



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO V GINEKOLOŠKEM DISPANZERJU

Mentorica: Erika Povšnar, pred.
Somentorica: doc. dr. Joca Zorc

Kandidatka: Julijana Pepić

Jesenice, februar, 2012

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Eriki Povšnar, pred. in somentorici doc. dr. Joci Zorc, za sprejeto mentorstvo in somentorstvo, iskreno pomoč, koristne nasvete, veliko potrpežljivost in spodbudne besede pri izdelavi diplomskega dela.

Zahvaljujem se vodstvu Zdravstvenega doma Ljubljana – Vič in Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj ter zdravstvenemu osebju ginekoloških dispanzerjev, ker so mi omogočili izvedbo te raziskave. Prav tako se zahvaljujem ženskam, ki so si vzele čas in izpolnile anketni vprašalnik.

Zahvaljujem se tudi doc. dr. Brigiti Skela Savič in mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred., za recenzijo diplomskega dela.

Posebna zahvala ob koncu študija gre moji družini in zaročencu, ki so mi omogočili študij ter me spodbujali in pomagali na poti do cilja.

Najlepša hvala tudi vsem, ki ste mi stali ob strani, me spodbujali in mi kakorkoli pomagali na moji študijski poti.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Reproduktivno zdravstveno varstvo na primarni ravni se izvaja po dispanzerski metodi dela, kar pomeni, da ginekološki tim skrbi za reproduktivno zdravje žensk in njihovih partnerjev, izvaja programe promocije reproduktivnega zdravja in programirano zdravstveno vzgojo in s tem spodbuja ženske in njihove partnerje k čim večji skrbi za lastno reproduktivno zdravje in zdravje svojih potomcev.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil proučiti zdravstveno vzgojno delo pri mladostnicah, nosečnicah, v menopavzi, na področju raka materničnega vratu in dojk ter ugotoviti seznanjenost žensk z zdravstveno vzgojnim delom in njihove potrebe glede zdravstveno vzgojnih znanj v ginekološkem dispanzerju.

Metoda: Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi empiričnega raziskovanja. Kot instrument zbiranja podatkov smo uporabili metodo anketiranja v obliki strukturiranega pisnega vprašalnika. Vzorec je bil namenski, neslučajnostni. Raziskava je bila izvedena v Zdravstvenem domu Ljubljana –Vič in v Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj, v vsaki izmed ustanov je sodelovalo 60 anketirank, skupaj 120. Podatke smo obdelali s statističnim programom SPSS 18.0.

Rezultati: Največ žensk (43,3 %) obišče ginekologa enkrat na leto, najpogostejši razlogi za obisk so redni preventivni ginekološki pregled (21 %), odvzem brisa materničnega vratu (19,6 %) in potreba po kontracepciji (14,5 %). Zdravstveno vzgojnega dela v ginekološkem dispanzerju je bilo deležnih 55,8 % žensk, največ na področju spolnosti in kontracepcije (38,3 %). Potrebe žensk se dotikajo predvsem boljše organizacije dela, boljše komunikacije ter več zdravstveno vzgojnih gradiv. Statistično pomembne razlike ugotavljamo glede na regijo ($p=0,052$) in izobrazbo ($p=0,000$).

Razprava: Cilji preventivnih programov varovanja reproduktivnega zdravja na primarni, sekundarni in terciarni ravni so zmanjšanje ogroženosti zaradi bolezni povezanih z reprodukcijo, zgodnje odkrivanje rakavih bolezni ter promoviranje reproduktivnega zdravja. Pri tem je zelo pomembna vloga medicinske sestre. Predstavlja potencial vplivanja na zdravje ljudi, odgovorna je za promocijo zdravja in zdravstveno vzgojo.

Ključne besede: reproduktivno zdravje, zdravstvena vzgoja, promocija zdravja, dispanzerska dejavnost, medicinska sestra.

ABSTRACT

Background: At the primary level, reproductive health care is conducted at outpatient clinics. This means that the gynecology team takes care of the reproductive health of women and their partners, implements reproductive health promotion programmes and health education for target populations, thereby encouraging women and their partners to take better care of their reproductive health and the health of their children.

Aims: The main aim of the thesis was to study health education in female adolescents, pregnant women and women in menopause for cervical cancer and breast cancer, and to determine patients' knowledge of health education programmes and their need for information on health education in a gynecology outpatient clinic.

Methods: Descriptive empirical research design was undertaken. A structured written questionnaire was used as an instrument for data collection. Purposive, non-random sampling was applied. The research was conducted at the Community Health Centre Ljubljana – Vič and at the Gynecology and Obstetrics Hospital Kranj. Sixty respondents were included from each institution, 120 respondents in total for the research. Data was processed using statistical programme SPSS 18.0.

Results: The majority of women (43,3%) visit a gynecologist once a year, the most common reasons being regular preventive gynecology examination (21%), cervical screening test (19,6%) and the need for contraception (14,5%). In the gynecology outpatient clinics, 55,8% of respondents received health education, mostly dealing with sexuality and contraception (38,3%). Respondents' needs apply particularly to better work organisation, better communication and additional health education material. Statistically significant differences were determined according to region ($p=0,052$) and education ($p=0,000$).

Discussion: Prevention programmes for protecting reproductive health at the primary, secondary and tertiary levels are aimed at reducing threats from diseases connected with reproduction, early detection of cancer diseases and promotion of reproductive health. Here, the role of a nurse is extremely important. Nurses have the potential to influence people's health, they are responsible for health promotion and health education.

Key words: reproductive health, health education, health promotion, outpatient clinics, nurse.

KAZALO

1 UVOD IN OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 Reproduktivno zdravstveno varstvo	3
2.1.1 Izvajalci zdravstveno vzgojnih programov za varovanje reproduktivnega zdravja	4
2.1.2 Način izvajanja zdravstveno vzgojnih programov za varovanje reproduktivnega zdravja	4
2.2 Zdravstvena vzgoja v ginekološkem dispanzerju.....	5
2.2.1 Ravni zdravstvene vzgoje na področju reproduktivnega zdravstvenega varstva.....	5
2.2.2 Metode in oblike dela v zdravstveni vzgoji na področju reproduktivnega zdravstvenega varstva v ginekološkem dispanzerju.....	7
2.3 Zdravstveno vzgojno delo v obdobju mladostništva v ginekološkem dispanzerju	8
2.3.1 Vloga medicinske sestre na področju zdravstveno vzgojnega dela z mladostniki v ginekološkem dispanzerju	9
2.4 Zdravstveno vzgojno delo v obdobju nosečnosti v ginekološkem dispanzerju....	10
2.4.1 Šola za bodoče starše.....	11
2.4.2 Vloga medicinske sestre na področju zdravstveno vzgojnega dela v obdobju nosečnosti v ginekološkem dispanzerju	12
2.5 Zdravstveno vzgojno delo v obdobju menopavze v ginekološkem dispanzerju ..	12
2.5.1 Vloga medicinske sestre na področju zdravstveno vzgojnega dela v obdobju menopavze v ginekološkem dispanzerju	13
2.6 Zdravstveno vzgojno delo na področju raka materničnega vratu in raka dojk v ginekološkem dispanzerju	14
2.6.1 Zdravstveno vzgojno delo na področju Humanega papiloma virusa (HPV) in cepljenje proti HPV	14
2.6.2 Program ZORA	18
2.6.3 Zgodnje odkrivanje raka dojk.....	19
2.6.4 Program DORA	21
2.6.5 Vloga medicinske sestre pri zdravstveno vzgojnem delu na področju raka materničnega vratu in raka dojk v ginekološkem dispanzerju	22
3. EMPIRIČNI DEL.....	23
3.1 Problem in cilji raziskovanja	23
3.2 Raziskovalna vprašanja	23
3.3 Raziskovalna metodologija	24
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	24
3.3.2 Opis instrumentarija	25
3.3.3 Opis vzorca	25
3.3.4 Opis obdelave podatkov	26
3.4 Rezultati.....	26
3.4.1 Udeleženosť žensk pri ginekoloških pregledih	27
3.4.2 Seznanjenost žensk z zdravstveno vzgojnim delom v ginekološkem dispanzerju.....	31
3.4.3 Komunikacija z izbranim ginekologom in diplomirano medicinsko sestro v ginekološkem dispanzerju	35

3.4.4 Seznajenost žensk z zdravstveno vzgojnim delom na področju raka materničnega vratu in raka dojke v ginekološkem dispanzerju.....	37
3.5 Razprava	45
4 ZAKLJUČEK	50
5 LITERATURA IN VIRI	51
6 PRILOGE.....	56
6.1 Instrument.....	56

KAZALO TABEL

Tabela 1: Prvi obisk in pogostnost pregledov v ginekološkem dispanzerju.....	27
Tabela 2: Preventivni ginekološki pregled in odziv na vabilo	27
Tabela 3: Mnenje žensk o upravičenosti do preventivnega ginekološkega pregleda glede na regijo	28
Tabela 4: Mnenje žensk o upravičenosti do preventivnega ginekološkega pregleda glede na stopnjo izobrazbe	30
Tabela 5: Razlogi za obisk ginekologa.....	31
Tabela 6: Mnenje žensk o potrebi zdravstveno vzgojnega dela na različnih področjih v ginekološkem dispanzerju	31
Tabela 7: Udeleženosť žensk pri zdravstveno vzgojnem delu v ginekološkem dispanzerju.....	32
Tabela 8: Udeleženosť žensk pri učnih oblikah in metodah dela v ginekološkem dispanzerju.....	33
Tabela 9: Informacije, ki jih ženske pogrešajo v okviru zdravstveno vzgojnega dela v ginekološkem dispanzerju	34
Tabela 10: Potrebe žensk po zdravstveno vzgojnem delu v ginekološkem dispanzerju	35
Tabela 11: Zadovoljstvo žensk z izbranim ginekologom in diplomirano medicinsko sestro v ginekološkem dispanzerju	35
Tabela 12: Opredelitev komunikacije z izbranim ginekologom in diplomirano medicinsko sestro v ginekološkem dispanzerju	36
Tabela 13: Spremembe v smislu izboljšanja komunikacije z izbranim ginekologom in diplomirano medicinsko sestro v ginekološkem dispanzerju.....	36
Tabela 14: Zgodnje odkrivanje raka s preventivnimi ginekološkimi pregledi	37
Tabela 15: Poimenovanje preiskave, s katero odkrivamo raka na materničnem vratu ..	37
Tabela 16: Zmanjševanje verjetnosti pojava raka na materničnem vratu s preventivnim cepljenjem.....	38
Tabela 17: Poznavanje programa ZORA in DORA	39
Tabela 18: Seznanjenost žensk s programom ZORA glede na regijo	40
Tabela 19: Seznanjenost žensk s programom DORA glede na regijo.....	41
Tabela 20: Seznanjenost žensk z rakom materničnega vratu in rakom dojk.....	41
Tabela 21: Seznanjenost žensk s pravilnim postopkom samopregledovanja dojk.....	42
Tabela 22: Mnenje žensk o časovnem poteku samopregledovanja dojk glede na menstruacijski cikel	43
Tabela 23: Zadostnost informacij o raku materničnega vratu in raku dojk.....	43
Tabela 24: Mnenje žensk o prejemu informacij o raku dojk glede na stopnjo izobrazbe	44

1 UVOD IN OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization, 1994) je zdravje stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni in poškodb. Dobro zdravje je glavni vir socialnega, gospodarskega in osebnostnega razvoja in pomembna dimenzija kakovosti življenja. Zdravju so lahko v korist raznorazni politični, gospodarski, socialni, kulturni, okoljski, vedenjski in biološki dejavniki, lahko pa mu škodujejo (World Health Organization, 2009).

Zdravje je skupek vsega, kar prinese posameznik s seboj ob rojstvu in kar kasneje sam prispeva v danem okolju, pri čemer »okolje ni nekaj stalnega, ampak se nenehno spreminja, zato pomeni zdravje neprestano prilagajanje oz. ustrezno vživljanje v vedno nove življenjske pogoje« (Zurc, 2010a, str. 40).

Termin reproduktivnega zdravja je bil opredeljen leta 1994 na mednarodni konferenci v Kairu kot stanje popolnega fizičnega, duševnega in socialnega počutja in ne samo odsotnost bolezni ali slabosti, v vsem, kar je povezano z reproduktivnim sistemom in njegovimi funkcijami in procesi (Ketting in Esin, 2010). Tako reproduktivno zdravje pomeni, da so ljudje zmožni imeti zadovoljujoče in varno spolno življenje in da imajo sposobnost se razmnoževati ter svobodo odločiti se ali, kdaj in kako to početi. V ta zadnji pogoj spadajo pravice moških in žensk, da so obveščeni in da imajo dostop do varnih, učinkovitih, cenovno ugodnih in sprejemljivih metod družinskega načrtovanja po njihovi izbiri, tako kot do drugih metod po njihovi izbiri za regulacijo rodnosti, ki niso v neskladju z zakonom, in pravico do dostopa do ustreznih zdravstveno – varstvenih storitev, ki bodo ženskam omogočale varno nosečnost in porod ter parom zagotovile najboljšo možnost za rojstvo zdravega dojenčka (ibid., 2010).

V zdravstvenih ustanovah ima za izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti zdravstvena vzgoja prioriteto nalogo (Pleskonjič, 2010). Je ena od najpomembnejših vidikov in poslanstev medicinske sestre, katere tvorijo eno največjih, če ne največje skupine zdravstvenih delavcev, ki so potrebni družbi. Predstavljajo potencial vplivanja na zdravje ljudi in s tem na narod (Gooding, 1997).

Združenje zdravja žensk, porodniških in neonatalnih medicinskih sester (AWHONN - Association of women`s health, obstetric & neonatal nursing, 2009) meni, da je reproduktivna zdravstvena oskrba najboljša takrat, kadar je ženska dobro obveščena s strani izvajalcev zdravstvenih storitev. Namen vseh preventivnih programov, ki se izvajajo v ginekološkem dispanzerju, je zmanjšati ogroženost zaradi bolezni, ki so povezane z reprodukcijo, nenačrtovanimi ali neželenimi nosečnostmi, zgodnje odkrivanje rakavih bolezni, ki povzročajo prezgodnjo zbolewnost, invalidnost in umrljivost, zagotoviti uveljavljanje reproduktivnih pravic in promovirati reproduktivno zdravje (Škoda in Štern, 2010).

