo lahko privoščijo (Jacobson, 1993).

Še več, poleg tega, da same potrebujejo varnost in podporo med nosečnostjo in porodom, morajo ženske skrbeti še za zdravje družine in pogosto tudi za zdravje njihove skupnosti. Od njih pričakujejo, da bodo zagotavljale zdravo domače okolje (od čiste vode do polnovredne hrane), učile prihodnje rodove zdravega življenja, odločale o velikosti družine, skrbele za otroke, pazile, da bodo cepljeni in jih vodile na zdravstvene preglede, kadar je to potrebno, ter skrbele za ostarele.

Po podatkih UNICEFA (letno poročilo o stanju otrok po svetu 1989) je pretirana pogostost porodov v kratkih intervalih, pri materah, ki so ali premlade ali prestare, vzrok za skoraj 25 % vseh smrti mater in otrok po vsem svetu.

Čeprav starost pri poroki in porodu skoraj v vseh državah tretjega sveta narašča, je še vedno 50 % vseh porodov pri materah pod 19. letom. Porod je lahko usoden za žensko, ki še ni dosegla zrelosti. Stopnja smrtnosti pri ženskah mlajših od 19 let, je pogosto trikrat večja kot pri ženskah med 20–24 letom (Chlebowska, 1990).

Glavni cilj, ki zadeva zdravo materinstvo in je bil postavljen in splošno sprejet na Svetovnem vrhu za

otroke (World Summit of Children, 1990), je, da bi morali imeti vsi pari dostop do informacij in uslug v zvezi s preprečitvijo zanositve, ki so prezgodnje, prepogoste, prepozne ali prešteviline.

Po podatkih UNICEFA bodo ta cilj »izvajali s potrebnim prilagajanjem specifičnemu položaju določenih držav, glede na faze, standarde, prioritete in dostopnost virov in glede na kulturno, versko in družbeno tradicijo« (UNICEF, 1993).

Ostali cilji, ki so bili postavljeni na Svetovnem vrhu za otroke do leta 2000, so: zmanjšanje smrtnosti mater za 50 %, za vse nosečnice pa možnost dostopa do predporodnega varstva, strokovne pomoči pri porodu in svetovanja v primerih rizične nosečnosti in nujne porodniške pomoči.

Projekti varnega materinstva za področje vsega sveta poudarjajo rast povprečne starosti pri poroki in podaljševanje intervala med rojstvi, povečevanje števila predporodnih ambulant in števila usposobljenih oseb pri porodih, izobraževanje otrok v šolah o odgovornem spolnem življenju, zagotavljanje ustreznih zdravil in zagotavljanje kontracepcije po dostopni ceni.

Dojemljivost za posebnosti kulture je seveda ključni koncept za medicinsko sestro, ki poučuje bodoče matere o vseh vidikih osebnega varstva in varstva otroka, od dojenja do prehranjevanja družine, neoporečne vode in sanitarij, dobre higijene in obvladovanja bolezni prebavil.

### Zdravje otrok

»Z naraščanjem zaupanja v jodiranje soli – razmeroma preprost postopek – bosta oba, vlada in privatna industrija, motivirana za obogatitev ostale hrane in za »dvojno obogatitev«, na primer soli z jodom in fluoridi. Ostale prehranske proizvode je prav tako mogoče obogatiti, na primer sladkor ali čaj z vitaminom A in moko z železom.«

(David P. Haxton, »Salt producers join governments to end iron deficiency.« First Call for Children. April/June 1993).

Eno od redkih načel, ki so vsesplošno sprejeta, je, da je dojenje najboljša prehrana za novorojenčke. Junija 1991 sta SZO in UNICEF sprožila gibanje Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) – ki je spodbudilo neverjetna prizadevanja za pospeševanje in spodbujanje dojenja. Cilj pobude je bila mobilizacija sistemov zdravstvenega varstva in osebja, ki naj vzpodbuja ženske, da začno z dojenjem takoj po porodu in izključno samo dojijo od 4 do 6 mesecev.

Iniciativa zagovarja stališče, da so novorojenčki v isti sobi kot matere, zavrača hranjenje po steklenički, se zavzema za prekinitev uporabe zastoj ali poceni proizvodov za otroke in za oskrbo družine z informacijami o prednostih dojenja.

V preteklosti je mnogo bolnišnic in veliko zdravstvenega osebja, tudi medicinskih sester, aktivno od-

vračalo matere od dojenja, ločevalo matere in otroke in uporabljalo industrijsko pripravljene izdelke kot alternativo pri prehranjevanju dojenčkov. SZO poroča, da ima s stekleničko hranjen otrok v revnem okolju 15-krat večjo možnost, da bo umrl zaradi prebavnih motenj, in 4-krat večjo možnost, da bo umrl zaradi pljučnice, kot dojen dojenček.

Medicinska sestra, ki ni pripravljena pomagati ženskam, da bi dojile, ne bi smela delati z materami in otroki.

Dojenje je povezano tudi z naravnim zaviranjem ovulacije. Čeprav dojenje ni absolutno zanesljivo sredstvo preprečevanja zanositve, izkušnje kažejo, da je eno od pomembnih naravnih sredstev za zagotavljanje razmikov med rojstvi. V Afriki in Aziji dojenje preprečuje povprečje štirih potencialnih porodov na žensko (UNICEF, 1993).

Pri štirih mesecih lahko začne otrok uživati sok in žitarice, pri šestih mesecih pa lahko je hrano iz »družinskega lonca«. S tem, ko bo medicinska sestra vodila mater pri prehranjevanju otroka, jo bo tudi učila načel hranjenja cele družine – ravnovesje ogljikovih hidratov, beljakovin in maščob kot tudi nujno potrebnih vitaminov in mineralov. Medicinska sestra bo poudarjala visoko vsebnost beljakovin in nizko stopnjo maščob, pomembnost sadja in zelenjave in omejevanje soli in sladkorja.

Bolezni, ki nastanejo zaradi pomanjkanja mikrohranil, kot so anemija zaradi pomanjkanja železa, golšavost zaradi pomanjkanja joda ter kseroftalmija zaradi pomanjkanja vitamina A, je mogoče preprečiti. Medicinske sestre bodo v prvih bojnih vrstah v bitki za zatiranje teh bolezni, pri svetovanju in pomoči družinam, zavzemale se bodo za jodiranje vse soli in s tem za odpravljanje nepravilnosti, ki jih povzroča pomanjkanje joda, za dostopnost dodatkov vitamina A in podobno.

Medicinske sestre morajo zastopati enakopravno prehranjevanje otrok ne glede na spol. V nekaterih okoljih verjamejo, da dečki potrebujejo več in boljše hrano kot deklice. V mnogih okoljih gledajo na deklice, ki bodo s poroko postale članice drugih družin, kot načasne članice in so torej manj vredne od dečkov.

Vsesplošno cepljenje otrok proti kozam, davici, oslovskemu kašlju, tetanusu, otroški paralizi in tuberkulozi je cilj svetovne razsežnosti. UNICEF ocenjuje, da je več kot 80 % otrok na svetu cepljenih, cilj je v sedmih letih doseči 90 % precepljenost.

Programi cepljenja so pot, po kateri je mogoče vplivati na starše tudi v zvezi z ostalimi aktivnostmi promoviranja zdravja in učenja. Medicinska sestra lahko izkoristi te priložnosti za razgovore z družinami o terapiji oralne rehidracije in na področjih, kjer je dehidracija prebavnega trakta potencialno nevarna, za pogovore o neoporečni vodi in sanitarni ureditvi, o simptomih nevarne respiratorne infekcije in možnosti ustreznih zdravil (antibiotikov).

Primarno zdravstveno varstvo otrok vključuje nadzorovanje njihove rasti in razvoja, zagotavljanje pomoči, svetovanja, podporo staršem, emocionalno podporo, spodbujanje napredovanja zdravja in rutinsko pediatrično varstvo.

### *Zdravje adolescentov*

»Katerikoli trden izobraževalni pristop mora jasno pokazati, da načrtovanje družine vključuje več kot samo načrtovanje rojstva in izogibanje neželeni nosečnosti; mladim ljudem je treba pomagati razumeti, da je vzdrževanje družine lahko zanimivo in zadovoljujoče, ko so dovolj zreli, da bodo razumeli odgovornosti kakor tudi zadovoljstvo...«

(Fred M. Hetchinger. »Adolescent health: A generation at risk.« *Carnegie Quarterly*, Vol 37, No 4, Fall 1992, p 5).

Adolescenca je pogosto čas velikih pretresov. Proces odraščanja je čas konfliktov in negotovosti, ko svet otroštva naenkrat zamenja nov svet, ki je zelo drugačen in v mnogih pogledih tudi tvegan. Zdravje mladih ljudi je postalo pomembno področje po vsem svetu. Delno je tako zaradi naraščajočega razumevanja vpliva na te skupine na zdravje okolice. Poleg tega spreminjajoče se okoliščine, skupaj s spreminjajočimi se vedenjskimi vzorci povečujejo zdravstveno tveganje pri mladih, posebno na področju zdravega spolnega življenja.

Adolescenca je čas velikih telesnih, duševnih in čustvenih sprememb. Odraščajoči si prizadeva, da bi bil odrasel in se hkrati brani pred odraslostjo, odkriva spolnost, preskuša neodvisnost, doživlja telesne spremembe, ima različne skrbi in se sprašuje o najrazličnejših stvareh. Adolescent ima veliko potrebo po tem, da ga odrasli razumejo, po vzgoji in vodenju. V najboljšem primeru je družina vir njegove podpore, vloga zdravstvenih strokovnjakov je podpirati družino pri razvijanju življenjskega sloga.

Toda v mnogih državah po svetu otroci odraščajo brez vzgoje in vodstva staršev, brez dobrih vzorov, v globoki revščini, izkoriščani, zanemarjeni, zapuščeni. Otroci ceste, ki v mnogih državah čutijo, da jih je družba zavrgla, se združujejo v skupine in bande, v katerih podzavestno iščejo strukturo družine.

Po podatkih UNICEFA (1990) 30 milijonov otrok po vsem svetu preživi večino svojega časa na cestah, kjer služijo od časa do časa manjše količine denarja s prodajanjem časopisov, loščenjem čevljev, čuvanjem avtomobilov, čiščenjem avtomobilskih stekel. Od teh 30 milijonov jih je okoli 10 milijonov popolnoma zapuščenih, takih, ki so izgubili ali prekinili veze s svojim domom.

Medicinske sestre, usposobljene za delo z motenimi osebnostmi, izkušene v delu s skupinami in ki poznajo vedenje adolescentov, lahko iščejo možnosti dela s skupinami mladih in jim pomagajo uporabljati njihovo moč v zdrave namene.

Pri delu z adolescenti je pomembno, da spoštujemo njihovo telesno in duševno suverenost in da jim zupamo, da lahko razvijejo spretnosti, ki so potrebne za napredovanje in varovanje lastnega zdravja. Levin, profesor javnega zdravstva piše, da »je tradicija javnega zdravja v osnovi epidemiološka in klinična... tisti vidiki zdravja mladih, ki nas zanimajo, so njihovi problemi, se pravi nesreče, odvisnosti, spolno prenosljive bolezni, najstniške nosečnosti in tako naprej... Toda strategije, ki so umerjene k zmanjševanju teh problemov, morajo upoštevati dejavnike širšega družbenega in političnega konteksta, ki vplivajo na boj mladih ljudi za preživetje, rast, razumevanje in željo, da bi bili razumljeni.«

V globalnem iskanju programov, ki bi pomagali mladim ljudem, da se razvijajo v pozitivno smer, se je skupen projekt SZO in Mednarodne fundacije z mlade (International Youth Foundation, 1991) osredotočil na programe, ki so krepili zaupanje in samospoštovanje; občutek pripadnosti družini ali skupnosti, sposobnost biti nekdo in vzdrževati osebno integriteto; in kompetenco v različnih življenjskih spretnostih.