Ker so ženske del populacije, ki so pogosto prikrajšane na področju zdravstvenega in socialnega statusa, saj imajo edinstvene zdravstvene potrebe, ki zahtevajo specifično in usmerjeno delovanje znotraj zdravstvenih in drugih služb, smo želeli z diplomsko nalogo proučiti, kako poteka zdravstveno vzgojno delo v ginekološkem dispanzerju glede na starostno populacijo in zdravstvene potrebe ter kakšna je seznanjenost in potrebe žensk glede zdravstveno vzgojnih znanj v ginekološkem dispanzerju.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 REPRODUKTIVNO ZDRAVSTVENO VARSTVO

Reproduktivno zdravje zagotavljajo pravica do zadovoljnega in varnega spolnega življenja, do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, do enake dostopnosti do informacij v zvezi z načrtovanjem družine in varovanjem reproduktivnega zdravja ne glede na spol, do varnih in učinkovitih metod za načrtovanje družine ter pravica do zdravstvenih storitev, ki zagotavljajo ženskam varno nosečnost in porod, ter učinkovito preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni, ki povzročajo prezgodnjo obolevnost in umrljivost (Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2002).

V Republiki Sloveniji zagotavljajo uresničevanje zdravstvenega varstva žensk številni predpisi, in sicer Ustava Republike Slovenije (1991) »Odločanje o rojstvih svojih otrok je svobodno«, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (pravica do kontracepcije, sterilizacije, umetne prekinitve nosečnosti, ugotavljanja in zdravljenja neplodnosti), Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih, Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (2000) ter Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni zdravstveni ravni (2002) (Nerat, 2008/2009).

Pravico do celostnega reproduktivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni uveljavljajo ženske in njihovi partnerji v ginekoloških dispanzerjih v javnih zdravstvenih zavodih in zasebnih ordinacijah. Preventivni program opravlja osebni ginekolog, ki si ga ženska ali ženska in njen partner izbereta za zagotavljanje storitev v dispanzerski ginekološki dejavnosti. Cilji preventivnih programov za varovanje reproduktivnega zdravja so zmanjšanje ogroženosti zaradi bolezni, ki so povezane z reprodukcijo, nenačrtovanimi in neželenimi nosečnostmi; zgodnje odkrivanje rakavih bolezni, ki povzročajo prezgodnjo obolevnost, invalidnost in umrljivost ter zagotavljanje uveljavljanja reproduktivnih pravic in promoviranje reproduktivnega

zdravja (Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2002).

2.1.1 Izvajalci zdravstveno vzgojnih programov za varovanje reproduktivnega zdravja

Preventivne programe za varovanje reproduktivnega zdravja izvajajo ginekološki timi na primarni ravni in tudi na sekundarni ravni, vendar pod enakimi pogoji in za enako plačilo kot na primarni ravni. Ginekološki tim sestavljajo zdravnik specialist, diplomirana babica in zdravstveni tehnik. Če v timu ni diplomirane babice, jo je dopustno nadomestiti z diplomirano medicinsko sestro, ki je ustrezno izobražena za samostojno preventivno delo. Za opravljanje preventivnih programov za varovanje reproduktivnega zdravja mora ginekološki tim imeti ustrezno kadrovsko zasedbo in redna strokovna izobraževanja osebja s posebnim poudarkom na metodologiji dela v primarnem reproduktivnem zdravstvenem varstvu žensk in na osnovah javnega zdravja (ibid., 2002).

Naloge ginekološkega tima v zvezi z izvajanjem preventivnih programov za varovanje reproduktivnega zdravja, so tudi vzdrževanje in hranjenje predpisane dokumentacije; sporočanje zakonsko opredeljenih podatkov v državne informacijske zbirke zdravstvenih podatkov, ki so opredeljene v zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega zdravstva ter izdelava letnega poročila o opravljenem delu na osnovi smernic Ministrstva za zdravje, ki ga pošlje območnemu odgovornemu ginekologu (ibid., 2002).

2.1.2 Način izvajanja zdravstveno vzgojnih programov za varovanje reproduktivnega zdravja

Osebni ginekolog v dispanzerju za ženske, zasebnem ali ne zasebnem, izvaja reproduktivno zdravstveno varstvo po dispanzerski metodi dela, kar pomeni, da skupaj s svojimi sodelavci aktivno skrbi za zdravstveno stanje prebivalstva v njegovem zdravstvenem območju in razvija programe promocije zdravja ter tako spodbuja ženske in njihove partnerje k čim večji skrbi za lastno zdravje in zdravje njihove družine

(Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2002).

Najpomembnejši funkciji dispanzerja sta funkcija kompleksne in popolne obravnave varovanca kot človeka, na katerega zdravstveno stanje vplivajo tudi psihične, fizične in socialne okoliščine ter funkcija preventivne obravnave varovancev, s katero išče in ugotavlja zgodnje znake bolezni in drugih zdravstvenih okvar, zato da jih pravočasno odkrije in ustrezno ukrepa. Ker je dispanzerska zdravstvena nega integrirana v dispanzersko zdravstveno varstvo, ima zdravstvena nega pomembno funkcijo na preventivnem področju (Vuga, 1994).

Ginekološki tim opravlja preventivne preglede zanj opredeljenih žensk po posameznih vrstah preventivnih programov za varovanje reproduktivnega zdravja, in sicer preventivne preglede za preprečevanje raka materničnega vratu aktivno v starostni skupini od 20 do 64 let in pasivno med 65. in 74. letom na tri leta, preventivne aktivnosti v zvezi z načrtovanjem družine in nosečnostjo, preventivni klinični pregled dojk v starostni skupini od 20 do 49 let na tri leta ter preventivne aktivnosti v zvezi s predpisovanjem hormonskega nadomestnega zdravljenja v perimenopavzi in pomenopavzi (Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2002).

2.2 ZDRAVSTVENA VZGOJA V GINEKOLOŠKEM DISPANZERJU

Zdravstvena vzgoja pokriva področja vse od preprečevanja bolezni in promocije optimalnega zdravja pa do zaznave bolezni in zdravljenja, rehabilitacije in skrbi na dolgi rok (Glanz, Rimer in Viswanath, 2008). Je vsaka kombinacija učnih izkušenj, namenjena za pomoč posameznikom in skupnostim, da izboljšajo svoje zdravje s povečanjem znanja in vplivanjem na vedenje (World Health Organization, 2009).

2.2.1 Ravni zdravstvene vzgoje na področju reproduktivnega zdravstvenega varstva

Zdravstvena vzgoja na primarni ravni je namenjena zdravemu prebivalstvu. Njena naloga je obveščati ljudi o dejavnikih, ki ogrožajo zdravje in so značilni za določen prostor in čas. Prav tako obvešča o tistih dejavnikih, ki zdravje vzdržujejo ali ga povrnejo. Z zdravstveno vzgojo na primarni ravni želimo doseči ravnanje, ki krepi zdravje in tako preprečuje zbolevanje. Doseči želimo čim višjo stopnjo zdravstvene prosvetljenosti, motivacijo in odgovornost za lastno zdravje. Primarni vidik je torej posredovanje informacij, kar pomeni pripraviti ljudi, da bodo skrbeli za svoje zdravje (Hoyer, 2005). Primarno zdravstveno vzgojo izvajajo zdravstvene organizacije, sredstva množičnega obveščanja, vzgojno – izobraževalne institucije, centri prostočasnih aktivnosti, programi dobrega počutja in vse sorodne organizacije in posamezniki, katerih cilj je učiti o zdravem življenjskem slogu (Zurc, 2010b).

Zdravstvena vzgoja na sekundarni ravni zajema rizične skupine prebivalstva, vendar še zmeraj zdrave ljudi. Njena naloga je opozarjati na nevarnosti za zdravje, ki izhajajo iz delovnega ali življenjskega okolja ali iz značilnosti življenjskega obdobja. Ljudi opozarjamo tudi na prve znake obolenja in jih tako pripravimo na pravočasno ter pravilno ukrepanje, da ne pride do ogrožanja zdravja. Udeležence želimo usposabljeni za samoopazovanje, samopomoč, pa tudi za pomoč sočloveku v obliki nasveta (Hoyer, 2005). Nosilci na tej ravni so sredstva javnega obveščanja in specializirane organizacije, ki obravnavajo posameznike z določenimi zdravstvenimi težavami (Zurc, 2010b).

Zdravstvena vzgoja na terciarni ravni pomeni skrb za ljudi, pri katerih je že prišlo do določene spremembe oziroma je zdravje že prizadeto. Ljudi želi usposobiti, da bodo znali preprečevati povrnitev boleznim oziroma kakovostno živeti z nastalo spremembo, kar pomeni, da je namenjena bolnikom, invalidom in njihovim svojcem. Gre za ukrepe za zmanjševanje ali odpravljanje dolgotrajnih okvar ali nesposobnosti, za učinkovito lajšanje trpljenja ter za izboljšanje bolnikove prilagodljivosti na zanj zadovoljiva stanja. Na tej ravni so nosilci zdravstveno vzgojnih dejavnosti bolnišnice, inštituti, zdravilišča, patronažna služba, dispanzerji, ciljna literatura in zelo pomembna pomoč različnih skupin zdravljenih ljudi s podobnimi težavami (Hoyer, 2005).

Vsaka zdravstvena vzgoja je ne glede na to, na kateri ravni se pojavlja, sestavljena tako iz vzgojnega kot tudi iz izobraževalnega procesa. Pot k udejanjanju sprememb vedenja posameznika v skrbi za lastno zdravje pa ji omogočajo temeljne edukacijske, pedagoške ali vzgojno – izobraževalne vede: pedagogika, andragogika, didaktika in metodika (Zurc, 2010b).

2.2.2 Metode in oblike dela v zdravstveni vzgoji na področju reproduktivnega zdravstvenega varstva v ginekološkem dispanzerju

Programirana zdravstvena vzgoja je pomembna za izboljšanje in varovanje reproduktivnega zdravja in je sestavni del vsakega preventivnega programa. Poteka v obliki individualnega svetovanja – v okviru preventivnega pregleda, ki ga izvaja ginekološki tim ter skupinskih učnih delavnic – za ciljne skupine prebivalcev (mladostniki, nosečnice, ženske v različnih obdobjih rodne dobe, ženske s tveganim spolnim in reproduktivnim vedenjem, ženske v menopavzi). Cilji zdravstveno vzgojnih programov so spodbujanje zdravega telesnega, duševnega in spolnega razvoja, odgovornega starševstva in krepitev sposobnosti ljudi za preprečevanje bolezni in odzivanje na zdravstvene probleme. Za doseg te ciljev je potrebno poleg informiranja ciljnih skupin prebivalstva zagotoviti tudi njihovo usposobljenost z veščinami, s katerimi so sposobni odločati in ravnati v korist lastnega zdravja. Za učinkovito uporabo veščin je potrebno svetovanje usposobljenega strokovnjaka (Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2002).

Temeljna znanost o vzgoji in izobraževanju je pedagogika, katere znanstvene discipline so andragogika, didaktika in metodika. V procesu zdravstvene vzgoje je izredno pomembna andragogika, saj so v zdravstveno vzgojni učni proces na vseh treh ravneh zdravstvene vzgoje, zlasti pa na sekundarni in terciarni ravni, večinoma vključeni odrasli. Značilnost izobraževanja odraslih je preoblikovanje obstoječega znanja in ne pridobivanje povsem novega znanja, najtežje pri odraslih je spreminjanje stališč in vrednot, kar pa je eden izmed glavnih ciljev zdravstvene vzgoje (Hoyer, 2005; povz. po Zurc, 2010b).

Metode dela v zdravstveni vzgoji se delijo na učne in vzgojne metode. Učne metode v zdravstveni vzgoji so: verbalno besedilne metode, metoda ustnega razlaganja, metoda predavanja, metoda pripovedovanja, metoda pogovora, metoda branja in dela z besedilom, metoda pisnih izdelkov, metode laboratorijskih ali praktičnih del, metoda demonstriranja, metoda risanja/ilustrativnih del ter metoda izkustvenega učenja. Medtem, ko so vzgojne metode dela: metoda prepričevanja, metoda vedenja in navajanja, metoda spodbujanja, metoda preprečevanja, igranje vlog in študija primera. V zdravstveni vzgoji so pomembne frontalna, individualna, skupinska oblika in delo v dvojicah ter učne delavnice. Medicinske sestre pri zdravstveni vzgoji uporabljajo različne učne pripomočke, kot so plakati, zloženke, prosojnice in različna avdiovizualna sredstva. Pri delu uporabljajo tudi različna učila, kot so anatomske in fiziološke modele na katerih se lahko udeleženci izobraževanja učijo. Medicinska sestra lahko tudi sama izdelava zloženke, plakate. Za vse te pripomočke pa je pomembno, da udeležencem izobraževanja omogočijo čim bolj nazoren prikaz (Hoyer, 2005).

2.3 ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO V OBDOBJU MLADOSTNIŠTVA V GINEKOLOŠKEM DISPANZERJU

Spolna vzgoja mladostnikov je zelo občutljiva tema, ki ji starši, šola, zdravstveno vzgojne in druge ustanove posvečajo premalo pozornosti (Hoyer in Stjepanovič, 1997). Kljub temu, da so predzakonski spolni odnosi vse pogostejši in da to pogosto ogroža zdravje, v številnih deželah še vedno z restriktivno zakonodajo in izobraževalno politiko nasprotujejo uvajanju spolne vzgoje za mlade. Prepričanje, da govorjenje o spolnosti mlade spodbuja k zgodnjim spolnim odnosom, pogosto podpirajo učitelji, starši, verski vodje in celo zdravstveni delavci. Ponekod s spolno vzgojo začnejo že v osnovni šoli, drugje pa mladi nimajo nobenega zanesljivega vira informacij o spolnosti in spolnem razvoju, službe, kot so ambulante za načrtovanje rojstev ali ambulante za spolno prenosljive bolezni, pa so redko posejane ali pa jih sploh ni. Mladi se v takšnem primeru o vprašanih reprodukcije v večini primerov poučijo od vrstnikov, prijateljev in iz sredstev množičnega obveščanja. Zaradi tega je spolnost pogosto zavita v meglo skrivnostnosti in prepovedanega, to pa so plodna tla za razvoj napačnega razumevanja in predsodkov (ICN, 1997).

Namen spolne vzgoje je pripraviti mladostnike, da bodo ob telesnih spremembah, ki jih prinaša odraščanje, znali ustrezno reagirati, in jim posredovati osnovne informacije o razmnoževanju človeka (Naik, 2002).

2.3.1 Vloga medicinske sestre na področju zdravstveno vzgojnega dela z mladostniki v ginekološkem dispanzerju

Spolnost je zelo občutljivo področje, kjer imajo osebne vrednote močan vpliv. Zaradi njene povezave z diskretnostjo, zasebnostjo, osebnimi in moralnimi načeli ter posameznikovo identiteto in predstavo o samem sebi je potrebno ukrepati previdno in z mladostnikovim dovoljenjem. Ni potrebno, da postanejo medicinske sestre spolne terapevtke, dovolj je, da se zavedajo povezanosti med zdravjem, boleznijo in spolnostjo ter znajo mladostnike pravilno informirati in jim svetovati o spolnosti in spolnem zdravju ter s tem odstranjevati mite. S pojavom HIV-a in AIDS-a se od njih vedno bolj zahteva, da odprto razmišljajo o svojih stališčih do spolnosti in spolnega zdravja na osnovi domene, da so tabuji o teh temah popolnoma neprimerni (Nerat, 2009).

Vzpostavitev pozitivne komunikacije z mladostniki omogoča medicinskim sestram, da ugotavljajo njihove potrebe in pričakovanja na področju njihove spolnosti. Medicinske sestre se morajo soočiti, da je spolnost del holistične zdravstvene nege in da je njihova naloga krepiti spolno zdravje. Za uresničitev tega potrebujejo medicinske sestre znanje in sproščenost. Veliko lahko pomagajo, če so same zadovoljne z lastno spolnostjo, nimajo predsodkov in si prizadevajo za čim boljše počutje mladostnikov (Žohar, 2004).

Cilji, ki jih zdravstveni delavci želijo doseči pri vzgoji in izobraževanju mladih na področju varnega spolnega vedenja so seznanjenje s spolnostjo, kontracepcijskimi sredstvi in spolno prenosljivimi boleznimi, redna in pravilna uporaba kontracepcijskih sredstev, seznanjenje s posledicami spolnih odnosov brez ustrezne kontracepcije, odgovoren odnos do spolnosti, varovanje reproduktivnega zdravja, skrb za ustrezno osebno higieno, zaupanje med mladostniki in starši, večje sodelovanje med zdravstvenimi delavci, starši in učitelji ter primeren odnos mladostnikov: zaupanje, prijateljstvo in ljubezen (Nerat, 2009).

Kontinuirano vključevanje zdravstvenih delavcev v vzgojo in izobraževanje mladih je pomembno pri preprečevanju okužb s spolno prenosljivimi boleznimi (ibid., 2009). Medicinska sestra je prav tako dolžna seznaniti pacientke z dodatno zaščito pred okužbo s Humanim papiloma virusom (HPV), to je s cepljenjem. Vendar cepljenje samo ne zagotavlja 100 % zaščite pred to okužbo in boleznijo. Kljub temu je potrebno redno obiskovanje ginekologa ter brisi materničnega vratu. Za cepljenje proti HPV se vsaka oseba sama odloči, ali se bo ali pa se ne bo cepila. Priporočljivo cepljenje je v mladosti, še pred prvim spolnim odnosom, torej še preden so prišle v stik s humanim papiloma virusom (Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2002).

Zdravstveni delavci naj bi povezovali vse niti ter s skupnimi močmi mladim pomagali, da se bodo znali prav odzivati na svoja čustva in skušali razumeti, kako je spolnost vpeta v njihovo življenje. V mladih je potrebno razvijati pozitiven odnos do samega sebe, naučiti se morajo sprejemati odločitve v skladu s svojimi načeli, se znati postaviti zase in se odločiti za dejaven in zdrav način življenja (Hoyer in Stjepanovič, 1997).

2.4 ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO V OBDOBJU NOSEČNOSTI V GINEKOLOŠKEM DISPANZERJU

Zdravstveno vzgojno delo je zelo pomembno za nosečnico, da se bo znala varovati pred škodljivimi vplivi okolja, uživala bo kakovostno, zdravo hrano, znala bo skrbeti za svoje duševno stanje, predvsem pa bo redno obiskovala ginekološki dispanzer in s tem odpravila skrbi (Pleskonjič, 2010).

Individualna zdravstvena vzgoja nosečnice se začne ob prvem obisku v dispanzerju za ženske, ko ginekolog potrdi nosečnost, in se nato nadaljuje ob vseh obiskih. Zdravstveno vzgojo ponavadi začne zdravnik – ginekolog, nadaljuje pa medicinska sestra, ki daje nosečnici nasvete in ji priporoča ustrezno literaturo. Individualno zdravstveno vzgojo nosečnice izvajata tudi patronažna medicinska sestra na terenu, ki se lahko nosečnici posveti v njenem običajnem okolju (Donko in Hoyer, 2003).

2.4.1 Šola za bodoče starše

Skupinska oziroma organizirana oblika vzgoje nosečnic poteka v materinskih šolah, v zadnjem času imenovanih tudi šole za starše, saj je pri tovrstnem izobraževanju prisotnih vse več bodočih očetov. Programi, ki se izvajajo v teh šolah, potekajo v obliki tečajev. V navodilu za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2002) je opredeljeno, da je šola za starše pomembna za promocijo zdravja in aktivno skrb za zdravje nosečnice in zdravje otrok, za zdravje partnerjev ter za posebej ogrožene skupine nosečnic (mladostnice, socialno - ekonomsko ogrožene nosečnice in nosečnice z zdravstvenimi tveganji) (ibid, 2003).

Šola za starše je priložnost za nosečnice in njihove partnerje, da izvesta več in da se z zdravstvenim osebjem in drugimi bodočimi starši pogovarjata o svojih vprašanih in skrbah. Če je nosečnica temeljito pripravljena na porod, bo ob začetku poroda manj prestrašena, manj napeta, zato bo tudi porod lahko manj boleč in sproščen (Cooper, 2005).

Šola za bodoče starše je organizirana v okviru ginekološkega dispanzerja, patronažne službe ali zdravstveno vzgojnega centra. Poteka glede na višino nosečnosti v sklopih, ki so tematsko prilagojeni zgodnji in pozni nosečnosti (Oberstar, 2003; Merzidovšek, 2005). Šola za starše v zgodnji nosečnosti je namenjena nosečnicam in njihovim partnerjem, da se v njej seznanijo s potekom nosečnosti, z zdravim načinom življenja, s pravilno prehrano, osebno nego in rekreacijo v času nosečnosti. Po dvanajstem tednu nosečnosti je priporočljiva dvakrat tedensko telovadba s sprostitvenimi in dihalnimi vajami. Po tridesetem tednu nosečnosti se začne drugi del predporodne priprave za nosečnice in njihove partnerje. Slušatelje seznanjamo s potekom nosečnosti, z bližajočim se porodom, s poporodnim obdobjem, z načrtovanjem rojstev, z nego in prehrano dojenčka. Učijo se pravilnega vedenja in sodelovanja med porodom. Program je sestavljen iz tematskih predavanj. Po vsakem predavanju sledi še telovadba s sprostitvenimi in dihalnimi vajami. Nosečnice, partnerji in spremljevalci se vedno lahko udeležijo individualnih razgovorov (Merzidovšek, 2005).

2.4.2 Vloga medicinske sestre na področju zdravstveno vzgojnega dela v obdobju nosečnosti v ginekološkem dispanzerju

Dela in naloge medicinske sestre opredelimo na preventivne, negovalne, spremljajoče, svetovalne, poučevalne, diagnostične, terapevtske, administrativne, sporočilne in koordinirajoče (Pleskonjič, 2008).

Medicinska sestra ob obisku nosečnice v ambulantni dispanzerja za ženske vzame začetno in nadaljevalno anamnezo ob vsakem obisku nosečnice, izmeri vitalne funkcije, izvede in interpretira osnovne laboratorijske preiskave, oceni materino prehranjenost glede na višino nosečnosti, izračuna predviden datum poroda, pouči žensko in njene bližnje o nevarnostih in o tem, kdaj je potreben pregled, predstavi in uči različne tehnike sproščanja za lajšanje težav v nosečnosti, pripravlja bodoče starše na porod in odgovorno starševstvo, prepozna odstopanja od normalnega poteka nosečnosti, zabeleži ugotovitve in postopke, ki jih je izvedla ter potrebe po nadaljnjih aktivnostih, primerno izvaja zdravstveno vzgojo in svetuje ženskam o zdravem načinu življenja ter zdravi in sodeluje z drugimi strokovnjaki (Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi, 2008).

Pleskonjič (2008) navaja, da je bistvena naloga medicinske sestre pri zdravstveni vzgoji nosečnice krepitev in ohranitev zdravja ter preprečevanje bolezni, zato je na tem področju pomembno seznanjenje o pomenu rednih ginekoloških pregledov in potrebnih preiskav, zdravi prehrani; poučevanje o telesnih vajah, primernih za nosečnico in vajah za sproščanje, škodljivostih na delovnem mestu, nevarnostih infektov v nosečnosti ter odsvetovanje razvad.

2.5 ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO V OBDOBJU MENOPAVZE V GINEKOLOŠKEM DISPANZERJU

Menopavza je naraven biološki pojav, dogodek v življenju vsake ženske, s katerim se preneha obdobje rodnosti (Poplas Susič, 2001). Svetovna zdravstvena organizacija menopavzo definira kot stanje popolnega prenehanja menstruacij kot posledico

upadanja aktivnosti ovarijskih foliklov. Obdobje omenja čas, ko se pri ženski dogajajo spremembe na endokrinem, biološkem in kliničnem področju. Menopavza nastopi povprečno pri 51. letu starosti, nastop menopavze je zelo redek pred 30. letom in po 60. letu starosti (Capponi in Hlebš, 2008).

V Sloveniji je bilo prvo slovensko Menopavzno društvo ustanovljeno in registrirano leta 1997. Naloge tega društva so znanstveno – raziskovalne ter vzgojno delo (Andolšek Jeras, 1997). Glede na organizacijo zdravstvene dejavnosti v Sloveniji (primarna, sekundarna in terciarna) je tudi organizacija menopavznega programa zasnovana stopenjsko. Na primarni ravni se izvajajo preventivni programi (informiranje, svetovanje, odkrivanje rizičnih skupin za menopavzne težave), kakor tudi diagnostični (mamografija, biokemične preiskave). V kolikor je potrebna dodatna specialistična obravnava se to zagotavlja na sekundarni ravni (ginekolog). Na terciarni ravni pa se opravljajo raziskovalna dela ter izobraževanje (Peterlin, 1997).

2.5.1 Vloga medicinske sestre na področju zdravstveno vzgojnega dela v obdobju menopavze v ginekološkem dispanzerju

V obdobju menopavze je zdravstveno vzgojno delo z žensko eno izmed najpomembnejših. Žensko je potrebno poučiti o samem obdobju menopavze, kakšne spremembe se dogajajo na telesnem, duševnem in socialnem področju. Medicinska sestra, ki je glavna nosilka zdravstveno vzgojnega dela mora v sodelovanju z žensko ugotoviti njene potrebe, skupaj morata najti pravo pot, jo poučiti, kako premagovati omenjene težave, jih odpraviti oziroma omiliti s postavljanjem stvarnih ciljev, ki bodo privedli do realno pričakovanih rezultatov. Medicinska sestra svetuje glede pravilne in uravnotežene prehrane, nekajenja, pravilnega organiziranja življenja in dela, pravilne uporabe hormonskih nadomestkov, več pozitivnega, kot negativnega stresa ter glede redne fizične aktivnosti (Poplas Susič, 2001).

Medicinska sestra mora pretehtati vse vplive na žensko, kot so dejavniki okolja, družina, čas in zdravstveni problemi (Im, Chee, Lim, Liu in Kim, 2008). Bogge in Rosenthal (2000; povz. po Rotem idr., 2005) predlagata, da mora profesionalna

zdravstvena nega ženskam preskrbeti informacije in pomoč pri oblikovanju skupin za pozitiven in zdrav odnos do menopavze. Ženske z udeležbo v skupinah pomagajo ena drugi skozi diskusijo in z izmenjavo izkušenj o menopavzi. Medicinske sestre posredujejo informacije, ki morajo biti podprte z dokazi, in sicer preko številnih virov kot so knjige, pisma, videoposnetki, svetovanje in telefonsko informiranje (Abernethy, 2005).

2.6 ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO NA PODROČJU RAKA MATERNIČNEGA VRATU IN RAKA DOJK V GINEKOLOŠKEM DISPANZERJU

2.6.1 Zdravstveno vzgojno delo na področju Humanega papiloma virusa (HPV) in cepljenje proti HPV

Rak materničnega vratu je ena od redkih rakavih bolezni, ki jo je mogoče preprečiti z odkrivanjem in zdravljenjem predrakavih sprememb. Med najbolj uveljavljene presejalne preiskave pri ženskah sodi odvzem in mikroskopski pregled celic materničnega vratu ali test PAP (Ilijaš Koželj, 2008). Preiskavo celic v brisu materničnega vratu sta že leta 1941 opisala Papanicolaou in Traut in se zato tudi imenuje test PAP. Preiskava se je v petdesetih letih 20. stoletja začela uveljavljati kot presejalna metoda za odkrivanje predrakavih sprememb materničnega vratu pri navidezno zdravih ženskah (Uršič Vrščaj in Baškovič, 2009). Klasični test PAP je zmanjšal pojavnost raka materničnega vratu in smrtnost žensk zaradi raka materničnega vratu v številnih državah. Vendar so razlike med posameznimi državami še velike, kar je posledica različne dostopnosti in kakovosti presejalnih programov (Ilijaš Koželj, 2008).

Na področju preprečevanja raka materničnega vratu je bilo v zadnjem času vloženih veliko prizadevanj in upov v cepiva za humani papilomavirus (HPV), ki so testirana po vsem svetu (Koutsky idr., 2002; povz. po Kotaniemi Talonen, Nieminen, Anttila in Hakama, 2005). Dobra organizacija in izobraževanje vseh, ki sodelujejo pri cepljenju,

so ključnega pomena. Odločitev o uvedbi cepljenja mora upoštevati predvsem pomembnost in nujnost uvedbe drugih zdravstvenih ukrepov (Uršič Vrščaj, 2009).