### *Načrtovanje družine*

Odgovorno starševstvo, glavna skrb vseh programov načrtovanja družine, postavlja za svoj glavni cilj, glede na UNICEF, izboljšanje preživetja, blaginje in kvalitete življenja otrok, matere in družine. Ker zaviranje prehitre rasti števila prebivalcev ostaja problem, je treba preučiti pozitivne vidike načrtovanja družine za zdravje družine.

Z načrtovanjem družine in svetovanjem o odgovornem starševstvu bi preprečili neželene nosečnosti, znižali veliko razširjenost splava in znižali stopnjo rodnosti in tako prispevali k boljšemu zdravju mater.

Glede na podatke UNICEFA (1990) živi danes po vsem svetu okoli 300 milijonov parov, ki si ne želijo več otrok, a ne uporabljajo nikakršnega učinkovitega sredstva za preprečevanje nosečnosti. Izraz »načrtovanje družine« vzbuja močna čustva na obeh straneh. V večini držav obstajajo zagovorniki in nasprotniki, z izvirnimi filozofskimi, religioznimi, kulturnimi razlikami in razlikami v politiki. Medtem ko se mnogi strinjajo glede tega, kako pomembni za otrokovo preživetje in razvoj so razmiki med porodi, pa se močno razlikujejo v sredstvih, ki naj se uporabijo za doseg te ciljev. V svojem Načrtu za akcijo (The Plan for Action) je Svetovni vrh za otroke (World Summit for Children) oznanil: »Vsi pari morajo imeti dostop do informacij o pomembnosti odgovornosti pri načrtovanju velikosti družine in o številnih prednostih, ki jih prinesejo večji časovni razmiki med otroki – preprečevanje nosečnosti, ki so prezgodnje, prepozne, preštevilne in prepogoste.«

Poleg tega Načrt za akcijo določa, da morajo biti ti cilji, tako kot ostali cilji za otroke in za razvoj v devetdesetih izvršeni »z ustreznimi prilagoditvami

specifičnim situacijam vsake države pri določanju faz, standardov, prioritet in dostopnosti virov, glede na upoštevanje kulturnih, verskih in družbenih tradicij« (UNICEF, 1993).

V svojem poročilu leta 1992 o stanju otrok po svetu (State of the World's Children), je UNICEF povzel prednosti odgovornega načrtovanja družine:

- Načrtovanje bi lahko ohranilo življenje približno 25–33 % od 500.000 žensk, ki letno umrejo zaradi vzrokov, ki so povezani z nosečnostjo in porodom. Lahko bi tudi preprečilo ogromno število invalidnosti, ki so boleče, dosmrtno, ki so pogosta posledica visoko tveganih in često nezaželenih rojstev.
- Načrtovanje družine lahko prepreči večino več kot 50.000 nelegalnih splavov, ki jih izvršujejo vsak dan in katerih rezultat je 150.000 smrti žensk letno. Lahko tudi precej zmanjša zahteve po splavu v državah, kjer je ta praksa legalna.
- Načrtovanje družine lahko drastično izboljša kvaliteto življenja žensk – kratkoročno in dolgoročno – z zmanjšanjem telesnih in duševnih bremen, ki jih povzroča preveč otrok, ki so rojeni preblizu skupaj, ali če jih je ženska imela prezgodaj ali prepozno. Lahko podaljša čas, ki je na voljo za nego otroka, za izobraževanje žensk, za poklicno usposabljanje, za služenje prihodkov, za aktivnosti v skupnosti, za osebni razvoj in za počitek in sprostitve, ki sta danes milijonom žensk v deželah v razvoju praktično neznan.
- Načrtovanje družine lahko reši življenja nekaj milijonom otrok letno. Načrtovanje družine bi preprečilo predvsem tiste porode, ki so znani kot visoko rizični – porode v obdobju dveh let po prejšnjem, porode mater mlajših od 18 let ali starejših od 35 let ali tistih, ki že imajo tri ali več otrok. Ker je večina smrti otrok povezana s temi dejavniki tveganja, bi lahko bil rezultat primerno načrtovanih razmikov med otroki zmanjšanje smrtnosti otrok.
- Načrtovanje družine lahko vidno izboljša prehrabeno zdravje otrok v vseh deželah v razvoju. Manj porodov in večji razmiki med njimi bi materam dali več časa za dojenje in odvajanje od dojenja in jim pomagalo preprečevati nizko porodno težo, ki je močno povezana z nedohranjenostjo v prvih letih življenja.
- Načrtovanje družine izboljša kakovost življenja otrok. Kakovost nege otroka – ki vključuje igro in spodbudo kot tudi zdravje in izobraževanje – neizogibno raste, če starši lahko vzgoji otrok posvetijo več časa, denarja in energije.

V letu 1993 je SZO sprejela resolucijo z zdravju mater in otrok in načrtovanju družine za zdravje (Maternal and Child Health and Family Planning for Health), ki ponovi inherentno povezavo med zdravjem, prehrano in družbenim položajem žensk na eni strani in zdravjem, rastjo in razvojem otrok in adolescentov na drugi strani. Izraža zaskrbljenost, da je bil napredek omejen v nekaj osnovnih razsežnostih pro-

grama načrtovanja zdravja mater in otrok, posebno tistih za materinsko varstvo in varstvo novorojenčkov in načrtovanje družine; da veliko držav z največjimi potrebami ni nujno pridobilo s takim razvojem; da rast in sestava prebivalstva in migracije napredku postavljajo nove prepreke; in da se nadaljuje neenakost, ki vpliva na ženske nasploh, in škodljive tradicije, kot so poroke otrok, omejevanje hrane med nosečnostjo in pohabljanje ženskih spolovil, ter ovirajo doseganje ciljev, kot so zdravje, razvoj in človeške pravice za vse člane družbe.

V svojem stališču do tega problema je ICN navedla, da imajo vsi pari in posamezniki osnovno pravico do svobodnega in odgovornega odločanja o številu otrok in presledkih med njimi, do dostopa do informacij, izobrazbe in sredstev za izvrševanje svojih odločitev. Vloga medicinske sestre v načrtovanju družine mora biti usklajena z njeno/njegovo odgovornostjo za posameznika, družino in za skupnost, s katerimi sodeluje.

Stališče tudi predlaga poti, po katerih lahko sodelujejo nacionalne zveze medicinskih sester. Nacionalne zveze lahko:

- zagotovijo, da so medicinske sestre seznanjene s prebivalstvom države, z načrti za razvoj, z metodami načrtovanja družine in dejavnostmi;
- sodelujejo z drugimi skupinami in vplivajo na oblikovanje razvoja zdravstvene politike, ki upošteva vzorce rasti prebivalstva, dejavnike okolja, ekonomske, zdravstvene in ostale socialne potrebe;
- delujejo pri izvrševanju ustreznih in kulturno primernih dejavnosti načrtovanja družine in splošno dosegljivem materinskem in otroškem zdravstvenem varstvu;
- varujejo pravice posameznikov in parov do seznanjanja s programi načrtovanja družine, do izobrazbe in uslug in pravice do odločanja o številu otrok in presledkov med njimi;
- zagotavljajo možnosti za pogovore in oblikovanje stališč v zvezi z načrtovanjem družine, ki naj vodijo stroko in njene izvajalce in
- zagotavljajo spoštovanje pravice posameznih medicinskih sester v skladu s Kodeksom medicinskih sester (ICN Code for nurses), da ne izvajajo določenih dejavnosti zaradi osebnih prepričanj (delujejo v skladu s svojimi prepričanji).

### *Zdravje ostarelih*

V mnogih državah družina tradicionalno vključuje več kot samo dve generaciji staršev in otrok; tudi stari starši pogosto delijo isti dom. Kombinirani viri financ in delitev odgovornosti je pomagalo izboljšati kakovost življenja celi družini.

Danes so najhitreje rastoča skupina prebivalstva ljudje, stari okoli 80 let in starejši (The Family, 1991). V ZDA, na primer, se je odstotek ljudi, starejših od 65 let, potrojil in trend se nadaljuje. Med letoma 1900 in

1976 se je število ljudi srednjih let z živimi starši povečalo od 10 na 47%. Do 1980 je imelo 40% odraslih otrok pri svojih poznih petdesetih letih najmanj enega živega starša, 20% takih pa je bilo v njihovih poznih šestdesetih letih (Thibodeau, 1993).

Kakorkoli že, čeprav ljudje živijo dlje, tisti nad 65 let danes predstavljajo tretjino porabnikov zdravstvenega varstva in polovico vseh sprejetih v bolnišnice (Mikulencak, 1993).

Med odraslimi, starimi 65 let in več, jih ima 80% vsaj eno kronično bolezen in potrebujejo določeno stopnjo nege, da lahko naprej živijo v svojih skupnostih. Več kot 85% tega varstva izvajajo neformalno družine ali prijatelji (Burggraf, 1993). Ostarele lahko razdelimo na tiste, ki lahko sami opravljajo svoje dnevne opravke in sami zadovoljujejo svoje dnevne potrebe, mogoče z določeno pomočjo ostalih; in na slabotne ostarele, tiste, ki so pretežno ali v celoti odvisni od drugih in potrebujejo nadzor in telesno oskrbo. Za mnoge jo zagotovijo družine.

Vendar pa zmanjšan obseg mnogih družin pomeni, da je število otrok, ki so na razpolago za delitev bremena, zelo upadlo, celo do te stopnje, da se veliko odraslih znajde v položaju, ko morajo sami skrbeti za ostarele starše.

O negi otroka je sicer precej literature, na žalost pa jo je bilo o uspešni negi ostarelih malo. Pomembno je tudi, da razumemo osnovno razliko med obema procesoma. Tisti, ki neguje otroka, je usmerjen v prihodnost, samostojnost otrok se povečuje. Nega, ki jo potrebuje ostarel človek, pa se bo kvečjemu povečevala in z njo se bo povečevala stopnja odvisnosti oskrbovanca od negovalca.

Veliko stresov je povezanih z nego staršev. Družinski člani – negovalci – imajo pogosto duševne motnje in bolezni, povezane s stresom, ker so telesno in čustveno izčrpani. Čustva, ki jih izkuša negovalec obolelega družinskega člana, so v času nege raznolika in zajemajo tako občutke krivde, čustveno prizadetost in neizbežno soočenje z izgubo kot tudi žalost, potrtost, jezo, frustracijo, osamljenost, izolacijo in strah.

Negovalci imajo lahko začetne težave pri prevzemanju pomoči. Vztrajnost je nujno potrebna pri prepričevanju negovalcev o potrebi po negi in ostalih oblikah pomoči. Dnevna oskrba ostarelih postaja sestavni del dolgoročnega, v skupnosti utemeljenega varstva v mnogih državah. Te programe po navadi podpirajo verske ustanove, bolnišnice, domovi za ostarele ali centri za odrasle. Glavni namen je pomagati posameznikom ostati v skupnosti, po navadi z usposabljanjem družine in negovalcev za nadaljnjo oskrbo osebe na domu (Eddowes, 1993).

V času, ko oskrba ostarelih prehaja od institucij na družino oziroma skupnost, zagotavlja holistični pristop zdravstvene nege temelj za ocenitev potreb. Medicinske sestre morajo igrati aktivno vlogo pri izobraževanju družinskih članov. Najnovejša študija je

opredelila tri paradigme oskrbovanja ostarelih (Thibodeau, 1993).

Prva paradigma: mlada družina, odrasli otroci so pri 30-ih in 40-ih letih z mladimi ali šoloobveznimi otroci. Njihovi starši so pri 50-ih, 60-ih letih in so relativno neodvisni in pokretni. Eden od staršev se je odločil, da se bo preselil k otrokom zaradi smrti zakonskega partnerja, finančnih težav ali strahu in osamljenosti. V takih primerih je selitev enega od staršev razumljena pozitivno s strani vseh družinskih članov. Zagotovljeni sta mu varnost in družba odraslih in vnukov, zmanjšale so se finančne skrbi. Odrasli otroci gledajo na starša kot tistega, ki prispeva k družinski finančni blaginji in ki pomaga pri varstvu otrok in vzdrževanju gospodinjstva. Otroci so veseli, ker stari starši živijo z njimi.