V Veliki Britaniji se je za dvanajst in trinajstletna dekleta začelo rutinsko cepljenje proti humanemu papilomavirusu (HPV), z namenom preprečevanja raka materničnega vratu. V program cepljenja je bilo zajetih 80 odstotkov omenjene ciljne skupine prebivalstva. Program je bil organiziran v sklopu šolskega pouka, zato se je možnost večje pokritosti populacije, ki je bila cepljena, povečala. Toda sprejemljivost cepljenja proti spolno prenosljivim okužbam pri adolescentih ostaja negotova, prav tako splošna javnost o raku materničnega vratu in preventivi ni seznanjena ali pa je celo seznanjena napačno. Kako je cepljenje sprejeto, so ocenjevali v študiji, narejeni pred izvedbo nacionalnega programa cepljenja. Dovoljenje za raziskavo je izdal Odbor za etiko pri North Manchester NHS Research-u. Cervarix je bil ponujen pri prvem in šestem mesecu 2817 dekletom, starim od dvanajst do trinajst let v času od oktobra 2007 do julija 2008. Med 20 % staršev, ki so obiskovali večerne informativne sestanke, je cepljenje svojih otrok zavrnilo 32 %, medtem ko jih je 19 % privolilo ($p=0,049$). Med 90 % staršev, ki so na večerih izražali svoje mnenje, jih je 26 % dejalo, da sestanki niso vplivali na odločitev o cepljenju. Nekateri so bili hvaležni za to, da so lahko dobili strokovno zdravstveno razlago in da so dobili neodvisne nasvete ter podrobnosti, saj jim je bilo to v veliko pomoč pri razumevanju. Radi so prisluhnili stališčem drugih staršev, pogovori so se jim zdeli koristni in prijetni. 33 % staršev je informacije o cepivu pridobilo prek televizije, 24 % prek časopisov, 18 % prek interneta in 6 % pri zdravniku. Prijatelji in sorodniki (14 %), radio (13 %) in revije (6 %) so bili redko navedeni. Samo 14 % se jih je odločalo izključno na podlagi programa cepljenja. Na vprašanje, ali menijo, da bi cepljenje proti virusu HPV otroke spodbudilo, da postanejo bolj spolno aktivni, jih je 77 % odgovorilo »sploh ne« (Stretch idr., 2008).

Kljub vsemu pa so najbolj učinkovit način za nadzorovanje raka materničnega vratu pri prebivalstvu presejalni testi. Prvi presejalni programi so temeljili na konvencionalnem Papanicolaou ali »Pap« brisu, ki je bil analiziran s pomočjo mikroskopske svetlobe. Toda z razvojem medicinske tehnologije so se razvili tudi drugi načini presejalnih metod. Spoznanje o tem, kakšno vlogo pri povzročanju raka materničnega vratu igrajo

določeni človeški papilomavirusi (ki jih označujemo kot visoko tvegane HPV – je), je ustvarilo nov rod etiološko naravnanih presejalnih testov (Kotaniemi Talonen idr., 2005).

Okužbe s HPV so najpogostejše spolno prenesene bolezni, saj prenos poteka prav pri spolnih odnosih (vaginalnih, analnih ali oralnih). Ker kondomi ne zaščitijo celotnega genitalnega področja, ne zagotavljajo popolne zaščite pred okužbo s HPV, zagotovo pa so zanesljiva zaščita pred tistimi spolnimi boleznimi, ki se prenašajo s telesnimi tekočinami. Velika večina žensk, okuženih s hudo ogrožajočim HPV, nikoli ne zboli za rakom materničnega vratu, saj okužba zaradi učinkovite obrambne reakcije organizma izzveni že po 8 do 12 mesecih. Vendar pa se pri približno 10 % žensk razvije kronična perzistentna okužba; če gre za okužbo s hudo ogrožajočim HPV, lahko tudi po mnogih letih nastanejo predrakave spremembe in nato invazivni rak materničnega vratu. Redni odvzemi brisov materničnega vratu so pomembni prav zato, ker lahko odkrijejo patološke spremembe materničnega vratu; ko jih odkrijejo, pa je treba z dodatnimi diagnostičnimi ukrepi ugotoviti, kako resne so (Uršič Vrščaj, 2005).

V Sloveniji se pregled za preprečevanje raka materničnega vratu opravi enkrat na tri leta (po dveh negativnih izvidih testa PAP v obdobju enega leta). Na preglede po tej shemi prihajajo ženske, stare od 20 do 64 let, same, na povabilo osebnega ginekologa ali na vabilo državnega programa ZORA. Ženske, starejše od 64 let, lahko pridejo na preventivni pregled same, niso pa vabljene. Če je izvid njihovega brisa negativen, veljajo zanje pravice iz programa do starosti 74 let. Po 75. letu starosti se ženskam omogoči dostopnost do kurativnih pregledov (Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2002). Slovenija je ena od redkih dežel, ki so ženskam omogočile redne preventivne ginekološke preglede in odvzeme citoloških brisov na območju Ljubljane, Kranja in Maribora že pred letom 1960, po njem pa po vsej takratni Republiki. Izsledki prvih obsežnejših raziskav so prikazovali upadanje incidence razširjenega invazivnega raka materničnega vratu in zmanjšano umrljivost kot dva osnovna kazalca uspešnosti odkrivanja zgodnjega raka materničnega vratu, tako v svetu kot tudi v Sloveniji. Zdelo

se je, da problemov zaradi napredovalega invazivnega raka materničnega vratu ne bo več (Uršič Vrščaj, Rakar, Kovačič, Kralj in Možina, 2000).

Preventivni pregled za preprečevanje raka materničnega vratu obsega pregled zdravstvene dokumentacije, družinsko, osebno, ginekološko in porodniško anamnezo, anamnezo o življenjskih navadah, spolnih navadah, reproduktivnih namenih, o rabi kontracepcije ali hormonskega nadomestnega zdravljenja ter svetovanje o dejavnikih tveganja in možnostih preprečevanja (Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2002).

Nedavno je bila prisotnost testiranja za virus HPV v osnovnih presejalnih programih predmet obsežnega zanimanja. Ugotavljanje HPV virusa s pomočjo presejalne metode naj bi bilo koristno, še posebej za pomen rezultatov citoloških raziskav. Ni pa znano, ali osnovno testiranje za virus HPV, vključeno v ustaljeni presejalni program v javnem zdravstvu, poveča učinkovitost tega programa. Da bi to preučila, je Finska leta 2003 v svoj presejalni program za odkrivanje raka materničnega vratu začela poskusno vključevati tudi HPV test (Kotaniemi Talonen idr., 2005).

Finski presejalni program za odkrivanje bolezni na materničnem vratu se izvaja po vsej državi, vanj pa so vključene ženske v starosti od 30 do 60 let. Pregledi se izvajajo vsakih pet let, razen če izvidi prejšnjega testiranja ali poročila o simptomih pokažejo na potrebo po okrepljenih dodatnih pregledih; v tem primeru se program izvaja enkrat letno. Ženske, ki pripadajo ciljni skupini, identificira državni statistični urad, nato pa so k brezplačni vključitvi v program pozvane po pošti. Na presejalnem testu usposobljena medicinska sestra ali babica odvzame vzorec, običajno je to citološki bris treh maternično - vaginalnih vzorcev (vaginalnega, cervikalnega in endocervikalnega). Poleg tega odjemalec vzorca za vsako udeleženko testa izpolni obrazce o ginekološkem stanju ter vzorce pošlje v laboratorij za nadaljnje postopke in analize. Laboratorij udeleženkam testov pošlje izvide po pošti. Toda če se v izvidih pojavi kolposkopija, je testiranka o tem praviloma obveščena že po telefonu. Postopki kolposkopije in drugi preverjalni testi, ki sledijo presejalnim testom, so izvedeni predvsem v regijskih bolnišnicah, kjer poteka zdravljenje morebitnih histološko ugotovljenih predrakavih lezij. Ženske z

negativno histološko potrditvijo so leto kasneje pozvane k intenzivnejšemu presejalnemu testiranju. Laboratorij za vsak presejalni test, ki je opravljen v sklopu programa povabljenih, pošlje podatke o rezultatih, napotitvah na kolposkopijo in histološke ugotovitve v register presejalnih programov, ki sodi v sklop finskega registra raka (ibid., 2005).

Med ukrepe za zgodnje odkrivanje uvrščamo vse tiste, ki pripomorejo pri čim hitrejšem odkrivanju bolezni, ki se je že izrazila s kliničnimi znaki. S temi ukrepi lahko v populaciji povečamo delež bolnikov z zgodnjimi stadiji bolezni ter zmanjšamo delež tistih z napredovalo boleznijo. Tako naj bi v okviru zgodnjega odkrivanja po eni strani z zdravstveno vzgojo opozarjali na zgodnje simptome in znake bolezni, po drugi strani pa zdravnike usposobili za čimprejšnje diagnostično ovrednotenje teh znakov bolezni (Primic Žakelj in Zadnik, 2009).

2.6.2 Program ZORA

ZORA je preventivni program za odkrivanje predrakavih in zgodnjih rakavih sprememb na materničnem vratu. To pomeni, da v sklopu programa ZORA ginekologi s pregledovanjem zdravih žensk pravočasno odkrijejo tiste, ki imajo predstopnjo ali začetno stopnjo raka materničnega vratu. Tedaj je možno z enostavnimi terapevtskimi posegi raka preprečiti ali povsem pozdraviti. Ime državnega programa ZORA sestavljajo črke iz naslova programa »Zgodnje Odkrivanje predRAkavih sprememb materničnega vratu« (Onkološki inštitut Ljubljana, 2010).

Cilj državnega programa ZORA je doseči najmanj 70 % udeležbo ciljne starostne skupine žensk, starih od 20 do 64 let, ki bo zajeta v aktivno presejanje, če pa teh v določenem intervalu na preventivni pregled ne bo, bodo nanj pisno povabljene. Pri neodzivnicah je predvideno sodelovanje s patronažno službo. Interval med pregledi je tri leta po negativnem izvidu (izvid PAP, ocenjen kot uporaben) na začetku in po prvem letu (pri čemer se upošteva koledarsko leto in ne natančen datum zadnjega pregleda) (Primic Žakelj, 2002).

2.6.3 Zgodnje odkrivanje raka dojk

Primarna preventiva raka dojk ima cilj zmanjšati zbolevanje za rakom dojk, zato sloni k odkrivanju nevarnostnih dejavnikov in zmanjševanju izpostavljenosti tem dejavnikom na najmanjšo možno mero. Uspešnost na tem področju se meri z zmanjšanjem incidence raka (Primic Žakelj, 2000).

Velikemu številu rakavih bolezni bi se lahko izognili oziroma preprečili njihov nastanek s primerno preventivo oziroma z zdravim načinom življenja (Maučec Zakotnik, 2008). Vzdrževanje normalne telesne teže (predvsem po menopavzi), pravilna prehrana, telesna dejavnost in zmernost pri pitju alkoholnih pijač lahko pripomore k preprečevanju raka dojk (Primic Žakelj in Zadnik, 2003). Spremenitev življenjskega sloga, opustitev nezdravih vedenjskih vzorcev in odločitev za varovanje zdravja z zdravim načinom življenja je v sodobnem svetu ob številnih stresnih situacijah, pasteh in skušnjavah, pomanjkanju časa, tveganih vedenjih na eni strani ter na drugi strani ob neinformiranosti, neznanju in pomanjkanju možnosti zdrave izbire, posebno pri manj izobraženih in socialno – ekonomsko ogroženih skupinah težko. Prav izobraženost, ozaveščenost in vzgojenost za zdrav življenjski slog pa so ključni pogoji za varovanje zdravja, seveda ob zagotavljanju podpornih okolij in ob ustreznem ekonomskem stanju prebivalstva (Maučec Zakotnik, 2008).

V okviru zgodnjega odkrivanja raka dojk izvaja ginekolog na primarni ravni pri ženskah med dvajsetim in petdesetim letom klinični pregled dojk enkrat na tri leta. Po petdesetem letu starosti se ti pregledi skupaj z mamografijo izvajajo vsaki dve leti v centrih za dojke na primarni ravni, skladno s priporočili v Strokovnih smernicah za preventivne preglede dojk v Sloveniji. Pregled obsega vpogled v zdravstveno dokumentacijo, družinsko, osebno, ginekološko in porodniško anamnezo ter opredelitev dejavnikov tveganja, klinični pregled dojk in navodilo za samopregledovanje dojk (Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2002).

Če ženska sodi v ogroženo skupino (ženska, ki ima mamo, sestro ali hčer zdravljeno zaradi raka dojk; ženska, ki je prvič rodila po tridesetem letu starosti; ženske z benignimi spremembami v dojki, ki večajo nevarnost raka dojk; ženske, ki so že bile zdravljene zaradi raka na eni dojki), po 40. letu starosti nadaljuje preglede v centrih za dojke vsakih dvanajst do štiriindvajset mesecev. Ženske, pri katerih je večja možnost, da so nosilke dedno spremenjenega gena, ki jim veča nevarnost raka dojk in/ali jajčnikov, se z napotnico napoti v ambulanto za genetsko svetovanje, kjer se na osnovi posebnega vprašalnika oziroma ankete izračuna tveganje za prisotnost mutiranega gena BRCA 1, 2 in glede na to priporoča oziroma odsvetuje genetsko testiranje (ibid., 2002).

Sekundarna preventiva pomeni čimprejšnje odkrivanje raka ali njegovih podstopenj. Za zgodnje odkrivanje raka dojk priporočajo samopregledovanje in klinični pregled dojk. V sekundarno preventivo sodi tudi presejanje (screening), pregledovanje žensk z mamografijo, da bi med tistimi, ki so brez kliničnih težav, odkrili tiste, pri katerih je verjetnost, da imajo predinvazijsko ali zgodnjo invazijsko obliko raka velika. Vse ženske, pri katerih so odkrite sumljive spremembe, potrebujejo nadaljnje diagnostične preiskave za razjasnitev narave teh sprememb. Merilo za učinkovitost presejanja je zmanjšanje umrljivosti med redno pregledovanimi ženskami. Presejanje lahko poteka oportunistično, po nasvetu zdravnikov ali na pobudo žensk, ali kot množično, organizirano presejanje, kjer vse ženske v določeni starostni skupini s pisnimi vabili povabijo na preventivni (presejalni) pregled. Učinek presejanja se s populacijskega vidika lahko pokaže samo, če je redno pregledovan zadosten delež ciljnega prebivalstva (najmanj 70%), zato je pričakovati, da ima organizirano presejanje večji javno zdravstveni pomen kot oportunistično, še zlasti če ga spremlja primeren nadzor kakovosti (Primic Žakelj in Zadnik, 2003).