Druga paradigma: družina srednje starosti z odraslimi otroki pri 50-ih ali 60-ih z najstniki ali odraslimi otroki in s starši pri 70-ih ali 80-ih letih. Odrasli otroci so na vrhu svoje kariere, se bližajo upokojitvi ali pa so se pravkar upokojili, medtem ko so njihovi starši po navadi že izgubili zakonskega partnerja, so pokretni, ampak imajo zdravstvene probleme. Te družine gledajo na skupno življenje bolj ambivalentno zaradi stresov, ki so jih povzročile povečane potrebe po času, prostoru in energiji. Potrebe po povečanem času vodijo k zmanjšanju energije pri odraslih otrocih, medtem ko so najstniki lahko nejevoljni zaradi izgube prostora ali svobode.

Tretja paradigma: starejša družina: odrasli upokojeni otroci pri 60-ih ali 70-ih živijo s staršem pri poznih 80-ih ali 90-ih letih. S svojim staršem živijo že najmanj pet let. Naraščujoče zdravstvene potrebe obojih in povečana potreba po času in vlaganju energije prispevajo k temu, da ima ta življenjska izkušnja negativen predznak za vse člane družine.

Thibodeau je zaključil, da so čas, prostor in energija ključni elementi pri oskrbi staršev. Družine, v katerih potrebe niso številne, gledajo oskrbovanje staršev pozitivno. Ko pa se potrebe po času, prostoru in energiji povečajo, postane skrb za starše negativna izkušnja za vse vključene družinske člane. To verjetno velja za področje vsega sveta.

### Podpora družini: življenjski slogi

To je bilo desetletje, ko so države po vsem svetu pretresale tragične vojne, suše, poplave, izbruhi vulkanov, potresi in, kakor pravi UNICEF, klici »tihih najhujših primerov« podhranjenosti, bolezni in endemične revščine.

Toda kljub vsemu, kar se je zgodilo, življenjska doba še naprej raste v deželah v razvoju od 46 let v letu 1960 na 63 let danes. To je dobra novica. Slaba stran medalje pa je, da se povečujejo bolezni življenjskega sloga – ki jih povzročajo nezdrava prehrana, stres, kajenje, debelost, pomanjkanje rekreacije in druge slabe navade, za katere je veljalo, da prizadevajo

predvsem zahodne narode – in to predvsem v deželah tako imenovanega tretjega sveta. Po podatkih SZO so boleznj življenjskega sloga krive za 45 % vseh smrti v deželah v razvoju. Do leta 2015 naj bi odstotek narasel na 60 % in potencialno izenačil napovedan odstotek za razvite dežele – 75 %.

Leta 1991 je SZO sprožila program, imenovan Inter-Health, utemeljen na konceptu, da je treba boleznj zaradi splošno razširjenih vzrokov – nezdravega življenjskega sloga – obravnavati skupaj, ne pa vsako posebej. Tako razmišljanje je v skladu s holističnim pristopom – celostnim pogledom na človeka in ne le na en sam simptom ali bolezen, in pomeni osredičanje na celo družino pri poučevanju osnovnih načel zdravega življenja.

V nasprotju z nalezljivimi boleznimi, ki jih prenašajo paraziti, bakterije ali virusi, prinašajo slabe navade več tveganj naenkrat. Zdravje debelega človeka, ki kadi, ali človeka z visokim krvnim tlakom in z visoko stopnjo holesterola, je nedvomno ogroženo. Še več, zdravstvenih navad se naučimo in jih izvajamo znotraj družine, tako da je verjetnost, da začno ostali člani brez intervencije slediti istim vzrocom vedenja, velika. Eden izmed ciljev medicinske sestre mora biti aktiviranje družinskih članov, da bodo aktivno sodelovali pri vzdrževanju svojega lastnega zdravstvenega varstva. Ne glede na to, ali se srečuje z družino medicinska sestra v primarnem zdravstvenem varstvu, medicinska sestra v bolnišnici, ko načrtuje rehabilitacijo za hospitaliziranega družinskega člana, šolska medicinska sestra, v medicini dela na delovnem mestu starša – kakršnakoli je njena vloga, bo medicinska sestra, ki je profesionalno odgovorna, obravnavala svojega varovanca v sklopu družine kot celote.

Sledijo primeri dejavnikov tveganja za zdravje, ki so posledica nezdravega življenjskega sloga.

## Prehrana

Hrana, ki vsebuje veliko živalskih maščob, soli in prečiščenega sladkorja in vključuje malo sveže zelenjave in sadja, zvečuje tveganje srčnožilnih boleznj, kapi in visokega krvnega tlaka in tudi določenih vrst raka.

Pomanjkanje vitaminov in mineralov lahko povzroča različne motnje, od pomanjkanja energije zaradi pomanjkanja železa do resnih sprememb na pljučih. Pomanjkanje železa, posebno pri ženskah, lahko povzroči resno anemijo. Kalcij ni pomemben samo za formiranje kosti, če ga ni dovolj, lahko nastane osteoporozo in nevarnost zlomov v nadaljnjem življenju.

Nepravilno prehranjevanje povzroča tudi raka na želodcu, podhranjenost in debelost, ki poveča tveganje srčnožilnih obolenj, raka, sladkorne boleznj in artritisa.

Nezmerno pitje povzroča cirozo jeter, nevrološke napravnosti, srčnožilne boleznj, raka ustne votline,

osteoporozo, sladkorno bolezen in rano na želodcu in dvanajsterniku.

Mednarodna konferenca o prehranjevanju (International Conference on Nutrition), ki sta jo sponzorirala SZO in Organizacija za hrano in kmetijstvo (Food and Agriculture Organization), se je odvijala decembra 1992 v Rimu. Združila je 1400 delegatov in 160 držav, ki so sprejeli dopolnjeno Svetovno deklaracijo o prehranjevanju (World Declaration of Nutrition) in Načrt Akcije (Plan of Action).

Deklaracija poziva k:

- izkoreninjenju lakote in neprehranjenosti;
- zagotovitev dostopa do hrane, neoporečne vode in urejenih sanitarnih pogojev, zdravstvenih servisov in izobraževanja za vse ljudi;
- ojačanju pripravljenosti za ocenjevanje narave, obsega in vzrokov problemov prehranjevanja in za razvijanje strategij in programov, ki se bodo lotevali teh problemov na nacionalni ravni.

Posebej so poudarili, da »je pravica žensk in odraščajočih deklic do ustrezne prehrane ključnega pomena«. Deklaracija poziva tudi k izkoreninjenju, v času desetih let, lakote, smrtnosti povezane z lakoto, pomanjkanja vitamina A in jodinov in k odpravljanju ovir za optimalno dojenje.

## Premajhna telesna aktivnost

Telesna neaktivnost ali pomanjkanje redne rekreacije je eden glavnih dejavnikov tveganja za srčnožilne boleznj, ki pa ga je lahko nadzorovati. Življenjski slog, za katerega je značilno pomanjkanje gibanja, lahko povzroča debelost, ki povečuje tveganje sladkorne boleznj pri odraslih. Sladkorni bolniki so potencialni kandidati za visok krvni tlak in ostale srčnožilne boleznj in za okvare jeter. Sladkorna bolezen je tudi glavni vzrok za slepoto. Menijo, da določene oblike aerobičnih vaj, ki jih izvajamo 20–30 minut dnevno, vzdržujejo telesno kondicijo človeka. Celo sprehod lahko zadovolji to potrebo.

## Stres

Stres je opredeljen kot zaznavanje telesne ali duševne ogroženosti in spoznanje, da so lastni viri nezadostni za spoprijemanje z omenjeno ogroženostjo. Stres ima tudi neposreden vpliv na posameznikovo zdravje.

Neka študija je ugotovila, da posamezniki, ki so izpostavljeni izjemnemu stresu, v 90 odstotkih pogosteje zbolijo kot tisti, ki takšnemu stresu niso izpostavljeni (Halpern, 1987). Obstaja dosti družinskih spremenljivk, ki lahko vplivajo na odziv družinskih članov na stres. Razdelimo jih lahko v tri skupine:

- demografske strukturne spremenljivke,
- stresni dogodki družinskega življenja,
- družinska interakcija/funkcioniranje. (Campbell, 1986).

Med demografskimi/strukturnimi spremenljivkami so zakonski stan, starost družinskih članov, število otrok, etnično ozadje, socialno-ekonomski položaj.

Stresni dogodki družinskega življenja vključujejo smrt zakonca, ločitev itn., medtem ko sta družinska interakcija in funkcioniranje merljiva na podlagi različnih lestvic in metod. Na primer, spremenljivke, ki jih meri eden izmed sistemov, so znotrajdružinska komunikacija, kohezivnost, odločanje, zakonsko zadovoljstvo, sreča in bližina.

V drugem sistemu meritev se merijo kohezija, organizacija, konflikti, nadzor, samostojnost, odprtost za izražanje občutij, moralno-religiozni poudarki, intelektualno-kulturna umeritev, usmeritev akcija-reakcija, usmeritev dosežkov.

Kobasa v svojih študijah o stresu opiše določene »stresno odporne značilnosti«, ki po povezane z znižano pojavnostjo bolezni. To so obvladovanje, izziv in predanost. Ljudje, ki znajo obvladovati stres, bodo nanj gledali kot na izziv in ne kot grožnjo. Taki ljudje občutijo, da lahko obvladujejo svoje življenje in so predani svojemu delu, družini in domu (Kobasa, 1979).

Benson in Stuart sta dodala četrto značilnost: bližina. Razložila sta, da odnosi in socialna podpora ojačajo človeka in povečata njeno/njegovo zmožnost obvladovanja stresnega položaja (Benson and Stuart, 1992).

### *Poškodbe lahko preprečimo*

»Prepogosto na nesreče gledamo kot na dejanja usode, kot nekaj, kar je skrito v kartah, kar je nezogibno. To pa ni tako. Nesreče niso niti nepredvidljive niti nenapovedljive. Naredimo pa zelo malo oziroma ne dovolj, da bi jih preprečili«.

(Dr. Claude Romer, Chief, WHO Injury Prevention Unit).

Ne glede na povezavo med poškodbami in nezogibnimi nesrečami, veliko poškodb so nesreče. So predvidljive, mogoče se jim je izogniti in z intervencijo medicinskih sester se nanje da vplivati. Glede na podatke SZO, 2,5 milijona ljudi letno umre v nesrečah na cestah, doma, na delovnem mestu, na igriščih; zaradi ognja, utopitve, zastrupitve; v naravnih nesrečah. Enako tragičen je podatek, da jih vsaj toliko ostane popolnoma invalidnih in desetkrat več delno invalidnih (izguba končine ali vida) (SZO, 1993). Število ljudi z manjšimi poškodbami, ki pa potrebujejo strokovno pomoč, je astronomsko.

V večini industrializiranih držav so poškodbe glavni krivec smrti za ljudi, stare od enega do 44 let (SZO, 1989). V deželah v razvoju pa je mogoče na podlagi trendov sklepati, da so skoraj v vseh državah poškodbe med glavnimi zdravstvenimi problemi ljudi. Devet od desetih držav z najvišjo stopnjo smrtnosti poroča o večji stopnji smrtnosti, ki je posledica nesreč, za-

strupitev in nasilja, kot od parazitiranih bolezni (SZO, 1993).

Statistični podatki kažejo, da se pripeti doma 33 % vseh nesreč in 40 % usodnih nesreč. Otroci (pod 5) in ostareli (nad 65) so najpogostejše žrtve nesreč doma, posebno usodnih.