Primic Žakelj (2000) navaja, da sekundarna preventiva temelji na spoznanju, da je zdravljenje večine vrst raka uspešnejše, če so odkriti na začetni stopnji. Prav zaradi tega je pomembno, da ljudje poznajo možne začetne znake raznih vrst raka in da gredo, če jih opazijo čim prej na zdravniški pregled. Vendar izkušnje kažejo, da ljudje predolgo odlašamo z obiskom pri zdravniku in s tem zamudimo čas, ko bi bolezen lahko še uspešno zdravili in ozdravili (Onkološki inštitut Ljubljana, 2005).

2.6.4 Program DORA

Program DORA je državni program presejanja za raka dojk, ki ga organizira Onkološki inštitut v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije (Tušek Bunc, 2009). Presejalni program DORA omogoča ženskam med 50. in 69. letom starosti mamografski pregled dojk na vsaki dve leti (Onkološki inštitut Ljubljana, 2007).

Ločimo neorganizirano (oportunistično) presejanje, pri kateri ženske pridejo na mamografijo na lastno pobudo ali po nasvetu zdravnika ter organizirano presejanje, pri katerem je ženska v določenem starostnem obdobju na pregled povabljen osebno (pisno vabilo) (Hertl idr., 2010).

Zdravstveni tim mora za boljše sprejetje državnega presejalnega programa za raka dojk ženskam ustrezno svetovati in jih informirati o postopku, koristi in stranskih učinkih pregleda, da bi se ženske zanj lažje in številčneje odločale; poiskati in spremljati ženske, ki se vabilu niso odzvale, poiskati razloge za to, ter se z njimi pogovoriti o njihovem mnenju, odporu, strahu pred rakom in samim pregledom ter ženskam s patološkim izvidom svetovati in jih klicati na kontrolno mamografijo in nadaljnje preiskave, se z njimi pogovoriti o rezultatih testov in nadaljnjih postopkih, kot so biopsija, možnosti zdravljenja ter jim nuditi psihološko podporo (Mramor, 1995).

Osrednjo vlogo pri presejanju ima ženska. Komunikacija z njo mora potekati tako, da ne povzroča posredne ali neposredne škode. Zato je pomembno, da je ženska seznanjena s koristmi in tveganji presejanja. Informacije, ki jih ženska dobi, morajo biti uravnotežene, iskrene, primerne, utemeljene z na dokazih podprti medicini, dosegljive, spoštljive in prilagojene individualnim potrebam, kjer je to mogoče. V ta namen ženske skupaj z vabilom prejmejo tudi zgibanko, v kateri je razložen namen in potek presejanja (Tušek Bunc, 2009).

2.6.5 Vloga medicinske sestre pri zdravstveno vzgojnem delu na področju raka materničnega vratu in raka dojk v ginekološkem dispanzerju

Zelo pomembno vlogo pri promociji zdravja ima zdravstvena vzgoja v zgodnjem starostnem obdobju, to je v času šolanja otrok. Gre za obdobje, ko se stališča, vrednote in načini obnašanja šele oblikujejo in je mogoče z znanjem in prepričevanjem vplivati na zdrave vzorce obnašanja. Navade ljudi pa se zelo spreminjajo. Tudi odrasla oseba spozna in začne nov način bolj zdravega življenja, torej je zdravstvena vzgoja pomemben del permanentnega izobraževanja, saj spremlja človeka vse življenje (Miller in Graves, 2000).

Medicinska sestra je prva oseba, ki pride v stik s pacientko, jo opazuje, povpraša o težavah in opozori na dejavnike tveganja ter na preventivo. Pacientki ponudi različne zloženske, brošure ter publikacije o dejavniki tveganja in znakih bolezni. Medicinska sestra mora pacientko seznaniti z rakom materničnega vratu, jo poučiti o dejavniki tveganja in simptomih bolezni. Poučiti, da je okužba z virusom HPV najpomembnejši oziroma najpogostejši dejavnik tveganja za nastanek raka materničnega vratu, okužbo s HPV pa povzročata najpogosteje začetek spolnih odnosov v mladostniških letih ter številni spolni partnerji. Vsekakor pa je dejavnikov tveganja še veliko več (Uršič Vrščaj, 2009).

Pri zgodnjem odkrivanju raka dojk imajo Centri za bolezni dojk pomembno vlogo. Njihova dejavnost je usmerjena v primarno in sekundarno prevencijo ter zgodnjo diagnostiko (Kumar, 1998). Ženske moramo zgodaj začeti ozaveščati o pomenu skrbi za lastno zdravje. Prve informacije o skrbi za lastno zdravje in o pomenu samopregledovanja dojk naj bi dekleta dobila že v osnovni šoli pri spolni vzgoji. Pri prvem obisku v ginekološki ambulanti naj zdravnik ginekolog na preprost način razloži zgradbo dojke ter kdaj in kako naj si dojke pregledujejo. Zelo pomembno je zdravstveno vzgojno delo diplomirane medicinske sestre/diplomirane babice v ginekološki ambulanti, ki naj te informacije dopolnjuje in jim izroči zloženko o samopregledovanju dojk (Pleskonjič, 2008).

3. EMPIRIČNI DEL

3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil proučevanje, kako poteka zdravstveno vzgojno delo v ginekološkem dispanzerju glede na starostno populacijo in zdravstvene potrebe. Z empirično raziskavo smo želeli ugotoviti seznanjenost žensk z zdravstveno vzgojnim delom v obdobju mladostništva, nosečnosti, v klimakteriju ter na področju raka materničnega vratu in raka dojk v ginekološkem dispanzerju. Prav tako smo želeli ugotoviti kakšne so njihove potrebe na tem področju.

Cilji diplomskega dela:

C1: Proučiti zdravstveno vzgojne programe in zdravstveno vzgojno delo pri mladostnicah, v nosečnosti ter v klimakteriju na področju varovanja reproduktivnega zdravja v ginekološkem dispanzerju;

C2: Proučiti zdravstveno vzgojno delo ter vlogo medicinske sestre na področju raka materničnega vratu in raka dojk v ginekološkem dispanzerju;

C3: Ugotoviti seznanjenost žensk z zdravstveno vzgojnim delom za varovanje reproduktivnega zdravja v ginekološkem dispanzerju in ga primerjati na podlagi različnih socialno – demografskih značilnosti (regija in izobrazba);

C4: Ugotoviti potrebe žensk glede zdravstveno vzgojnih znanj v ginekološkem dispanzerju.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi opredeljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kolikšna je udeleženosť žensk pri ginekoloških pregledih v ginekološkem dispanzerju ter razlogi obiska?
- Kakšno je poznavanje žensk o zdravstveno vzgojnem delu na področju varovanja reproduktivnega zdravja v ginekološkem dispanzerju?
- Koliko in kakšnega zdravstveno vzgojnega dela so bile ženske deležne v ginekološkem dispanzerju?

- Kaj menijo ženske o uspešnosti komunikacije z ginekologom in diplomirano medicinsko sestro na področju zdravstvene vzgoje v ginekološkem dispanzerju?
- Kakšna je seznanjenost žensk z zdravstveno vzgojnim delom na področju raka materničnega vratu in raka dojke v ginekološkem dispanzerju?
- Kakšne so potrebe žensk po zdravstveno vzgojnem delu v ginekološkem dispanzerju?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Teoretični del diplomskega dela in anketni vprašalnik smo oblikovali na osnovi analize obstoječe domače in tuje literature, vezane na aktualni problem. Literaturo smo iskali v domačih (COBISS) in tujih (CINAHL, PUBMED, SpringerLink, EBSCOhost, Web of science) zbirkah. Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: zdravstveno varstvo, reproduktivno zdravje, zdravstvena vzgoja, ginekologija, dispanzerska dejavnost, kontracepcija, nosečnost, klimakterij, menopavza, rak materničnega vratu, rak dojke, medicinska sestra [reproductive health, health education, clinic activity, gynaecology, contraception, pregnancy, climacterium, menopause, cervical cancer, breast cancer, nurse]. Vire smo pregledali, podatke sistematizirali, kritično analizirali in predstavili aktualna spoznanja glede na izbrani problem diplomskega dela.

Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi empiričnega raziskovanja. Izbrali smo prevladujoči kvantitativni raziskovalni pristop, vključili pa smo tudi kvalitativni pristop. Izvedba anketiranj je potekala od meseca septembra 2011 do meseca novembra 2011, po predhodni pridobitvi soglasja s strani raziskovalnega okolja – Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj ter Zdravstveni dom Ljubljana – Vič. Ženske smo anketirali naključno, ne glede na starost ali potrebe po ginekoloških storitvah. Raziskava je bila izvedena osebno v dopoldanskem in popoldanskem času v ginekoloških dispanzerjih med čakanjem na pregled pri izbranem ginekologu. Ženske so imele na voljo dovolj časa za izpolnjevanje anketnega vprašalnika, prav tako so se lahko obrnile

na nas v primeru nejasnosti zastavljenih vprašanj. Anketiranke so bile seznanjene z namenom in cilji raziskave, imele so možnost odklonitve in prekinitve sodelovanja, odgovori so bili uporabljeni le v namen diplomskega dela. Pri delu so bila upoštevana etična načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Republike Slovenije.

3.3.2 Opis instrumentarija

Za izvedbo raziskave smo uporabili kvantitativno tehniko zbiranja podatkov, in sicer anketni vprašalnik, katerega smo sestavili na osnovi študije literature o zdravstveno vzgojnem delu v ginekološkem dispanzerju. Oslonili smo se zlasti na teorijo zdravstvene vzgoje (Hoyer, 2005), uradni dokument s področja preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2002) in osrednje aktivnosti državnih presejalnih programov na področju raka dojk in materničnega vratu (Onkološki inštitut Ljubljana, 2007; Onkološki inštitut Ljubljana, 2010). Anketni vprašalnik je vseboval osemindvajset vprašanj, od tega je bilo dvajset vprašanj zaprtega tipa z možnim enim ali več odgovorov, sedem vprašanj odprtega tipa in eno vprašanje zaprtega in odprtega tipa. Anketni vprašalnik je bil razdeljen na pet sklopov. Prvi sklop je vseboval tri vprašanja s socialno - demografskimi podatki. Pri tem nas je zanimala starost, izobrazba in kraj bivanja. Drugi sklop je vseboval pet splošnih vprašanj o ginekološkem pregledu ter razloge obiska. V tretjem sklopu prav tako petih vprašanj so nas zanimala mnenja žensk glede zdravstveno vzgojnega dela v ginekološkem dispanzerju. V četrtem sklopu treh vprašanj smo spraševali o zadovoljstvu in uspešnosti komunikacije žensk z izbranim ginekologom in diplomirano medicinsko sestro. Peti sklop dvanajstih vprašanj pa je zajel seznanjenost žensk z zdravstveno vzgojnim delom na področju raka materničnega vratu in raka dojk.

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo namenski neslučajnostni vzorec. Raziskava je bila izvedena na primarni zdravstveni ravni, v Zdravstvenem domu Ljubljana –Vič in na sekundarni zdravstveni

ravni, v Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj. V vsaki ustanovi smo razdelili 60 anketnih vprašalnikov, skupaj 120 anket, realizacija vzorca je bila 100 %. Raziskava je zajela populacijo ženskega spola s povprečno starostjo 33,6 let, pri čemer je bila najmlajša udeleženka stara 18 let in najstarejša udeleženka 56 let. Največ žensk, kar 49 (40,8 %) je imelo končano visokošolsko izobrazbo, 37 žensk (30,8 %) je imelo končano štiri – letno srednješolsko izobrazbo, 23 žensk (19,2 %) poklicno izobrazbo in 10 žensk (8,3 %) osnovnošolsko izobrazbo ali manj. Med anketiranimi ženskami je bilo največ žensk živečih v mestu, 45 (37,5 %), 44 žensk v vasi (36,7 %) in 31 žensk (25,8 %) v predmestju.

3.3.4 Opis obdelave podatkov

Socialno demografske podatke ter izhodne variable smo obdelali z deskriptivno statistiko. Za vse spremenljivke smo najprej ugotavljali osnovne statistične parametre (frekvence, odstotke), mere srednjih vrednosti (aritmetično sredino, mediano, modus) in mere razpršenosti podatkov (varianco, standardni odklon, minimalno in maksimalno vrednost). Uporabili smo SPSS 18.0 za Windows Professional. Za ugotavljanje razlik med anketiranci v seznanjenosti z zdravstveno vzgojnim delom v ginekološkem dispanzerju glede na regijo in stopnjo izobrazbe smo uporabili kontingenčne tabele in hi – kvadrat test. Za statistično pomembne smo upoštevali razlike s p vrednostjo $\leq 0,05$. Vprašanja odprtega tipa so bila analizirana s kvalitativno analizo besedil: kodiranje in kategoriziranje. Besedilo za analizo smo najprej razčlenili na sestavne dele in tako dobili enote kodiranja. Enoto kodiranja je predstavljala posamezna fraza oziroma besedna zveza. Kot glavno tehniko pri postopkih kodiranja smo uporabili neposredno poimenovanje in poimenovanje posameznih kod z drugo besedo za isti pojem.

3.4 REZULTATI

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako poteka zdravstveno vzgojno delo na področju varovanja reproduktivnega zdravja v ginekološkem dispanzerju. Rezultate prikazujemo glede na postavljena raziskovalna vprašanja.

3.4.1 Udeleženosť žensk pri ginekoloških pregledih

Tabela 1: Prvi obisk in pogostnosť pregledov v ginekološkem dispanzerju

Kdaj ste prvič obiskali ginekologa?	Frekvenca	Odstotek
Pred prvim spolnim odnosom	38	31,7
Po prvem spolnem odnosu	50	41,7
V nosečnosti	17	14,2
Ob pojavu nepojasnjenih krvavitev iz nožnice	2	1,6
Ob pojavu prve menstruacije in menstrualnih bolečin	7	5,8
Ob pojavu obolenj spolovila	6	5,0
Kako pogosto hodite na ginekološke preglede?		
Enkrat na tri leta	27	22,5
Enkrat na dve leti	22	18,4
Enkrat na leto	52	43,3
Večkrat na leto	15	12,5
Manjkajoči odgovor	4	3,3
Skupaj	120	100

Tabela 1 kaže, da največ žensk, kar 43,3 % obišče ginekologa enkrat na leto, 22,5 % žensk ga obišče enkrat na tri leta, 18,4 % žensk ga obišče enkrat na dve leti in 12,5 % žensk ga obišče večkrat na leto. Ženskam smo prav tako dali možnost prostega odgovora in dobili smo naslednje: 1x na mesec (nosečnost), 1x na 1,5 leta, odvisno od težav, po potrebi in v času nosečnosti dokaj pogosto. Največkrat uporabljen razlog za prvi obisk je bil obisk po prvem spolnem odnosu, in sicer nanj je odgovorilo kar 41,7% žensk, 31,7 % žensk je prvič obiskalo ginekologa pred prvim spolnim odnosom, 14,2 % žensk ga je obiskalo v nosečnosti, 5,8 % žensk ob pojavu prve menstruacije in menstrualnih bolečin, 5,0 % žensk ob pojavu obolenj spolovila in 1,6 % žensk sta obiskali ginekologa ob pojavu nepojasnjenih krvavitev iz nožnice.

Tabela 2: Preventivni ginekološki pregled in odziv na vabilo

Na koliko časa menite, da ste upravičeni do preventivnega ginekološkega pregleda?	Frekvenca	Odstotek
Neomejeno	13	10,8
Enkrat na leto	60	50,0
Enkrat na dve leti	16	13,4
Enkrat na tri leta	30	25,0
Enkrat na štiri leta	1	0,8
Ste se odzvali vabilu na ginekološki pregled v primeru, da ste ga prejeli?		
Da	111	92,5
Ne	9	7,5
Skupaj	120	100

Tabela 2 prikazuje, da 50,0 % žensk meni, da so upravičene do preventivnega ginekološkega pregleda enkrat na leto, 25,0 % žensk meni, da so upravičene enkrat na tri leta, 13,4 % žensk jih meni enkrat na dve leti, 10,8 % žensk so mnenja neomejeno in 0,8 % žensk je mnenja, da je potreben preventivni ginekološki pregled enkrat na štiri leta. Vabilu na ginekološki pregled se je odzvalo 92,5 % žensk, le 7,5 % žensk se ni odzvalo vabilu.

Tabela 3: Mnenje žensk o upravičenosti do preventivnega ginekološkega pregleda glede na regijo

			Regija		Skupaj
			Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	Zdravstveni dom Ljubljana - Vič	
Na koliko časa menite, da ste upravičeni do preventivnega ginekološkega pregleda?	Neomejeno	Število	6	3	9
		Upravičenost (%)	66,7%	33,3%	100,0%
		Regija (%)	18,8%	5,2%	10,0%
		Skupaj (%)	6,7%	3,3%	10,0%
	Enkrat na leto	Število	19	29	48
		Upravičenost (%)	39,6%	60,4%	100,0%
		Regija (%)	59,4%	50,0%	53,3%
		Skupaj (%)	21,1%	32,2%	53,3%
	Enkrat na dve leti	Število	4	6	10
		Upravičenost (%)	40,0%	60,0%	100,0%
		Regija (%)	12,5%	10,3%	11,1%
		Skupaj (%)	4,4%	6,7%	11,1%
	Enkrat na tri leta	Število	3	19	22
		Upravičenost (%)	13,6%	86,4%	100,0%
		Regija (%)	9,4%	32,8%	24,4%
		Skupaj (%)	3,3%	21,1%	24,4%
Enkrat na štiri leta	Število	0	1	1	
	Upravičenost (%)	0,0%	100,0%	100,0%	
	Regija (%)	0,0%	1,7%	1,1%	
	Skupaj (%)	0,0%	1,1%	1,1%	
Skupaj		Število	32	58	90
		Upravičenost (%)	35,6%	64,4%	100,0%
		Regija (%)	100,0%	100,0%	100,0%
		Skupaj (%)	35,6%	64,4%	100,0%

$\chi^2 = 9,392, p=0,052$

Tabela 3 kaže, da največ žensk iz Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj meni, da so upravičene do preventivnega ginekološkega pregleda enkrat na leto (59,4 %). Prav tako se z navedenim strinja največ žensk iz Zdravstvenega doma Ljubljana – Vič (50,0 %). Primerjava med zdravstvenima institucijama pa vseeno kaže, da več žensk iz Zdravstvenega doma Ljubljana – Vič (60,4 %) v primerjavi z ženskami iz Bolnišnice za

ginekologijo in porodništvo Kranj (39,6 %) meni, da so upravičene do preventivnega ginekološkega pregleda enkrat na leto. Hi – kvadrat test je pokazal, da obstajajo statistično pomembne razlike ($\chi^2 = 9,392$, $p=0,052$) v mnenju žensk v upravičenosti do preventivnega ginekološkega pregleda glede na regijo. Ustreznejše mnenje statistično pomembno izražajo varovanke Zdravstvenega doma Ljubljana – Vič.

Tabela 4 kaže, da največ žensk z osnovnošolsko izobrazbo ali manj meni, da so upravičene do preventivnega ginekološkega pregleda enkrat na leto (50,0 %). Z navedenim se prav tako strinja največ žensk s poklicno izobrazbo (60,9 %), štiri – letno srednješolsko izobrazbo (48,6 %) in visokošolsko izobrazbo (46,9 %). Medtem ko največ žensk z magisterijem oz. doktoratom meni, da so upravičene do preventivnega ginekološkega pregleda enkrat na štiri leta (100,0 %). Če povzamemo, največ žensk meni, da so upravičene do preventivnega ginekološkega pregleda enkrat na leto, od tega jih je največ z visokošolsko izobrazbo (38,3 %) in najmanj z magisterijem oz. doktoratom (0,0 %). Hi – kvadrat test je pokazal, da obstajajo statistično pomembne razlike ($\chi^2=128,350$, $p=0,000$) v mnenju žensk v upravičenosti do preventivnega ginekološkega pregleda glede na stopnjo izobrazbe. Ustreznejše mnenje statistično pomembno izražajo varovanke z visokošolsko izobrazbo in manj ustrezno varovanke z magisterijem oz. doktoratom.

Tabela 4: Mnenje žensk o upravičenosti do preventivnega ginekološkega pregleda glede na stopnjo izobrazbe

			Izobrazba					Skupaj
			Osnovna ošolska izobrazba ali manj	Poklicna izobrazba	Štiri - letna srednješolska izobrazba	Visokošolska izobrazba	Magisterij, doktorat	
Na koliko časa menite, da ste upravičeni do preventivnega ginekološkega pregleda?	Neomejeno	Število	1	1	7	4	0	13
		Upravičenost (%)	7,7%	7,7%	53,8%	30,8%	0,0%	100,0%
		Izobrazba (%)	10,0%	4,3%	18,9%	8,2%	0,0%	10,8%
		Skupaj (%)	0,8%	0,8%	5,8%	3,3%	0,0%	10,8%
	Enkrat na leto	Število	5	14	18	23	0	60
		Upravičenost (%)	8,3%	23,3%	30,0%	38,3%	0,0%	100,0%
		Izobrazba (%)	50,0%	60,9%	48,6%	46,9%	0,0%	50,0%
		Skupaj (%)	4,2%	11,7%	15,0%	19,2%	0,0%	50,0%
	Enkrat na dve leti	Število	1	5	4	6	0	16
		Upravičenost (%)	6,3%	31,3%	25,0%	37,5%	0,0%	100,0%
		Izobrazba (%)	10,0%	21,7%	10,8%	12,2%	0,0%	13,3%
		Skupaj (%)	0,8%	4,2%	3,3%	5,0%	0,0%	13,3%
	Enkrat na tri leta	Število	3	3	8	16	0	30
		Upravičenost (%)	10,0%	10,0%	26,7%	53,3%	0,0%	100,0%
		Izobrazba (%)	30,0%	13,0%	21,6%	32,7%	0,0%	25,0%
		Skupaj (%)	2,5%	2,5%	6,7%	13,3%	0,0%	25,0%
	Enkrat na štiri leta	Število	0	0	0	0	1	1
		Upravičenost (%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		Izobrazba (%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,8%
		Skupaj (%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,8%
Skupaj		Število	10	23	37	49	1	120
		Upravičenost (%)	8,3%	19,2%	30,8%	40,8%	0,8%	100,0%
		Izobrazba (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Skupaj (%)	8,3%	19,2%	30,8%	40,8%	0,8%	100,0%

 $\chi^2=128,350$, $p=0,000$

Tabela 5: Razlogi za obisk ginekologa

Kateri so oz. so bili Vaši razlogi za obisk pri ginekologu?	Frekvenca	Odstotek
Redni preventivni ginekološki pregled	100	21,0
Odvzem brisa materničnega vratu	93	19,6
Potreba po kontracepciji	69	14,5
Ob nosečnosti in po porodu	56	11,8
Težave, ki se pojavijo in bi lahko bile povezane z menopavzo	15	3,2
Nepojasnjena krvavitev ali izcedek iz nožnice	34	7,2
Bolečine v spodnjem delu trebuha	19	4,0
Ginekološko obolenje	20	4,2
Obolenja dojk	10	2,1
Posvet o spolnosti	12	2,5
Posvet o preventivi raka dojk, maternice,...	8	1,7
Pisno vabilo, ki sem ga dobila na dom	39	8,2
Skupaj	475	100

Tabela 5 prikazuje najpogostejše razloge za obisk ginekologa, in sicer je na prvem mestu redni preventivni ginekološki pregled (21,0 %), sledi odvzem brisa materničnega vratu (19,6 %) in potreba po kontracepciji (14,5 %). Manj pogosto prisotni razlogi za obisk ginekologa pa so še ob nosečnosti in po porodu (11,8 %), pisno vabilo na dom (8,2 %), nepojasnjena krvavitev ali izcedek iz nožnice (7,2 %), ginekološko obolenje (4,2 %), bolečine v spodnjem delu trebuha (4,0 %), težave, ki se pojavijo in bi lahko bile povezane z menopavzo (3,2 %), posvet o spolnosti (2,5 %) in posvet o preventivi raka dojk in maternice le 1,7 % žensk. Ženske so prav tako imele možnost prostega odgovora, izpostavile so naslednje razloge: boleče menstruacije, inkontinenca in vse zgoraj naštetu ob različnih obdobjih starosti.

3.4.2 Seznanjenost žensk z zdravstveno vzgojnim delom v ginekološkem dispanzerju

Tabela 6: Mnenje žensk o potrebi zdravstveno vzgojnega dela na različnih področjih v ginekološkem dispanzerju

Ali menite, da bi bilo potrebno zdravstveno vzgojno delo na področju:	Ni potrebno		Potrebno		Zelo potrebno	
	Frekvenca	Odstotek	Frekvenca	Odstotek	Frekvenca	Odstotek
Spolnost in kontracepcija	7	21,2	47	21,1	65	19,4
Nosečnost in porod	4	12,1	51	22,9	63	18,8
Menopavza in klimakterij	8	24,3	69	30,9	39	11,6
Rak materničnega vratu	7	21,2	28	12,5	85	25,4
Rak dojk	7	21,2	28	12,5	83	24,8
Skupaj	33	100	223	100	335	100

Tabela 6 kaže, da se 25,4 % žensk strinja, da je zelo potrebno zdravstveno vzgojno delo na področju raka materničnega vratu, 24,8 % žensk je mnenja, da je zelo potrebno zdravstveno vzgojno delo na področju raka dojk, 19,4 % žensk meni, da je zelo potrebno zdravstveno vzgojno delo na področju spolnosti in kontracepcije, prav tako 18,8 % žensk meni, da je zelo potrebno zdravstveno vzgojno delo na področju nosečnosti in poroda in le 11,6 % žensk meni, da je zelo potrebno zdravstveno vzgojno delo na področju menopavze in klimakterija. Slednje potrjuje podatek, da četrtnina anketiranih žensk (24,3 %) meni, da zdravstveno vzgojno delo ni potrebno na področju menopavze in klimakterija. Najmanj žensk (12,1 %) se je opredelilo, da zdravstveno vzgojno delo ni potrebno v času nosečnosti in poroda. Ženske so poleg zgoraj naštetih odgovorov omenile tudi potrebo po zdravstvenem vzgojnem delu ob rojstvu mrtvega otroka in ob splavu.

Tabela 7: Udeležnost žensk pri zdravstveno vzgojnem delu v ginekološkem dispanzerju

Ali ste bili deležni zdravstveno vzgojnega dela v ginekološkem dispanzerju?	Frekvenca	Odstotek
Ne poznam zdravstveno vzgojnega dela	19	15,8
Nisem bila deležna	34	28,4
Bila sem deležna	67	55,8
Ste bili na naštetih področjih že deležni zdravstveno vzgojnega dela s strani ginekologa?		
Spolnost in kontracepcija	68	37,6
Nosečnost in porod	61	33,7
Menopavza in klimakterij	8	4,5
Rak materničnega vratu	22	12,1
Rak dojk	22	12,1
Ste bili na naštetih področjih že deležni zdravstveno vzgojnega dela s strani diplomirane medicinske sestre?		
Spolnost in kontracepcija	46	38,9
Nosečnost in porod	33	27,9
Menopavza in klimakterij	3	2,6
Rak materničnega vratu	14	11,9
Rak dojk	22	18,7
Skupaj	120	100

Tabela 7 prikazuje, da je bilo 55,8 % žensk že deležnih zdravstveno vzgojnega dela, 28,4 % žensk jih ni bilo deležnih in 15,8 % žensk ne pozna zdravstveno vzgojnega dela v ginekološkem dispanzerju. 37,6 % žensk je bilo deležnih zdravstveno vzgojnega dela na področju spolnosti in kontracepcije s strani ginekologa, medtem ko je bilo na enakem

področju deležnih le 38,9 % žensk s strani diplomirane medicinske sestre. Na področju nosečnosti in poroda je bilo s strani ginekologa deležnih 33,7 % žensk in s strani diplomirane medicinske sestre 27,9 % žensk. Na področju raka dojk je bilo deležnih 12,1 % žensk s strani ginekologa in 18,7 % žensk s strani diplomirane medicinske sestre. Zdravstveno vzgojnega dela na področju raka materničnega vratu je bilo deležnih 12,1 % žensk s strani ginekologa in le 11,9 % žensk s strani diplomirane medicinske sestre. Na področju menopavze in klimakterija pa je bilo s strani ginekologa deležnih 4,5 % žensk in s strani diplomirane medicinske sestre le 2,6 % žensk.