Tako imenovana »naključna zastropitev« otrok je stoddotno preprečljiva, meni Jenny Pronczuk, zdravstvena uslužbenka pri programu SZO za kemično varnost. »Nesreče se zgodijo, ko je otrok, čeprav samo za trenutek, puščen sam. Rezultat je lahko zanemarljiv ali pa izredno hud: koma, dihalna stiska, pekoča rana, dosmrtna posledice ali smrt« (SZO, 1993).

Do 40 % tistih oseb, starih 65 let ali več, pade vsaj enkrat na leto in pretrpi podplutbe ali površinske rane. V do 6 % primerov ostareli pretrpijo hude poškodbe, kot na primer zlom, ki pa ima lahko za posledico resno izgubo funkcije. Strah pred padcem lahko postane socialna prepreka (Loew, 1993).

Medicinske sestre morajo spodbujati varne pogoje življenja družine. Zelo verjetno je, da je mogoče število padcev in zastropitev in tudi število resnih poškodb reducirati z znižanjem nekaterih najočitnejših dejavnikov tveganja. To je še posebej pomembno za družine z majhnimi otroki in/ali ostarelimi.

Nevarna področja, ki jih je potrebno vključiti v oceno zdravstvene nege, vključujejo dvigovanje, shranjevanje zdravil, hranjenje in uporaba hrane, kriminal, nadzor mrčesa, ogrevanje doma. Lahko pripravimo tabelo, ki je na razpolago družinam (vključno z odraslimi otroki, ki skrbijo za ostarele starše) in patronažnim medicinskim sestram.

Tabela za vsako sobo posebej je lahko zelo uporaben pripomoček za odkrivanje nevarnosti, kot so, nepritrjena preproga, prenaložene omare, zdravila vsepovsod, nenadzorovan ogenj in neprimerno ogrevanje. Ob sestavljanju načrta za varnost se je treba pogovoriti o vseh problemih varnosti, aktualnih in potencialnih, in sicer z družino, vključno z odraslimi, najstniki in starejšimi otroci. Pozornost družine je potrebno usmeriti na varnost in na pomembnost prepoznavanja potencialnih nevarnosti.

Kadilce je treba opozoriti na nevarnost kajenja v postelji, nevarnost vžigalic in vžigalnikov, nevarnost držanja prižgane cigarete v otrokovi bližini.

Stopnice je treba zavarovati in tako otrokom in oslabelem ostarelim preprečiti padec po njih. Nepritrjene preproge je treba pritrditi. Obleke, ki segajo do tal, pasovi in trakovi, ki se vlečejo z njimi in drseči čevlji so lahko zelo nevarni.

Tudi pohištvo je lahko dejavnik tveganja. Odeje morajo biti oddaljene od vročih radiatorjev, tapete in dekorativni izdelki naj bodo iz negorljivega materiala, električne naprave morajo biti v dobrem stanju.

Nasvet glede hrane mora vsebovati poleg informacije o uravnovešeni prehrani tudi pozornost na datume izteka uporabnosti in informacijo o tveganju pogrevanja hrane.



### *Bolezni, povezane s kajenjem*

Kadilec tvega srčni napad, kap, visok krvni tlak, pljučnega raka in raka ustne votline, osteoporozo, kronične pljučne bolezni in rano na želodcu in dvajsterniku. Dokazano je bilo tudi, da kajenje vpliva na človekovo absorbcijo kalcija.

Bolezni, povezane s kajenjem, povzročijo med 2,5 in 3 milijone smrti letno, povprečno eno smrt na vsakih 10 sekund. To pomeni 100.000 smrti v Afriki, prav toliko v Latinski Ameriki, 200.000 v Aziji brez upoštevanja dveh najbolj naseljenih držav na svetu: Kitajska 300.000 smrti in Indija 500.000. Dodatno podatki pričajo o 1,5 milijonov smrti v industrializiranem svetu.

### **Dejavnosti, ki podpirajo integriteto družine**

Definicija dela kot »aktivnosti, ki producira dohodek« je povzročila zanemarjanje tistih del, ki jih opravljajo ženske brez denarne kompenzacije. Raziskave kažejo, da je ženski delovni dan daljši kot moški v vseh državah razen v Avstraliji, Kanadi in ZDA. Na nekaterih področjih je njihovo delo daljše v povprečju za šest ur. Eden izmed razlogov za to je, da je obseg plačanega dela (pridelovanje hrane in pripravljenje dobrin za preživetje) le redko zmanjšan zaradi obveznosti doma. Po svetu ženske prevzemajo skoraj izključno odgovornost za varstvo otrok in hišna opravila. Ob upoštevanju take realnosti in spoznanju, da tradicionalna delitev na delo in dom ne zagotavlja zadostne podpore zaposlenim materam, veliko delodajalcev krepi integriteto družine in spodbuja boljšo vzgojo otrok.

V določenih državah so se začeli nekateri delodajalci vključevati v pomoč pri iskanju ali zagotavljanju možnosti za varstvo otrok in so s ponujanjem prožnega delovnega časa prispevali k oblikovanju osebnih urnikov.

Glede na podatke SZO socialni ukrepi, ki so jim »dodane vrednote« v korist zaposlenim ženam, kot so primeren porodniški dopust, fleksibilen delovni čas, polovična zaposlitev in možnosti za varstvo otrok v bližini delovnega mesta, povečujejo zadovoljstvo in produktivnost, zmanjšujejo odsotnost in zamujanje in izboljšajo zvestobo in moralo.

Najnovejše študije ameriškega Inštituta za družino in delo pomaga reševati delovne in družinske konflikte, dviga moralo in povečuje produktivnost. Študija pri Johnson&Johnson je ugotovila, da je odsotnost med zaposlenimi, ki uporabljajo premični delovni čas in ob politiki družinskih dopustov, upadla za 50%.

Družba American Telephone&Telegraph Co. je odkrila, da predstavlja povprečen strošek za porodniški dopust do enega leta 32% delavkinega letnega zasluzka v primerjavi s 150% v primeru zamenjave delavke (Business Week, junij 28, 1993).

### *Ženske, delo in dojenje*

SZO poudarja, da je uspešna integracija ženske produktivne in reproduktivne plati življenja osnova za otrokovo preživetje. Vsaka ženska ima pravico do dojenja. Vsak otrok ima pravico, da je dojen. Vsi ljudje imajo pravico do služenja denarja in na ta način vzdrževanja življenja in zdravja zase in za svoje družinske člane. Te pravice ne sme ogroziti konflikt med prizadevanji za ekonomsko preživetje in odločitvijo ženske za dojenje (SZO, 1993).

Ženske kombinirajo dojenje z ostalimi vrstami dela v različnih družbenih okoljih, od manj industrializiranih skupnosti in podeželskih kmetij do bolj industrializiranih neformalnih in formalnih oblik urbane zaposlitve. Usklajevanje dojenja in ostalega dela zahteva določen kompromis ali prilagoditev; preproste ali naravne poti za uskladitev teh nalog ni.

Zdravstvene prednosti dojenja so dokumentirane. Dokazi o prednostih dojenih dojenčkov pri pojavu obolenj in smrtnosti so še posebno zanimivi za zaposlene ženske. Medtem ko bolni otroci vedno predstavljajo skrb za matere, so za matere, ki morajo zapustiti delovno mesto in skrbeti za bolne otroke ali jih peljati k zdravniku, bolni otroci še večji vir skrbi.

Dojeni otroci imajo odpornejši imunski sistem in so bolj zdravi kot tisti, ki dobivajo mlečne nadomestke. Podatki dokazujejo, da bi lahko dojenje rešilo življenje več kot milijon otrok letno, ki tako umrejo zaradi prebavnih motenj ali akutnih infekcij dihal (WABA Women and Work Task Force, 1993).

Študije o dojenju so pokazale, da materina zaposlitev izven doma ni glavni dejavnik za pričetek dojenja, za pričetek hranjenja po steklenički ali za prenehanje dojenja. Na primer, na Finskem ni večje razlike v dolžini dojenja med zaposlenimi in nezaposlenimi ženskami pri prvem mesecu (80% proti 78%), pri tretjem mesecu (32% proti 29%) ali pri šestih mesecih (7% proti 8%).

V Ibadanu, Nigerija, urbanem Hondurasu in Sao Paulu so študije ugotovile, da pogosteje zaposlene matere dojijo, čeprav je mešan vzorec prehranjevanja pogost povsod (SZO, 1993).

Glede na raziskave je razvidno, da na odločitev matere, da bo dojila, vplivajo bolj družbene vrednote o dojenju kot pa materina zaposlenost izven doma. Na Maliju je dojenje visoko cenjeno in ga nimajo za neprijetnost ali nadlogo. Dojenje torej ni nekaj, kar bi oviralo materino siceršnje aktivnost.

Ženske in otroci so dobrodošli skoraj v vsaki situaciji. Celo v uradnem sektorju je malo situacij, ki zahtevajo prisotnost matere, medtem ko je prisotnost otrok nesprejemljiva (SZO, 1993).

Na Kitajskem je zaposlenim materam, ki dojijo, dovoljen polurni odmor dvakrat dnevno, da lahko nahranijo svoje otroke. Dnevna oskrba otrok in vrtci so na razpolago v tovarnah in v komunah (občinah). V poljedelskih komunah so doječe ženske premeščene

na področja blizu vrtcev, v katerih so njihovi otroci. V obdobju, ko mati doji, ji lahko celo pripadajo hranljive malice, po navadi sojino mleko. Če pa je otrok daleč stran od materinega delovnega mesta, ji pripada enourni odmor, da v tem času z avtobusom ali kolesom pride do njega.

Nasprotno pa v Severni Ameriki veliko delodajalcev organizira parkirne prostore za avtomobile svojih uslužbencev, le redki pa priskrbijo dnevno oskrbo za njihove otroke. Še manj jih zagotovi jaslice ali pa sobe za dojenje za matere, ki bi rade dojile otroke na delovnem mestu.

## Aids: naraščajoča kriza

Ena največjih groženj, s katero se sooča človeštvo je naraščajoča pandemična bolezen aids. Ko aids nadaljuje s svojo neusmiljeno košnjo po svetovni populaciji odraslih in otrok, uničuje demografsko ravnotežje med tistimi, ki skrbijo in tistimi, ki so skrbni potrebni, in nalaga hudo obremenitev zdravstvenemu varstvu.

Po podatkih Michaela H. Emersona – direktorja globalnega programa SZO za aids, v poročilu, podanem na 9. mednarodni konferenci o aidsu, ki je bila junija 1993 – so aids do leta 1993 odkrili pri 2,5 milijona ljudi po vsem svetu, kar je bilo za 20 % več kot prejšnje leto. SZO napoveduje, da se bo med leti 1992–2000 letna številka trikrat povečala.

SZO ocenjuje, da je več kot 13 milijonov odraslih in adolescentov in milijon otrok okuženih z virusom HIV. O največjem številu okuženih poročajo iz Afrike (južno od Sahare) – več kot 8 milijonov. Največji porast v zadnjih letih pa so zabeležili v Latinski Ameriki in jugovzhodni Aziji, in sicer po 1,5 milijona novih okužb, kot poroča Merson. Do leta 2000 SZO napoveduje skupno do 30 do 40 milijonov okužb z virusom HIV pri moških, ženskah in otrocih.

Vpliv na družino je zastrašujoč. To drži še posebno za dežele v razvoju, v katerih je kljub širjenju virusa v Zahodni Evropi in Severni Ameriki, predstavljajo 80 % vseh okužb z virusom HIV. Ko se okužba razvije v bolezen, to pomeni težko breme za družino. Ko zbolí tisti član, ki služi denar, je ogrožena celotna ekonomska struktura družine zaradi znižanja prihodkov in stroškov nege bolnika. Zelo pogosto so finančni viri popolnoma uničeni.

Bolezen se lahko razširi od enega družinskega člana na drugega – možje in žene izpostavljajo svoje partnerje okužbi z virusom; mati lahko prenese virus na otroka. Starejši otroci so prisiljeni zapustiti šolo, da so lahko kos novim obveznostim na domu, pri pridelavi in pripravi hrane in pri oskrbi mlajših članov družine. Vedno večje število mestnih otrok ostaja brez staršev in preživeli sorodniki ne zmorejo vsega. Veliko se jih bo pridružilo približno 10 milijonom »zavrženič«, ki se že brezupno mučijo, da bi preživeli na cesti.

Ti otroci so pogosto prisiljeni v življenje, ki skoraj neizogibno vodi v okužbo z virusom HIV. V mnogih delih sveta imajo osem, devet in desetletni otroci, ki se prostituirajo, malo možnosti za zaščito pred aidsom. V Kartumu je 7 % 6–14-letnih dečkov okuženih z virusom HIV. V Sao Paulu v Braziliji je 9 % testiranih otrok okuženih z virusom HIV.

Po izračunih UNICEFA bo vsaka ženska, ki bo umrla, zapustila za sabo povprečno dva otroka. Ker je prav ona ključna oseba pri preskrbi s hrano, oblekami in pri hišnih opravilih za vse svoje otroke, ima smrt matere globoke socialne in ekonomske posledice za sirote in za moža, če preživi.

Do leta 2000 bo zaradi bolezní osirotelo skoraj 10 milijonov otrok in adolescentov (UNICEF, 1993). Do leta 1990, kot je ugotovila raziskava Fonda za rešitev otrok (Save the Children Fund Survey) izvedena v Rakai, južna Uganda, je v starostni skupini pod 18 let osirotelo 12,5 % otrok (UNICEF, 1990).

Za večino teh otrok bodo skrbeli stari starši in sorodniki, ki si lahko privoščijo, da jih vzdržujejo in hranijo. Stari starši, ki so verjetno pričakovali, da bodo zanje na stara leta skrbeli odrasli otroci, so priče smrti svojih otrok in se znajdejo pred ponovnim procesom vzgajanja in oskrbovanja včasih tudi do sedem, deset ali trinajst otrok. V veliko primerih se te družine brez pomoči zdravih majhnih otrok, ki lahko služijo, soočajo z izjemnimi finančnimi in fizičnimi težavami.

Problem, kako lahko te razširjene družine zagotavljajo hrano, obleko in izobrazbo ter ljubezen in pozornost, lahko kmalu postane eden svetovno najpomembnejših socialnih izzivov.

## Aids pri otrocih

Zvišanje števila primerov aidsa pri otrocih je prav tako dramatično. Okužbe z virusom HIV so se začele pojavljati pri zelo majhnih otrocih sredi 1980-ih, s prenosom virusa z matere na otroka. Študije med okuženimi materami z virusom HIV po celem svetu kažejo različne stopnje okuženosti z virusom HIV pri novorojenčkih, v večini primerov med 25–40 %, pri čemer je tveganje večje pri ženskah, pri katerih je virus HIV že precej razvit.

Menijo, da skoraj vse infekcije z virusom HIV pri majhnih otrocih izvirajo od staršev. Čeprav so nekateri od teh otrok otroci intravenoznih uživalcev drog, jih večino spočnejo starši, ki ne pripadajo nobeni rizični skupini (UNICEF, 1990).

Otroci z aidsom živijo kratek čas in so bolni. Dokler bo aids neozdravljiv, bodo taki otroci in njihove matere obsojeni na neizbežno smrt. V ameriški študiji je manj kot tretjina pacientov s pediatričnim aidsom, ki je bil diagnosticiran pred 1988, in manj kot dve tretjini tistih, diagnosticiranih med 1988–1990, preživelo do decembra 1990. Aids je deveti najpogostejši vzrok smrti med otroki, starimi 1–4 let v ZDA (Stanley, 1992).

Če je otrok z aidsom v oskrbi na domu, porablja materin čas in njeno telesno in duševno energijo. To lahko škoduje njenemu lastnemu zdravju in omejuje njene vire za nego. Medicinska sestra, ki jo obiskuje, ji mora pomagati, da izdelava načrt – in pri tem na pomoč poklicati družinske prijatelje ali medicinsko sestro – za zagotavljanje rednih odmorov čez dan, tako da lahko ohrani svojo moč.

### *Vpliv na sisteme zdravstvenega varstva*

Kot vse medicinske sestre dobro vedo, je vpliv okužb z virusom HIV močno zaznamoval sisteme zdravstvenega varstva. Marsikje, kjer je aids še posebej razširjen, še zlasti proč od glavnih mest v številnih afriških državah, je bilo pred invazijo aidsa premalo bolnišnic in zdravstvenih dejavnosti. Razširjenost te nesreče je bila nepredstavljiva.

Tragedija aidsa je še večja zaradi dejstva, ker je virus HIV začel vdirati v razviti svet v času, ko je bilo veliko vlad prisiljenih znižati socialne usluge kot del politike ekonomskega prilagajanja. V Afriki države porabijo za zdravstveno varstvo od 1 do 10 dolarjev na osebo letno; 1 dolar je približno cena enkratne uporabe testa ELISA za odkrivanje virusa aidsa v krvnih vzorcih. Strošek zdravstvenega varstva za vsakega bolnika z aidsom v Zairu in Tanzaniji je ocenjena na 100–1.500 dolarjev – zanemarljiva številka v primerjavi s 50.000 dolarji, porabljenimi za vsakega otroka, obolelega za aidsom v državi New York leta 1989, toda skoraj nevzdržen strošek za državo v Afriki (UNICEF, 1990).

Ker še ne poznamo ustreznega zdravila za aids ali cepiva proti okužbi z virusom HIV, je preprečevanje »visoko tveganega spolnega vedenja« najboljša zaščita. Medicinske sestre in ostali delavci zdravstvenega varstva delijo odgovornost za poučevanje varne spolnosti in odgovornega življenja. Pri oskrbovanju bolnikov, okuženih z aidsom, morajo biti oskrbovalci sami previdni in se zavarovati pred infekcijo prek telesnih tekočin.

Družine morajo vedeti, kako odvrniti nevarnost, kako se izogniti stiku z virusom. Prizadevanja za zmanjševanje spolne diskriminacije žensk prav tako igrajo pomembno vlogo; v številnih državah imajo ženske nižji status od moških in ne morejo vztrajati na varni spolnosti, čeprav so seznanjene s tem problemom.

Med decembrom 1989 in decembrom 1991 so medicinske sestre osmih držav – Slonokoščena obala, Gana, Malavi, Tanzanija, Togo, Uganda, Zaire in Zambija – sodelovale v projektu ICN za večje vključevanje Nacionalnih združenj medicinskih sester v nacionalne programe za boj proti aidsu. Glavni cilj je bil »usposobiti strokovno osebje« za načrtovanje, izvedbo in ocenitev izobraževalnih delavnic za medicinske sestre v njihovih lastnih državah. V vsaki državi je osem do deset medicinskih sester, ki jih je

vodil koordinator za državo, izvajalo najmanj štiri satelitske delavnice, ki so posredovale informacije o virusu HIV in preventivi aidsa, ter oskrbi bolnikov. Približno 800 medicinskih sester iz osmih držav je pridobilo ustrezno izobrazbo.

Kot rezultat usposabljanja je nekaj teh medicinskih sester izvršilo velike spremembe v praksi zdravstvene nege in v zdravstvenem varstvu v svojih lastnih državah, kar vključuje izboljšave in stike med medicinsko sestro in bolnikom, povečuje uporabo univerzalnih zaščitnih sredstev, oblikovanje zdravstvenega varstva, ki temelji na domu in posvetovalnici in vključitev skupin v skupnosti prek osveščanja in javnega izobraževanja.

V času celega projekta so Nacionalne zveze medicinskih sester sodelovale z vladnimi in nevladnimi agencijami in se z njimi tesno povezovale v boju proti aidsu. Rezultat projekta je tudi razvoj izobraževalnih gradiv o virusu HIV in aidsu, namenjen še zlasti medicinskim sestram, ki vključuje:

- dvotedensko izčrpno usposabljanje za medicinske sestre (v francoščini in angleščini),
- delavnice v lastni državi in s poudarkom na specifikah te države (v francoščini in angleščini),
- šest pisnih obvestil ICN (newsletters), Spotlight: Zdravstvena nega in HIV/AIDS (v angleščini, francoščini in španščini),
- Guidelines for Mobilizing National Nurses' Associations in HIV/AIDS Prevention and Care, ki naj motivira in pomaga Nacionalnim zvezam medicinskih sester pri aktivnem vključevanju v njihove nacionalne programe boja proti aidsu.

Kopije teh gradiv so na voljo pri vodstvu ICN v Ženevi.

### **Izziv pismenosti**

»Pouči fantka in izobrazil boš posameznika. Pouči deklico in izobrazil boš cel narod.«

(A. Ibn Badis, alžirski reformator (1889–1990).

Kot pravi specialistka za pismenost pri UNESCO Maria Luisa Jauregui de Gainza: »Pismenost žensk je izziv desetletja. Danes se vse razvojne agencije strinjajo glede pomembnosti izobraževanja žensk, če hočemo spodbujati in vzdrževati izobrazbo družine, njeno zdravje, prehrano in splošno blaginjo.« (Ballara, 1992)

Čeprav se definicije pismenosti na splošno razlikujejo, pa lahko rečemo, da je pismena ženska tista, ki zna dovolj brati in pisati, da lahko poskrbi za izboljšanje kakovosti svojega lastnega življenja in življenja svoje družine in da spodbuja njeno polno sodelovanje v razvoju skupine in skupnosti.

Danes je skoraj milijarda oseb nad 15 letom nepismenih, ali več kot eden na vsake štiri odrasle (27,5%) (Tabela 1).

Ženske so v tem pogledu bolj prikrajšane od moških: v deželah v razvoju je skoraj polovica odraslih

žensk nepismenih in razlika med spoloma se še povečuje. Med letoma 1970–1985 se je število nepismenih žensk povzpelo za skoraj 10%, od 543 milijonov na 597 milijonov, medtem, ko je število nepismenih moških naraslo le za štiri milijone, in sicer na 352 milijonov, kar je več kot 1% (Jacobson, 1993).

V Afriki ima 28 od 55 naštetih držav v Compendium of Statistics on Literacy, ki ga je izdal UNESCO leta 1988, odstotek nepismenih žensk nad 90. Od 45 azijskih držav, ki jih pokriva Compendium, je ta odstotek dosežen v sedemnajstih (Chlebowska, 1990).

Problem pa ni omejen le na dežele v razvoju. Obstajajo dokazi, da od deset do dvajset odstotkov prebivalcev v tako imenovanih razvitih družbah nima osnovnih spretnosti branja, pisanja, operiranja s števili in reševanja problemov. V ZDA je 20% Američanov, starejših od 17 let, oziroma 27 milijonov ljudi funkcionalno nepismenih.

Dodatnih 45 milijonov komaj obvlada osnovne spretnosti pismenosti. Približno 65% žensk (ki stojijo na čelu družin) in 44% moških, ki živijo v revščini, nima dokončane druge stopnje izobrazbe. Približno 40% samohranilk je končalo manj kot osem let šolanja (Ballara, 1992).

Poleg tega več kot 100 milijonov otrok osnovnošolske starosti ni bilo še nikoli v učilnici in so potencialni, da ostanejo nepismeni odrasli v 21. stoletju, če ne bomo takoj ukrepali. Šestdeset milijonov jih je deklic (tab. 2).

### Pismenost in zdravje

Veliko študij je potrdilo negativen vpliv nepismenosti na skoraj vse vidike zdravja. Raziskava je pokazala, da ženska izobrazba igra pomembno vlogo v zmanjševanju smrtnosti dojenčkov, v povečevanju življenjskih pričakovanih prihodnjih rodov in izboljšanju vzgoje otrok in njihovega razvoja. Pozitivno vpliva še na zmanjševanje števila rojstev, posebej še v povezavi s projekti načrtovanja družine.