Tabela 8: Udeleženosť žensk pri učnih oblikah in metodah dela v ginekološkem dispanzerju

Katerih učnih metod dela ste bili deležni pri zdravstveno vzgojnem delu v ginekološkem dispanzerju?	Frekvenca	Odstotek
Demonstracija	8	4,6
Praktična dela	8	4,6
Risanje	2	1,1
Pisni izdelki	12	6,9
Branje in delo z besedilom	9	5,2
Razgovor	59	33,9
Ustno razlaganje	76	43,7
Ali ste bili kdaj prisotni na kateri izmed spodaj naštetih učnih oblik dela v ginekološkem dispanzerju?		
Tečaj	13	10,3
Seminar	12	9,5
Konzultacija	5	3,9
Ekskurzija	3	2,4
Učna delavnica	3	2,4
Nisem bila prisotna	90	71,5
Skupaj	120	100

Tabela 8 prikazuje, da je bilo največ žensk, kar 43,7 % deležnih ustnega razlaganja, 33,9 % žensk je bilo deležnih razgovora, 6,9 % žensk je bilo deležnih dela s pisnimi izdelki, 5,2 % žensk je bilo deležnih branja in dela z besedilom, 4,6 % žensk je bilo deležnih zdravstveno vzgojnega dela s pomočjo demonstracije in praktičnih del in le 1,1 % žensk je bilo deležnih dela s pomočjo risanja. Kar 71,5 % žensk ni bilo prisotnih na nobeni izmed učnih oblik dela, 10,3 % žensk je bilo udeleženih na tečaju, 9,5 % žensk je bilo udeleženih na seminarju, 3,9 % žensk se je že udeležilo konzultacij in 2,4 % žensk je bilo že udeleženih na ekskurziji in učni delavnici.

Ženske smo prav tako spraševali po informacijah, ki jih pogrešajo v okviru zdravstveno vzgojnega dela in dobili odgovore, predstavljene v tabeli 9.

Tabela 9: Informacije, ki jih ženske pogrešajo v okviru zdravstveno vzgojnega dela v ginekološkem dispanzerju

KODE	KATEGORIJE
Samoiniciativnost ginekologa glede težav in posebnosti	KOMUNIKACIJA Z GINEKOLOGOM
Preventiva bolezni	ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO V GINEKOLOŠKEM DISPANZERJU
Prepoznavni znaki bolezni in njihova detekcija	
Osnove in zaščita pred boleznijo	
Kontracepcija	
Pregledovanje dojk	PROMOCIJA ZDRAVJA
Več konkretnih informacij na TV in v okviru zdravstvenih domov	

Iz odgovorov anketirank smo identificirali sedem vsebinskih kod in tri kategorije. Kategorija *Komunikacija z ginekologom* združuje kodo pomanjkanje samoiniciativnosti ginekologa glede težav in posebnosti. Kategorija *Zdravstveno vzgojno delo v ginekološkem dispanzerju* združuje kode preventivo bolezni, prepoznavne znake bolezni in njihovo detekcijo, osnove in zaščito pred boleznijo, kontracepcijo ter pregledovanje dojk. Kategorija *Promocija zdravja* pa združuje kodo pomanjkanje konkretnih informacij na TV in v okviru zdravstvenih domov.

Tabela 10 prikazuje odgovore anketirank na vprašanje »Kakšne so potrebe žensk po zdravstveno vzgojnem delu v ginekološkem dispanzerju?«. Na osnovi devetnajstih kod smo identificirali tri osrednje vsebinske kategorije. Kategorija *Organizacija dela v ginekološkem dispanzerju* združuje kode reorganizacijo in usmerjenost k uporabnikom, posvečanje več časa pacientkam, preventivni pregled na eno leto, boljšo dostopnost, manjšo čakalno vrsto, več zaposlenih in modernizacijo sistema. Kategorija *Komunikacija z ginekologom in diplomirano medicinsko sestro* združuje kode premalo časa in volje za informiranje pacientk, bolj prijazno osebje ter zavedanje zdravstvenega osebja, kako pomembna je njihova pomoč, strokovnost in pristop k pacientu. Kategorija *Učne metode in oblike dela v ginekološkem dispanzerju* pa združuje kode kot so potreba po več delavnicah in brošurah na področju zdravstvene vzgoje, večja dostopnost čtiva v čakalnicah, več osveščanja med ginekološkim pregledom, več povabil ljudem na vzgojno izobraževalna predavanja v okviru zdravstvenih domov, več skupinskih predavanj z demonstracijo, bolj nazorne plakate v čakalnicah, več skupinskih delavnic za mlade, večkratni obisk osnovnih in srednjih šol s strani ginekologa in diplomirane medicinske sestre ter več poudarka v osnovni šoli pri zdravstveni vzgoji.

Tabela 10: Potrebe žensk po zdravstveno vzgojnem delu v ginekološkem dispanzerju

KODE	KATEGORIJE
Reorganizacija in usmerjenost k uporabnikom	ORGANIZACIJA DELA V GINEKOLOŠKEM DISPANZERJU
Posvečanje več časa pacientkam	
Preventivni pregled na eno leto	
Boljša dostopnost	
Manjša čakalna vrsta	
Več zaposlenih	
Modernizacija sistema	
Premalo časa in volje za informiranje pacientk	KOMUNIKACIJA Z GINEKOLOGOM IN DIPLOMIRANO MEDICINSKO SESTRO
Bolj prijazno osebje	
Zavedanje zdravstvenega osebja, kako pomembna je njihova pomoč, strokovnost in pristop k pacientu	
Več delavnic in brošur na področju zdravstvene vzgoje	UČNE METODE IN OBLIKE DELA V GINEKOLOŠKEM DISPANZERJU
Dostopnost čtiva v čakalnicah	
Osveščanje med ginekološkim pregledom	
Povabila ljudem na vzgojno izobraževalna predavanja v okviru zdravstvenih domov	
Skupinsko predavanje z demonstracijo	
Bolj nazorni plakati v čakalnicah (barvni, pregledni)	
Več skupinskih delavnic za mlade	
Večkratni obisk osnovnih in srednjih šol s strani ginekologa in diplomirane medicinske sestre	
Več poudarka v osnovni šoli pri zdravstveni vzgoji	

3.4.3 Komunikacija z izbranim ginekologom in diplomirano medicinsko sestro v ginekološkem dispanzerju

Tabela 11: Zadovoljstvo žensk z izbranim ginekologom in diplomirano medicinsko sestro v ginekološkem dispanzerju

Kako ste zadovoljni z izbranim ginekologom in diplomirano medicinsko sestro v ginekološkem dispanzerju?	Ginekolog		Diplomirana medicinska sestra	
	Frekvenca	Odstotek	Frekvenca	Odstotek
Nisem zadovoljna	4	3,3	4	3,3
Sem zadovoljna	52	43,4	51	42,5
Zelo sem zadovoljna	63	52,5	62	51,7
Manjkajoči odgovor	1	0,8	3	2,5
Skupaj	120	100	120	100

Tabela 11 kaže, da je 52,5 % žensk zelo zadovoljnih z izbranim ginekologom, 43,4 % žensk je zadovoljnih in 3,3 % žensk je nezadovoljnih z izbranim ginekologom. Z diplomirano medicinsko sestro je zelo zadovoljnih 51,7 % žensk, 42,5 % žensk je zadovoljnih in 3,3 % žensk je nezadovoljnih.

Tabela 12: Opredelitev komunikacije z izbranim ginekologom in diplomirano medicinsko sestro v ginekološkem dispanzerju

Kako bi opredelili komunikacijo med vami, izbranim ginekologom in diplomirano medicinsko sestro v ginekološkem dispanzerju?	Ginekolog		Diplomirana medicinska sestra	
	Frekvenca	Odstotek	Frekvenca	Odstotek
Ni uspešna	2	1,7	0	0,0
Lahko bi bila boljša	11	9,2	12	10,0
Je zadovoljiva	33	27,5	35	29,2
Je uspešna	73	60,8	70	58,3
Manjkajoči odgovor	1	0,8	3	2,5
Skupaj	120	100	120	100

Tabela 12 kaže, da je 60,8 % žensk opredelilo komunikacijo z ginekologom kot uspešno, 27,5 % žensk je mnenja, da je komunikacija zadovoljiva, 9,2 % žensk jih meni, da bi lahko bila boljša in 1,7 % žensk meni, da komunikacija z ginekologom ni uspešna. Komunikacijo z diplomirano medicinsko sestro opredeljuje z uspešno 58,3 % žensk, 29,2 % žensk je zadovoljnih in 10,0 % žensk je mnenja, da bi komunikacija lahko bila boljša.

Tabela 13: Spremembe v smislu izboljšanja komunikacije z izbranim ginekologom in diplomirano medicinsko sestro v ginekološkem dispanzerju

KODE	KATEGORIJE
Bolj osebni pristop	PRISTOP OSEBJA V GINEKOLOŠKEM DISPANZERJU
Več prijaznosti	
Več samoiniciativnosti	KOMUNIKACIJA Z GINEKOLOGOM IN DIPLOMIRANO MEDICINSKO SESTRO
Premalo komunikacije	
Več časa za pogovor in pregled	
Preveč vsiljevanja lastnega mnenja	
Boljši pogoji v čakalni dobi	ORGANIZACIJA DELA V GINEKOLOŠKEM DISPANZERJU
Lažji dostop do ginekologa	
Učinkovito in organizacijsko dovršeno delo	
Odziv na telefon	

Ženskam smo prav tako dali možnost, da povedo, kaj bi spremenile v smislu izboljšanja komunikacije z izbranim ginekologom in diplomirano medicinsko sestro v ginekološkem dispanzerju. Dobili smo tri glavne kategorije, ki so prikazane v tabeli 13. Kategorija *Pristop osebja v ginekološkem dispanzerju* združuje kodi bolj osebni pristop in več prijaznosti. Kategorija *Komunikacija z ginekologom in diplomirano medicinsko sestro* združuje kode več samoiniciativnosti, premalo komunikacije, več časa za pogovor in pregled ter preveč vsiljevanja lastnega mnenja. In kategorija *Organizacija*

delo v ginekološkem dispanzerju združuje kode boljše pogoje v čakalni dobi, lažji dostop do ginekologa, bolj učinkovito in organizacijsko dovršeno delo ter odziv na telefon.

3.4.4 Seznanjenost žensk z zdravstveno vzgojnim delom na področju raka materničnega vratu in raka dojke v ginekološkem dispanzerju

Tabela 14: Zgodnje odkrivanje raka s preventivnimi ginekološkimi pregledi

Katero vrsto raka lahko odkrijemo zelo zgodaj z rednimi preventivnimi ginekološkimi pregledi?	Frekvenca	Odstotek
Rak dojk	60	31,4
Rak materničnega vratu	100	52,3
Rak debelega črevesja in danke	18	9,4
Rak na modih	13	6,9
Skupaj	120	100

Tabela 14 kaže, da anketiranke v večini menijo, da lahko z rednimi preventivnimi ginekološkimi pregledi zgodaj odkrijemo raka materničnega vratu (52,3 % žensk) in raka dojk (31,4 % žensk), manj pa jih priznava vrednost rednih preventivnih ginekoloških pregledov za odkrivanje raka debelega črevesja in danke (9,4 % žensk) ter raka na modih (6,9 %).

Tabela 15: Poimenovanje preiskave, s katero odkrivamo raka na materničnem vratu

Kako se imenuje preiskava – test, ki je del ginekološkega pregleda in nam pokaže spremembe, ki bi lahko pomenile raka na materničnem vratu?	Frekvenca	Odstotek
Ne vem	5	4,2
Bris materničnega vratu	35	29,2
Pap test	40	33,3
Presejalni test	2	1,7
Test na papiloma virus	1	0,8
Test papanikolav	1	0,8
CRP	1	0,8
Manjkajoči odgovor	35	29,2
Skupaj	120	100

Tabela 15 prikazuje poimenovanja preiskave, s katero odkrivamo raka na materničnem vratu. Z ustreznim odgovorom je odgovorilo 33,3 % žensk, da se preiskava imenuje Pap test, 0,8 % žensk je odgovorilo Test papanikolav, 29,2 % žensk je odgovorilo Bris

materničnega vratu, 1,7 % žensk je odgovorilo Presejalni test in 0,8 % žensk je odgovorilo Test na papiloma virus. Neustrezen odgovor je podalo 0,8 % žensk, in sicer, da se preiskava imenuje CRP, 4,2 % žensk pa ni vedelo odgovora.

Tabela 16: Zmanjševanje verjetnosti pojava raka na materničnem vratu s preventivnim cepljenjem

Se strinjate s trditvijo, da je možno zmanjšati verjetnost pojava raka na materničnem vratu s preventivnim cepljenjem??	Frekvenca	Odstotek
Nimam mnenja	43	35,8
Se ne strinjam	22	18,4
Se strinjam	54	45,0
Manjkajoči odgovor	1	0,8
Skupaj	120	100

Tabela 16 kaže delež žensk, ki se strinjajo s trditvijo, da je možno zmanjšati verjetnost pojava raka na materničnem vratu s preventivnim cepljenjem (45,0 %), 18,4 % žensk se ne strinja, 35,8 % je neopredeljenih.

Tabela 17 kaže, da je 42,5 % žensk že slišalo za program ZORA, vendar ne poznajo podrobnosti, 26,7 % žensk pozna program ZORA, 20,8 % žensk ga ne pozna. Samo 9,2 % žensk program ZORA pozna zelo dobro. Za program DORA je že slišalo 42,5 % žensk, 35,8 % žensk ga ne pozna, 14,2 % žensk ga pozna in samo 7,5 % žensk ga pozna zelo dobro. 38,8 % žensk je pravilno odgovorilo, da kratice ZORA pomenijo Državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu, 34,7 % žensk je napačno odgovorilo, da gre za Društvo za zgodnje odkrivanje rakastih obolenj, 18,4 % žensk ni vedelo odgovora, 4,1 % žensk je odgovorilo, da gre za Odkrivanje raka dojke in 2,0 % žensk je odgovorilo, da je ZORA Zavod za ženske in Zdravstvena organizacija. Na vprašanje, kaj pomenijo kratice DORA je 71,4 % žensk pravilno odgovorilo z Državni presejalni program za raka dojke, 17,8 % žensk ni vedelo odgovora in 10,7 % žensk je odgovorilo z Dojka – rak.