Po podatkih UNICEFA bodo ženske, ki so obiskovale šole, prej zavrnile škodljive tradicije, uporabljale zdravstvene usluge in razumele potrebo po načrtovanju družine. Bolj izobražene ženske se poročajo kasneje in odlašajo z nosečnostjo in vzgojo otrok in se raje odločajo za manjšo družino. Raziskave potrjujejo, da imajo ženske brez izobrazbe v povprečju dvakrat več otrok kot tiste, ki so obiskovale šole sedem ali več let (UNICEF, 1993).

Posebno zaskrbljujoče in usodne so stopnje smrtnosti otrok. V povprečju vsako dodatno leto šolanja žensk povzroča, samo po sebi, osip smrtnosti za približno 6 na 1000 otrok. Nasprotno pa stopnja smrtnosti otrok več kot dvakrat naraste pri neizobraženih materah v primerjavi s tistimi, ki so imele vsaj nekaj let šolanja (UNESCO).

V Pakistanu in Indoneziji, na primer, so odkrili, da je stopnja umrljivosti otrok upadla za do 50%, če so

imele matere štiri leta osnovne šole. Neka študija v Bangladešu je pokazala, da ima lahko izobraževanje matere večji vpliv na preživetje otrok kot pa zdravje družine in medicinski pripravki (Ballara, 1992).

Tabela 1. Stopnje pismenosti odraslih glede na spol, 1990 (v odstotkih)

	Oba spola	Moški	Ženske
Ves svet	73,5	80,6	66,4
Dežele v razvoju:			
Afrika (J od Sahare)	47,3	59,0	36,1
Arabske države	51,3	64,3	38,0
Latinska Amerika/Karibi	84,7	86,4	83,0
V Azija	76,2	85,7	66,4
J Azija	46,1	59,1	32,2
Najmanj razvite države	39,6	51,4	27,9
Razvite države	96,7	97,4	96,1
Po celinah			
Afrika	49,9	61,7	38,5
Amerika	90,0	90,8	89,2
Azija	66,5	76,6	56,0
Evropa/SZ	96,9	97,7	91,1
Oceanija	92,5	93,0	91,1

Odstotki pismenih odraslih med prebivalstvom nad 15 let.  
Vir: UNESCO: World Education Report, 1991, str. 26.

Tabela 2. Otroci osnovnošolske starostne stopnje (6–11), ki niso vpisani v osnovno šolo

	Milijoni	% prebivalcev osnovnošolske starostne stopnje
Afrika (J od Sahare)	38	49
Latinska Amerika/Karibi	8	18
Vzhodna Azija in Oceanija	4	19
Južna Azija	52	39
Arabske države	9	30
Najmanj razvite države	34	52

Vir: UNESCO

### Učinkoviti programi opismenjevanja

Možno je, da nepismene ženske ne razumejo potrebe po spretnosti pisanja in branja. Sprašujejo »Zakaj bi se morali ukvarjati z učenjem branja, pisanja in računanja, ko pa naše mame, stare mame in predniki tega nikoli niso znali in niso bili zato nič slabši?«

V veliko programih, ki so namenjeni učenju odraslih, delajo napako in uporabljajo gradivo, ki je pripravljeno za poučevanje otrok. Za odrasle so knjige za otroke dolgočasne, neustrezne in ponižujoče. Gradivo za otroke je pripravljeno tako, da jim daje priložnost za napredovanje na naslednjo raven izobraževalnega sistema.

Kar potrebujejo odrasli, pa je znanje za reševanje sprotnih problemov vsakdanjega življenja. Vsebina lekcij mora biti v skladu z njihovimi dnevnimi potrebami.

Poročilo iz Gabona pravi: »Poročamo lahko o nadaljujoči se nepismenosti in celo o določeni stopnji povratka k nepismenosti. Ure opismenjevanja in me-

tode za odrasle so neposredne kopije metod, ki se uporabljajo v šolah, in so popolnoma neprimerne za resnične potrebe odraslih. To vodi k padcu zanimanja in izpadu« (Ballara, 1992).

Uspešni programi opismenjevanja morajo ženske uposobiti, da uvidijo takojšnjo nagrado za vložena prizadevanja in da izboljšajo življenjske pogoje svoje družine. Medicinske sestre imajo možnost kombiniranja urjenja pismenosti in osnovnega zdravstvenega izobraževanja, kar vpliva na kvaliteto življenja.

Program opismenjevanja, ki ga oblikujejo medicinske sestre se lahko osredišči na področja povezana z zdravjem in na vloge, doma in zunaj, v katerih ženska deluje. Dodatno bi moral izobraževalni program potrditi informacijo, ki jo je vsaka odrasla ženska že pridobila.

Kmečke ženske razumejo in znajo razložiti naravo, rastline, drevesa, nebo, sonce, oblake in dež. Znajo gospodinjiti z majhnimi sredstvi in prehraniti družino iz dneva v dan, ne glede na revščino. Spoštujejo ritem letnih časov, slovesnosti in obrede. Pogovarjajo se z duhovi, vedo, kako se pobotati z živimi in umiriti mrtve, in to znanje posedujejo že stoletja.

## Vpliv nasilja na družino in zdravje naroda

Nasilje v družini, posebej nasilje nad ženskami, je razširjeno v vseh državah sveta, na vseh socialnih in ekonomskih ravneh, prehaja prek vseh razrednih zaprek, prihodka, rase in religije.

Telesno, spolno in duševno nasilje se kaže kot pretepanje, spolna zloraba deklic, nasilje zaradi dote, posilstva v zakonu, pohabljanje ženskih spolovil in drugi tradicionalni načini, ki so za žensko škodljivi, nasilje izven zakona in nasilje, povezano z izkoriščanjem.

Pretrajljivo in grozljivo je branje statističnih podatkov:

- V Papui-Novu Gvineji je bilo telesno zlorabljenih 67 % kmečkih in 56 % mestnih žensk. 18 % vseh mestnih žensk, ki so bile vključene v raziskavo, je iskalo pomoč v bolnišnici, in sicer zaradi poškodb, ki so jim jih povzročili lastni možje (Heise, 1993).
- V ZDA je zloraba zakonskih žensk glavni razlog poškodb med ženskami v reproduktivnih letih. Približno 3–4 milijone Američank je vsako leto pretepenih. Raziskave populacije kažejo, da v med 21–30 % primerov zakonski partnerji pretepejo svoje žene vsaj enkrat v življenju (Heise, 1993).
- Študije v Peruju kažejo, da predstavlja zloraba žensk 75 % vseh prijavljenih napadov na policiji; v Bangkoku 50 % vseh zakonskih žena pravi, da jih možje redno pretepejo (SZO, »Handle life with care«, 1993).
- Glede na ocene SZO je samo v Afriki 84 milijonov žensk pretrpelo spolni posotopek znan kot »pohabljanje ženskih spolovil«. Študija iz Sierra Leone je ugotovila, da je 83 % vseh obrezanih žensk zaradi

ttega postopka v določenem obdobju svojega življenja potrebovalo zdravniško pomoč.

- Številke, povezane z umori so osupljive. V Bangladešu 50 % vseh umorov predstavljajo umori žensk, ki jih umorijo možje. V Kanadi je 62 % vseh umrlih žensk v letu 1987 umrlo zaradi posledic nasilja doma (Heise, 1993).

## Nasilje doma

Anketiranje žensk o načrtovanju družine na področju Kissi v Keniji je pokazalo, da 42 % žensk redno pretepejo njihovi možje. Raziskava v Santiagu, Čile, je pokazala, da 80 % vseh žensk telesno, duševno ali spolno zlorabijo njihovi partnerji ali sorodniki; 63 % pa jih je bilo zlorabljenih v obdobju raziskave.

V ZDA je pretepanje največji posamezni dejavnik poškodb pri ženskah, katerega posledice so večje kot posledice avtomobilskih nesreč, napadov in posilstev skupaj.

Vpliv nasilja na domu sega prek posameznih poškodb. Z nasiljem je povezanih veliko kroničnih zdravstvenih problemov.

Na primer, največkrat se zlorabljene ženske pritožujejo zaradi kroničnih fizičnih bolečin. Otroci pretepenih žensk imajo lahko težave z zdravjem, težave v šoli in duševne motnje, lahko tudi postanejo bolj agresivni in zrastejo v agresivne odrasle.

## Zloraba otrok

Poleg nasilja nad starši sta zloraba otrok in ostarelih prav tako simptoma rastoče mednarodne epidemije nasilja na domu. Glede na podatke SZO, »je zloraba otrok prikrit problem zaradi pomanjkanja podatkov in zaradi tega problem spremljata sram in zanikanje. Vendar je zloraba otrok problem v razvitih deželah in deželah v razvoju.« Poleg tega izkušnje kažejo, da zlorabljen otrok čisto zraste v odraslega, ki sam zlorablja otroke (SZO, 1992).

Otroci, ki so priče zlorabi žensk tvegajo, da so zlorabljeni tudi oni. Študija v Bogoti, Kolumbija, kaže, da je 74 % tistih, ki imajo otroke, povedalo, da so bili njihovi otroci med napadom prisotni. V 49 % primerov so bili poškodovani tudi otroci (Heise, 1992).

Otroška prostitucija vse bolj ogroža zdravje in varnost otrok sveta. Vsepovsod, tudi v premožni Evropi in ZDA, je vzorec isti: otrok pobegne od doma zaradi gospodovalnih staršev ali zato, ker je fizično ali spolno zlorabljen, ali pa ga starši preprosto napodijo, ker ne morejo ali nočejo skrbeti zanj.

V nekaterih državah starši svoje otroke prodajajo kot sužnje trgovcem s spolnostjo. V deželah tretjega sveta so številke osupljive: približno 800.000 mladoletnih prostitutk na Tajlandu, 400.000 v Indiji, 250.000 v Braziliji in 60.000 na Filipinih (Serrill, 1993).

### *Pohabljanje ženskih spolovil*

Pohabljanje ženskih spolovil (prej znano kot obrezovanje žensk) izvajajo v delih Zahodne in Vzhodne Afrike in na Srednjem Vzhodu. Danes je prisotno še v Avstraliji, Evropi in Severni Ameriki med migrant-skimi skupinami. Gre za operacijo deklic, s katero odstranijo ves ali del klitorisa in ostale dele zunanjega spolovila.

Takojšnje tveganje posega vključuje krvavitev, tetanus in zastrupitev krvi zaradi nesterilnosti in čisto primitivnega orodja (nož, britvica ali kos stekla); in šok zaradi bolečine, ker operacijo izvajajo brez anestezije.

V Sudanu, kjer izvajajo najekstremnejšo obliko obrezovanja (klitoris in obe sramni ustnici), zdravniki ocenjujejo, da za posledicami operacije umre 10–30 % deklic, še posebej na območjih, kjer ni na razpolago antibiotikov (Heise, 1993).

Dolgoročne posledice, poleg izgube občutij pri spolnosti, vključujejo kronične infekcije urinarnega trakta, medenične infekcije, ki lahko vodijo v sterilnost, boleče občevanje in resne brazgotine, ki lahko povzročajo trganje tkiva in krvavitve med porodom.

Pravzaporav morajo »obrezane« ženske za poročno noč prerezati in takih zarez je za porod potrebnih še več (Heise, 1993).

Od leta 1984 Afriški komite za tradicionalne postopke, ki vplivajo na zdravje žensk in otrok (Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children), ki je organizacija, ki pokriva 22 nacionalnih komitejev, si prizadeva za izkoreninjenje pohabljanja spolovil, toda religiozna in kulturna prepričanja še naprej vzdržujejo škodljive postopke. Ta skupina je izvajala uspešno kampanjo, s katero je širšo mednarodno javnost opozorila na ta problem in na širši problem tradicionalnih postopkov, ki vplivajo na zdravje žensk in otrok.

Kot je bilo že prej omenjeno, je leta 1993 SZO pozvala vlade, naj obnovijo napore za izkoreninjenje škodljivih tradicionalnih postopkov kot so pohabljanje ženskih spolovil, poroke otrok, omejevanje hrane v času nosečnosti (resolucija WHA 46.18 sprejeta na 46. zasedanju Svetovnega zdravja (World Health Assembly – WHA, 1993)). Vendar pa ostaja še veliko dela, ki ga je treba opraviti na mikroravni. Medicinske sestre in Nacionalne zveze medicinskih sester morajo sodelovati z obstoječimi nacionalnimi komiteji in združiti prizadevanja za povečanje ozavešanja, izobraževanja javnosti in izvajanja učinkovitih strategij za izkoreninjenje zdravju škodljivih prosegov.

### *Zloraba ostarelih*

Trenutne ocene razširjenosti zlorabe ostarelih segajo od 700.000 do 1.300.000 primerov letno v ZDA. V ostalih državah številke prav tako naraščajo. Raziskava navaja pet vzrokov zlorabe ostarelih:

- odvisnost ostarelih od skrbnikov, ki niso usposobljeni, da bi skrbeli zanje;
- odvisnost ali duševni problemi skrbnika ali tistega, za katerega je potrebno skrbeti;
- krog družinskega nasilja – če si bil kot otrok pretepan, lahko odrasteš v odraslega, ki pretepa;
- naučeno vedenje, ki naj bi bilo norma;
- ponižujoče vedenje s strani sovražno razpoloženega skrbnika.

### *Nasilje s smrtnimi posledicami*

Nasilje se pogosto konča s smrtjo žrtve. Spolno nasilje ubija skozi prisilni samomor ali umor. Študija, narejena v ZDA, je odkrila, da je nasilje lahko samostojni najpomembnejši vzrok za poskuse samomora pri ženskah, kar so jih identificirali do sedaj.

V raziskavi samomorov v več kulturah so prišli do istega sklepa. Potrdili so povezavo med nasiljem in samomorom v kulturah Peruja, Afrike, Papue-Nove Gvineje in ostalih otokov Melanezije (Heise, 1993).

V mnogih kulturah je večje cenjenje dečkov lahko posebno škodljivo in celo usodno za deklice. Isto čustvo, ki je nekoč motiviralo ubijanje otrok, se danes izraža v sistematičnem zanemarjanju hčera – tako resnem zanemarjanju, da v indijski državi Punjab umre dvakrat več deklic v starosti dveh do štirih let kot dečkov. V kmetijskem Bangladešu, je podhranjenost skoraj trikrat večja pri deklicah kot pri dečkih.

Po podatkih Sen – indijske ekonomistke, ki je primerjala rezultate med moškimi in ženskami v deželah, kjer sta oba spola deležna enake mere pozornosti, z državami, kjer so ženske skrajno diskriminirane – samo na Kitajskem poročajo o 50 milijonih »pogrešanih« žensk, žrtev podhranjenosti, pomanjkanja vlaganja v zdravje žensk in različnih vrst nasilja (Heise, 1993).

Če bi vse države imele razmerje (1,05), ki je tipično za bolj enakopravne države, bi danes na svetu živelo 100 milijonov žensk več (Heise, 1993).

### *Smrt zaradi dote*

Na polotoku Indija narašča razširjenost posebne smrtno oblike zlorabe žensk, lokalno znane kot zažiganje neveste ali smrt zaradi dote. Tradicionalna praksa v zvezi z doto je bila nekakšna shema za bodoče zakonske može – »kako najhitreje obogateti«, mlade neveste pa so bile kruto zlorabljene, če zahteve po denarju ali dobrinah niso bile izpolnjene. V najostrejši obliki se je mučenje okoli dote končalo s samomorom ali umorom žene, kar je osvobodilo moža, da je lahko poiskal donosnejšo kombinacijo.

O smrti zaradi dote ni točnih podatkov, ker mož in njegovo sorodstvo pogosto poskušajo prikazati uboj kot samomor ali nesrečo. Ženo v kuhinji polije s petrolejem in zažge. Potem pa razglasi, da je žena

umrla v kuhinji zaradi nesreče pri kuhanju – od tu tudi izraz zažiganje nevest.

V obeh – urbanem Maharashtra in Bombaju – gre eno od petih smrti žensk starih 15–45 pripisati »naključnim požarom«. Za ženske, stare od 15 do 24 let, je razmerje ena proti štiri (Heise, 1993).

### *Vpliv na zdravje*

Jasno je, da fizična škoda, ki jo povzroča nasilje v družini terja ogromen davek od zdravja družine kot tudi od sistema zdravstvenega varstva. Glede na podatke študije iz Lime, Peru, je ena izmed treh žensk v urgentni obravnavi žrtev nasilja doma.

Med 22 in 35 % vseh žensk, ki obiščejo ameriške urgentne klinike, pride zaradi simptomov, ki so povezani z zlorabo.

Med nosečnostjo nasilje ogroža življenje zarodka in matere. Pretepe ne ženske tvegajo dvakrat večjo možnost splava in štirikrat večjo možnost, da bodo rodile dojenčka z nizko porodno težo. Študije v ZDA so pokazale, da pretepe ne ženske štiri do petkrat pogosteje iščejo psihiatrično pomoč in zanje je petkrat verjetneje, da bodo poskušale narediti samomor kot ženske, ki niso žrtve pretepanja. Približno tretjina pretepenih žensk je močno depresivnih in nekatere zato uživajo alkohol in mamila. Študije kažejo, da večina pretepenih žensk prične piti alkohol šele po zlorabi, kar nakazuje, da se ženske zatekajo k alkoholu zato, da bi pobegnile pred nevzdržno situacijo.

Spolni napadi lahko povzročijo fizično poškodbo in globok duševni pretres. V študiji mladih mater v porodnišnici v Limi so ugotovili, da so jih 90 % posilili lastni očetje, krušni očetje ali bližnji sorodniki.

Žrtve posilstev lahko pretrpijo resne poškodbe, duševno bolezen ali smrt, ki sledi spolni zlorabi. Poleg potencialne nosečnosti žrtve lahko tvegajo okužbo s spolno prenosljivimi boleznimi, vključno z aidsom.

Pri tistih, ki posilstvo preživijo, se lahko pokažejo različni travmatični simptomi, kamor spadajo motnje v spanju in prehranjevanju, depresije, občutja manjvrednosti, jeza in samoobtoževanje, nočne more, strah pred spolnostjo in nesposobnost koncentracije.

### *Sodna odškodnina/kazen*

Komisija za položaj žensk pri Združenih Narodih (UN Commission on the Status of Women) je opredelila »nasilje nad ženskami« kot »kakršnokoli nasilno dejanje nad žensko, katerega rezultat je ali verjetno bo telesna, spolna ali duševna oškodovanost ali trpljenje ženske, grožnje s takimi dejanji, omejevanje ali samovoljno prikrajšanje svobode, zasebno ali v javnem življenju.« Glavna zapreka pri reševanju tega problema je bila svetost doma in prepričanje, da tisto, kar se dogaja znotraj družine, ne more biti predmet zunanje preiskave.

Glede na podatke Srečanja skupine strokovnjakov za področje nasilja v družini s posebnih poudarkom na njegovih vplivih na ženske (UN Expert Group Meeting on Violence in the Family with Special Emphasis on its Effects on Women), ki je bilo 1986, se je problem zaostрил zaradi prevladujoče ideje, da je družina sveta in izven dosega sankcij (Women 2000, 1992).

Poleg kulturnih norm, ki preprečujejo »vpletanje« v dom, so bili legalni sistemi pri zagotavljanju ustreznih odškodnin počasni. V nekaterih sistemih pravosodja lahko moške žene neomejeno fizično kaznujejo; to je dovoljenje, ki ga lahko najdemo v zakonodaji ali, še pogosteje, nanj sklepamo iz kulturne prakse. V mnogih sistemih zakoni sodnega postopka omejujejo dostopnost kriminalnega prava do domačih situacij. V mnogih državah morejo žrtve sprožiti sojenje za vsa, razen za najresnejša kriminalna dejanja, ženskam je prepovedano pričati proti svojim možem, moč policije v primerih kriminala na domu pa je nejasna (Women 2000, 1992).

### *Kaj lahko naredijo medicinske sestre*

Ker so medicinske sestre pogosto prvi delavci zdravstvenega varstva, ki pridejo v stik z žrtvami, lahko najbolj vplivajo na preprečevanje nasilja. Nasilje sega prek pretepenih žensk in vključuje zlorabo otrok, incest, zlorabo ostarelih, spolne napade na odrasle.

Ko bolnik medicinski sestri pove, kaj se je zgodilo, lahko odgovor medicinske sestre veliko spremeni. Medicinske sestre so usposobljene tako, da ne postavljajo sodb in da se izogibajo obotoževanju žrtev, pa še vedno ne bodo obtožile tistega, ki je zlorabil.

Prepogosto je v poročilu zapisano, da je »bolnik dobil udarec s pestjo v oko«, ni pa dokumentirano, kdo je, po njegovi izjavi, to storil. Če informacija ni jasna mora medicinska sestra postavljati prava vprašanja, da to informacijo dobi.

Kot je rekla neka medicinska sestra: »Ko nekdo vstopi in reče: »Moj sin me je udaril z opeko«, ne rečemo skoraj ničesar in samo zapišemo. Nismo se naučili, kako zastavljati vprašanja. Medicinske sestre smo vedno mislile, da moramo ostati nevtralne. Biti pa moramo zelo dojemljive za dejstvo, da (vsem) ni vseeno, če nekdo postane žrtev.« (Meierhoffer, 1992).

Ena možnost je, da v vsako anamnezo vključimo vprašanja o pretepanju; zelo neposredna vprašanja, kot so: Ali vas vaš partner kdaj udari, klofuta, brčne? Kot je postalo že običajno, da naredimo anamnezo spolnega življenja, tako bi morala postati standardna tudi anamneza o družinskem nasilju.

Medicinske sestre morajo identificirati žrtve zlorabe in se z njimi pogovarjati. Tudi v državah, kjer ne obstajajo ženski posvetovalni centri ali kjer represivna politična vlada ne spodbuja iskanja pomoči pri policiji ali pri vladnih avtoritetah, lahko medicinske sestre poudarjajo, da si nihče ne zasluži, da bi ga preteпали ali

posilili, in pomaga ženskam, da začno razmišljati na drug način.

### *Lobiranje in politična akcija*

V tistih državah, kjer pravni sistem ne zagotavlja zadostne odškodnine oziroma kazni za žrtve nasilja doma, so lahko medicinske sestre pomemben dejavnik v izobraževanju lokalnih in nacionalnih predstavnikov o vplivu nasilja na zdravje naroda. Specifični cilji lahko vključujejo uzakonjenje takšnih zakonov, ki nasilje doma obravnavajo kot kriminal in zagotavljajo zaščito. Dodatno bi se bilo potrebno potegovati za specializirane zakone, na primer proti mučenju zaradi dote.

Medicinske sestre imajo lahko pomembno vodilno vlogo pri spreminjanju politike zdravstvenega varstva in pri ozaveščanju, da je nasilje aktualen zdravstveni problem.

### **Zdravje družine in medicinske sestre**

Vse od rojstva moderne zdravstvene nege so medicinske sestre in študenti spoštovali, če ne v dejanjih, pa v besedah, pomembnost prispevka družine k varovanečevemu okrevanju.

Tudi v prvi polovici tega stoletja je mnogo urbanih bolnišničnih centrov podpiralo šole za zdravstveno nego, kjer so se medicinske sestre učile »ustreznega« vedenja, stroga pravila pa so resno omejevala obiske družin. Medicinska sestra pa je pazila, da so se teh pravil držali.

Vključevanje družine v zdravstveno nego bolnika so razumele patronažne medicinske sestre, ki so delovale v skupnosti; v bolnišnicah so bile to le besede, napisane v načrtu zdravstvene nege.

V šestdesetih letih pa se je družba začela spreminjati, avtoriteta je postala vprašljiva in ustanove zdravstvenega varstva niso bile nobena izjema. Začele so se razprave o pravicah staršev, oblikovali so nove predpise in jih prilagajali praksi. Ure obiskov v bolnišnici so liberalizirali; v mnogih mestih so družine spodbujali, naj ostanejo ves dan. Če so bili v bolnišnici otroci, so spodbujali starše, naj ostanejo tam vso noč, če je le bilo dovolj odej.

V bolnišnicah, kjer je običajno, da matere ostanejo ves čas z otrokom, imajo medicinske sestre več možnosti za ocenjevanje interakcije med otrokom in materjo, pomagajo pri dojenju in poučujejo vse družinske člane, ki bodo vpleteni v nego novorojenčka.

Od osemdesetih se je izobraževanje za zdravstveno nego začelo spreminjati od programov, ki so usposabljali za delo v bolnišnicah, do stopenjskih programov za pridobitev višje stopnje izobrazbe. S tem ko je bilo vedno več medicinskih sester izobraževanih izven bolnišnic in ob vplivu ženskega gibanja v mnogih državah, si oblikujejo medicinske sestre nove vloge izven bolnišnic ali v njih. Poleg aktivnosti

zdravstvene nege, ki smo jih že obravnavali v zvezi z zdravjem družine, so se pojavile nove vloge v napredni praksi zdravstvene nege, na primer medicinske sestre s specializacijo na kliničnem področju.

### *Medicinske sestre s specializacijo na kliničnem področju*

Spričo velikega napredka na znanstvenem področju in tehnološkega napredka, zaradi česar je postala oskrba kompleksna, je specializacija ostala neizogibna. Nekatere medicinske sestre so se specializirale v raznih področjih zdravstvene nege (na primer specializacija iz psihiatrične zdravstvene nege).

Nove specializacije rastejo z napredovanjem znanja in tehnologije in javnost zahteva visoko kvalificirano zdravstveno varstvo, ki presega širino in globino osnovnih programov za medicinske sestre (Affara and Styles, 1992).

V mnogih državah imajo medicinske sestre specializacijo na kliničnem področju, magistrsko ali doktorsko stopnjo in se izpopolnjujejo v skladu s standardi stroke, po navadi pod vodstvom Nacionalne zveze medicinskih sester.

Medicinsko sestro, specializirano na kliničnem področju, velikokrat potrebujejo za poučevanje in raziskovanje, bistvo njihove prakse pa je še vedno zdravstvena nega varovanca. To varstvo, posebno otrok ali tistih s kroničnimi problemi, nujno vključuje učenje in podporo družinskih članov.

### *Družinska medicinska sestra*

Koncept družinske medicinske sestre ni nov. Že nekaj desetletij so medicinske sestre, ki so delovale v skupnosti, pomagale mnogim družinam in jim svetovale po bolezni ali po porodu in se osredotočale na pomoč pri ozdravitvi.

Nov pa je globalni pristop primarnega zdravstvenega varstva s poudarkom na promociji zdravja in zdravstvenega varstva za vse. V letu 1974 je bil sklican Strokovni odbor za zdravstveno nego skupnosti pri SZO (WHO Expert Committee on Community Health Care), kjer so razpravljali o poteh za zagotavljanje osnovnih zdravstvenih uslug za nepreskrbljeno prebivalstvo. Komite je priporočil pomembne spremembe v izobraževanju in funkcioniranju zdravstvene nege in predvidel, da »se bo najbolj dramatična sprememba vloge in funkcije medicinskih sester, ki skrbijo za zdravje skupnosti, videla v dodatnih diagnostičnih in terapevtskih nalogah.

Najprej se bo od njih pričakovalo, da bodo učile izvajalce primarnega zdravstvenega varstva veliko funkcij, ki jih tradicionalno opravljajo medicinske sestre, in jih vodile pri iskanju problemov, preprečevanju bolezni, varstvu bolnika in družine, razvoju programa za skupnost, zdravstvenemu izobraževanju, zdravljenju in s tem povezanimi funkcijami.



Še bolj zahtevna odgovornost medicinske sestre v skupnosti bo izpolnjevanje nalog, ki jih ponavadi pripisujemo zdravnikom splošne prakse. Te vključujejo preiskovanje bolnih in invalidnih, iskanje izvora prisotnih problemov in obravnavanje akutnih bolezni kot tudi prevladujočih bolezni v skupnosti.

»Ko bo medicinska sestra postala kompetentnejša v teh in z njimi povezanih spretnostih zdravstvene nege, se bo razširila tudi njena vloga učiteljice, tiste, ki daje podporo in s katerim se lahko posvetujemo« (SZO, 1974).

Zahteve po zdravstvenem varstvu so se povečale in vloga medicinske sestre se je razširila.

Bilo je več razlogov. V razvitih deželah in industrializiranih deželah se je pričakovana življenjska doba podaljšala in svetovno prebivalstvo, starejše od 60 let, je številčno naraslo. V letu 1978 na zgodovinski konferenci v Alma Ati so si narodi sveta za cilj zastavili zdravje za vse prek primarnega zdravstvenega varstva in ta cilj je imel močen motivacijski vpliv.

V sami zdravstveni negi je bila sprememba razburljiva in veliko medicinskih sester, ki so delale v bolnišnicah, je postalo nezadovoljnih zaradi pomanjkanja avtonomije, ki je omejevala njihovo prakso. V vlogi patronažne medicinske sestre so videle neodvisnost, ki so jo podpirale. In tako je število patronažnih medicinskih sester raslo.

Originalno je bilo izobraževanje patronažnih medicinskih sester, ki se je nadaljevalo po programih s pričevali za diplomirane medicinske sestre, od devet mesecev do enega leta na univerzi, sledilo pa je pripravništvo z mentorjem. Na začetku so diagnostične in kurativne vidike poučevali zdravniki in sestriški timi, danes pa so za to skoraj po vseh državah odgovorne fakultete za medicinske sestre.

V nekaterih državah, kot na primer v ZDA, programi za patronažne medicinske sestre potekajo na ravni magisterija. V ZDA je okoli 50.000 usposobljenih patronažnih medicinskih sester, dve tretjini od teh imata diplomu, ena tretjina pa magistrsko stopnjo.

McDowell, ko opisuje uspešen razvoj programa za patronažne medicinske sestre v St. Vincentu in na Grenadinih, je rekel, da »je pomembno, da patronažne medicinske sestre obravnavamo kot medicinske sestre in ne kot zdravnike. Učenje za zdravje, za promocijo zdravja in preprečevanje bolezni so njihove glavne naloge. Pristop primarnega zdravstvenega varstva zahteva, da ponujene usluge vsebujejo ustrezno tehnologijo, sodelovanje skupnosti in vključevanje sektorjev, ki niso le zdravstveni.

Patronažne medicinske sestre na področju Karibov morajo, zaradi obstoječe zdravstvene situacije, razvijati koncepte samopomoči, preprečevanja bolezni in krepitev zdravja; v svojem bistvu mora biti pristop orientiran v smeri skupnosti. Vse svoje energije ne morejo porabiti na kurativnem področju; poudarek morajo dati na preventivo tistih zdravstvenih problemov, ki še vedno obstajajo kot rezultat nevedno-

sti, ekonomskih dejavnikov in dejavnikov okolja« (McDowell, 1984). Podobno velja tudi za ostale dele sveta.

### *Vplivi na zdravstveno politiko*

Struktura družine se je v tem desetletju devetdesetih spremenila. Družina z dvema staršema, z očetom, ki je zaposlen, in mamo, ki ostaja doma, ni več tipična; v mnogih krajih je celo izjemna. Ženske, kot tudi moški, ki delajo, nepopolne družine, družine z ostarelimi starši, za katere skrbijo odrasli otroci, homoseksualni pari, neporočeni heteroseksualni pari – tudi te vrste družin danes iščejo zdravstveno varstvo.

Svet, v katerem živijo, je obdan z mnogimi socialnimi problemi: revščino, nasiljem, etničnimi konfliktami, neprehranjenostjo, odvisnostjo, nepismenostjo, brezdomstvom.

Na srečo je SZO leta 1977 sprejela sklep »Zdravje za vse« s pomočjo primarnega zdravstvenega varstva in tako opredelila osnovno zdravstveno politiko za svet. Takratni Glavni direktor SZO Halfdan Mahler je razglasil, da »ima svet prvič niz univerzalnih načel za zdravje, socialno spiralo, katere standardi lahko oblikujejo veliko različnih zdravstvenih sistemov za odzivanje na različne potrebe in različne zmogljivosti« (Mahler, 1988).

Veliko držav je zasnovalo svoje zdravstvene politike na konceptu »zdravje za vse« in poudarilo krepitev zdravja in decentralizacijo iniciative – na raven lokalne enote, mesta in komune.

Medicinske sestre in babice v mnogih državah, kot članice tima zdravstvenega varstva, že izvajajo glavnino zdravstvenega varstva družine v skupnosti, na kliniki, v šoli in industriji kot tudi v bolnišnicah.

WHA (World Health Assembly) je spoznala potencial specifičnega odnosa, ki ga imajo medicinske sestre s posamezniki in skupnostjo in je zato na svojem srečanju leta 1983 sprejela resolucijo WHA 36.11, ki zavezuje nacionalne in mednarodne zveze medicinskih sester in babic k razvijanju pristopa primarnega varstva in pozvala države članice, da zagotovijo ustrezno izobraževanje v primarnem zdravstvenem varstvu, ki naj sodelujoče usposablja za učinkovito sodelovanje v nacionalnih programih »zdravje za vse«.

ICN se je odzvala z organiziranjem vrste delavnic, ki so vključevale več kot 90 držav, in z izdajo nekaj publikacij je prevzela vodenje in usmerjanje v primarnem zdravstvenem varstvu. Skoraj vse države zdaj v svojih osnovnih programih zdravstvenega izobraževanja vključujejo priprave na primarno zdravstveno varstvo. Da bi zagotovile bolj izčrpno zdravstveno varstvo, morajo biti medicinske sestre sposobne, da ocenijo zdravstvene potrebe varovanca in družin, poslušajo, svetujejo, zagotavljajo primarno obravnavo in usmerjajo k drugim strokovnjakom in ustanovam,

kadar je to potrebno. Da lahko dobro izvajajo te naloge, se medicinske sestre v mnogih državah izobražujejo v post-bazičnih programih.

Glavna lastnost uspešnega primarnega zdravstvenega varstva je spodbujanje družin in posameznikov, da prevzamejo nadzor nad svojim zdravstvenim varstvom, da sprejemajo odgovornost za zdrav način življenja in izvajajo zdravstveno samozaščito in samonapredovanje zdravja.

V vseh teh prizadevanjih – spodbujanje samozaščite, razširjanje kurativnih funkcij, ustanavljanje kolaborativnih zdravstvenih centrov v skupnosti, ki jih pogosto vodijo medicinske sestre, sodelujejo tudi

ostali zdravstveni strokovnjaki – bodo medicinske sestre potrebovale tako politične kot medosebne spretnosti vodenja. Nacionalne zveze medicinskih sester bodo morale sodelovati z mnogimi skupinami, medsektorskimi in zdravstvenimi, da bodo lahko vplivale na zakonodajalce in privatni sektor, da bi le-ti podpirali raziskavo zdravstvene politike, odstranili prepreke, ki zavirajo legitimnost funkcij primarnega zdravstvenega varstva. Ustanoviti bodo morale centre primarnega zdravstvenega varstva ter zagotovili sredstva za njihovo podporo.

Iz gradiva ICN prevedla Barbara Domajnko