Tabela 17: Poznavanje programa ZORA in DORA

Ali poznate program ZORA?	Frekvenca	Odstotek
Ne poznam ga	25	20,8
Sem že slišala zanj, vendar ne poznam podrobnosti	51	42,5
Da, poznam ga	32	26,7
Da, poznam ga zelo dobro	11	9,2
Ni odgovora	1	0,8
Napišite na črto, kaj pomenijo kratice ZORA?		
Ne vem	9	18,4
Društvo za zgodnje odkrivanje rakastih obolenj	17	34,7
Državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu	19	38,8
Odkrivanje raka dojk	2	4,1
Zavod za ženske	1	2,0
Zdravstvena organizacija	1	2,0
Manjkajoči odgovor	71	59,2
Ali poznate program DORA?		
Ne poznam ga	43	35,8
Sem že slišala zanj, vendar ne poznam podrobnosti	51	42,5
Da, poznam ga	17	14,2
Da, poznam ga zelo dobro	9	7,5
Ni odgovora	1	0,8
Napišite na črto, kaj pomenijo kratice DORA?		
Ne vem	5	17,8
Dojka – rak	3	10,7
Državni presejalni program za raka dojk	20	71,4
Manjkajoči odgovor	92	76,7
Skupaj	120	100

Največ žensk iz Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj je že slišalo za program ZORA, vendar ne poznajo podrobnosti (35,6 %) (tabela 18). Prav tako se z navedenim strinja 47,5 % žensk iz Zdravstvenega doma Ljubljana – Vič. Torej, največ žensk je že slišalo za program ZORA, vendar ne poznajo podrobnosti, od tega je več žensk iz Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj (52,5 %) v primerjavi z ženskami iz Zdravstvenega doma Ljubljana – Vič (47,5 %). Hi – kvadrat test je pokazal, da obstajajo statistično pomembne razlike ($\chi^2=21,093$, $p=0,000$) v seznanjenosti žensk s programom ZORA glede na regijo. Ustreznejše mnenje statistično pomembno izražajo ženske iz Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj.

Tabela 18: Seznanjenost žensk s programom ZORA glede na regijo

		Regija		Skupaj	
		Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	Zdravstveni dom Ljubljana - Vič		
Ali poznate program ZORA?	Ne poznam ga	Število	20	1	21
		Program ZORA (%)	95,2%	4,8%	100,0%
		Regija (%)	33,9%	2,5%	21,2%
		Skupaj (%)	20,2%	1,0%	21,2%
	Sem že slišala zanj, vendar ne poznam podrobnosti	Število	21	19	40
		Program ZORA (%)	52,5%	47,5%	100,0%
		Regija (%)	35,6%	47,5%	40,4%
		Skupaj (%)	21,2%	19,2%	40,4%
	Da, poznam ga	Število	12	16	28
		Program ZORA (%)	42,9%	57,1%	100,0%
		Regija (%)	20,3%	40,0%	28,3%
		Skupaj (%)	12,1%	16,2%	28,3%
	Da, poznam ga zelo dobro	Število	6	4	10
		Program ZORA (%)	60,0%	40,0%	100,0%
		Regija (%)	10,2%	10,0%	10,1%
		Skupaj (%)	6,1%	4,0%	10,1%
Skupaj		Število	59	40	99
		Program ZORA (%)	59,6%	40,4%	100,0%
		Regija (%)	100,0%	100,0%	100,0%
		Skupaj (%)	59,6%	40,4%	100,0%

$\chi^2=21,093$, $p=0,000$

Največ žensk iz Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj je odgovorilo, da ne pozna programa DORA (45,8 %) (tabela 19). Medtem ko je največ žensk iz Zdravstvenega doma Ljubljana – Vič odgovorilo, da so že slišale za program DORA, vendar ne poznajo podrobnosti (55,0%). Med ženskami, ki so že slišale za program DORA, vendar ne poznajo podrobnosti, je največ žensk iz Zdravstvenega doma Ljubljana – Vič (53,7 %) v primerjavi z ženskami iz Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj (46,3 %). Med ženskami, ki programa DORA ne poznajo, jih je več iz Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj (73,0 %) v primerjavi z Zdravstvenim domom Ljubljana – Vič (27,0 %). Hi – kvadrat test je pokazal, da obstajajo statistično pomembne razlike ($\chi^2=15,184$, $p=0,002$) v seznanjenosti žensk s programom DORA glede na regijo. Ustreznejše mnenje statistično pomembno izražajo ženske iz Zdravstvenega doma Ljubljana – Vič.

Tabela 19: Seznanjenost žensk s programom DORA glede na regijo

			Regija		Skupaj
			Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	Zdravstveni dom Ljubljana - Vič	
Ali poznate program DORA?	Ne poznam ga	Število	27	10	37
		Program DORA (%)	73,0%	27,0%	100,0%
		Regija (%)	45,8%	25,0%	37,4%
		Skupaj (%)	27,3%	10,1%	37,4%
	Sem že slišala zanj, vendar ne poznam podrobnosti	Število	19	22	41
		Program DORA (%)	46,3%	53,7%	100,0%
		Regija (%)	32,2%	55,0%	41,4%
		Skupaj (%)	19,2%	22,2%	41,4%
	Da, poznam ga	Število	8	5	13
		Program DORA (%)	61,5%	38,5%	100,0%
		Regija (%)	13,6%	12,5%	13,1%
		Skupaj (%)	8,1%	5,1%	13,1%
	Da, poznam ga zelo dobro	Število	5	3	8
		Program DORA (%)	62,5%	37,5%	100,0%
		Regija (%)	8,5%	7,5%	8,1%
		Skupaj (%)	5,1%	3,0%	8,1%
Skupaj	Število	59	40	99	
	Program DORA (%)	59,6%	40,4%	100,0%	
	Regija (%)	100,0%	100,0%	100,0%	
	Skupaj (%)	59,6%	40,4%	100,0%	

$\chi^2=15,184, p=0,002$

Tabela 20: Seznanjenost žensk z rakom materničnega vratu in rakom dojke

Kdo Vas je seznanil z rakom materničnega vratu in rakom dojke?	Rak materničnega vratu		Rak dojke	
	Frekvenca	Odstotek	Frekvenca	Odstotek
Ginekolog	54	17,0	42	13,8
Diplomirana medicinska sestra / Diplomirana babica	21	6,6	26	8,5
Prijatelji, družina	42	13,2	44	14,4
Slišala oz. prebrala sem v medijih	64	20,2	60	19,7
Prebrala sem v brošuri, zloženki	64	20,2	61	20,0
Prebrala sem v knjigi	25	7,9	22	7,2
Prebrala sem na internetu	46	14,5	49	16,1
Nisem še bila seznanjena	1	0,3	1	0,3
Skupaj	120	100	120	100

Tabela 20 kaže, da je 20,2 % žensk o raku materničnega vratu slišalo oz. prebralo v medijih in prebralo v brošuri ali zloženki, 17,0 % žensk je bilo seznanjenih s strani ginekologa, 14,5 % žensk je prebralo na internetu, 13,2 % žensk je bilo seznanjenih s strani prijateljev ali družine, 7,9 % žensk je prebralo v knjigi, 6,6 % žensk je bilo seznanjenih s strani diplomirane medicinske sestre oz. diplomirane babice in 0,3 %

žensk ni bilo seznanjenih z rakom materničnega vratu. Z rakom dojk je bilo seznanjenih 20,0 % žensk preko brošure ali zloženke, 19,7 % žensk je slišalo oz. prebralo o tem v medijih, 16,1 % žensk je o tem prebralo na internetu, 14,4 % žensk je bilo seznanjenih s strani prijateljev ali družine, 13,8 % žensk je bilo seznanjenih s strani ginekologa, 8,5 % žensk je bilo seznanjenih s strani diplomirane medicinske sestre oz. diplomirane babice, 7,2 % žensk je o tem prebralo v knjigi in 0,3 % žensk ni bilo seznanjenih z rakom dojk.

Tabela 21: Seznanjenost žensk s pravilnim postopkom samopregledovanja dojk

Kdo Vas je seznanil s pravilnim postopkom samopregledovanja dojk?	Frekvenca	Odstotek
Ginekolog	53	18,7
Diplomirana medicinska sestra / diplomirana babica	36	12,7
Ožji družinski člani	11	3,9
Prijatelji, znanci	17	5,9
Slišala oz. prebrala sem v medijih	34	11,9
Prebrala sem v brošuri, zloženki	68	23,9
Prebrala sem v knjigi	24	8,5
Prebrala sem na internetu	37	13,0
Nisem bila seznanjena s pravilnim postopkom samopregledovanja dojk	4	1,4
Skupaj	120	100

Tabela 21 kaže, da je 23,9 % žensk o samopregledovanju dojk prebralo v brošuri in zloženki, 18,7 % žensk je bilo seznanjenih s strani ginekologa, 13,0 % žensk je prebralo na internetu, 12,7 % žensk je bilo seznanjenih s strani diplomirane medicinske sestre/diplomirane babice, 11,9 % žensk je slišalo oz. prebralo v medijih, 8,5 % žensk je prebralo v knjigi, 5,9 % žensk je bilo seznanjenih s strani prijateljev in znancev, 3,9 % žensk je bilo seznanjenih s strani ožjih družinskih članov in 1,4 % žensk ni bilo seznanjenih s pravilnim postopkom samopregledovanja dojk. Ženske so poleg danih možnosti odgovorile tudi: na izobraževanju v okviru faksa, na rednem šolskem pregledu, srednja zdravstvena šola Ljubljana, šola, v srednji zdravstveni šoli in zdravniški pregled (službeni).

Tabela 22 kaže odgovore anketirank na vprašanje »Kdaj v menstruacijskem ciklusu si je smiselno pregledovati dojke?« Največ žensk, kar 34,1 % je mnenja, da si je smiselno samopregledovati dojke po menstrualnem ciklusu. Zatem si sledijo odgovori: 10. dan od prvega dne zadnje menstruacije (12,5 %), nekaj dni po menstruaciji (6,8 %), 5. dan in v ovulaciji (5,7 %), 10. dan od prvega dne menstruacije (4,5 %), začetek menstruacijskega ciklusa in 5. – 10. dan po menstruaciji (3,4 %), med in po menstruaciji ter 10. – 14. dan po menstruaciji (3,4 %), da in pred menstruacijo (2,3 %); 2. dan, 4. dan, 15 dni po

menstruaciji, 1x mesečno in pri menopavzi pa so odgovori, na katere je odgovorilo le 1,1 % žensk.

Tabela 22: Mnenje žensk o časovnem poteku samopregledovanja dojk glede na menstruacijski cikel

Kdaj v menstruacijskem ciklusu si je smiselno pregledovati dojke?	Frekvenca	Odstotek
Ne vem	6	6,8
Da	2	2,3
Pred menstruacijo	2	2,3
Začetek menstruacijskega ciklusa	3	3,4
2. dan	1	1,1
4. dan	1	1,1
5. dan	5	5,7
Med in po menstruaciji	3	3,4
10. dan od prvega dne menstruacije	4	4,5
Nekaj dni po menstruaciji	6	6,8
5. – 10. dan po menstruaciji	3	3,4
10. dan od prvega dne zadnje menstruacije	11	12,5
10. – 14. dan po menstruaciji	3	3,4
15 dni po menstruaciji	1	1,1
Ovulacija	5	5,7
1x mesečno	1	1,1
Po menstrualnem ciklusu	30	34,1
Pri menopavzi	1	1,1
Manjkajoči odgovor	32	26,7
Skupaj	120	100

Tabela 23: Zadostnost informacij o raku materničnega vratu in raku dojk

Ali menite, da v ginekološkem dispanzerju dobite dovolj informacij o raku materničnega vratu in raku dojk?	Rak materničnega vratu		Rak dojk	
	Frekvenca	Odstotek	Frekvenca	Odstotek
Ne dobim nobenih informacij	6	5,0	5	4,2
Premalo informacij	22	18,3	26	21,7
Delno informacij	50	41,7	50	41,7
Dovolj informacij	40	33,3	36	30,0
Manjkajoči odgovor	2	1,7	3	2,5
Skupaj	120	100	120	100

Tabela 23 kaže, da 41,7 % žensk meni, da v ginekološkem dispanzerju dobi delne informacije o raku materničnega vratu, 33,3 % žensk dobi dovolj informacij, 18,3 % žensk dobi premalo informacij in 5,0 % žensk ne dobi nobenih informacij. Glede informacij o raku dojk, meni 41,7 % žensk, da dobi v ginekološkem dispanzerju delne informacije, 30,0 % žensk dobi dovolj informacij, 21,7 % žensk meni, da dobi premalo informacij in 4,2 % žensk meni, da ne dobi nobenih informacij.

Tabela 24: Mnenje žensk o prejemu informacij o raku dojk glede na stopnjo izobrazbe

			Izobrazba					Skupaj
			Osnovnošolska izobrazba ali manj	Poklicna izobrazba	Štiri - letna srednješolska izobrazba	Visokošolska izobrazba	Magisterij, doktorat	
Ali menite, da v ginekološkem dispanzerju dobite dovolj informacij o raku dojk?	Ne dobim nobenih informacij	Število	0	3	0	2	0	5
		Rak dojk (%)	0,0%	60,0%	0,0%	40,0%	0,0%	100,0%
		Izobrazba (%)	0,0%	13,6%	0,0%	4,2%	0,0%	4,3%
		Skupaj (%)	0,0%	2,6%	0,0%	1,7%	0,0%	4,3%
	Premalo informacij	Število	2	0	7	17	0	26
		Rak dojk (%)	7,7%	0,0%	26,9%	65,4%	0,0%	100,0%
		Izobrazba (%)	20,0%	0,0%	19,4%	35,4%	0,0%	22,2%
		Skupaj (%)	1,7%	0,0%	6,0%	14,5%	0,0%	22,2%
	Delno informacij	Število	1	14	17	18	0	50
		Rak dojk (%)	2,0%	28,0%	34,0%	36,0%	0,0%	100,0%
		Izobrazba (%)	10,0%	63,6%	47,2%	37,5%	0,0%	42,7%
		Skupaj (%)	0,9%	12,0%	14,5%	15,4%	0,0%	42,7%
	Dovolj informacij	Število	7	5	12	11	1	36
		Rak dojk (%)	19,4%	13,9%	33,3%	30,6%	2,8%	100,0%
		Izobrazba (%)	70,0%	22,7%	33,3%	22,9%	100,0%	30,8%
		Skupaj (%)	6,0%	4,3%	10,3%	9,4%	0,9%	30,8%
Skupaj		Število	10	22	36	48	1	117
		Rak dojk (%)	8,5%	18,8%	30,8%	41,0%	0,9%	100,0%
		Izobrazba (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Skupaj (%)	8,5%	18,8%	30,8%	41,0%	0,9%	100,0%

 $\chi^2=29,264, p=0,004$

Tabela 24 kaže, da največ žensk z osnovnošolsko izobrazbo ali manj (70,0 %) in magisterijem oziroma doktoratom (100,0 %) meni, da v ginekološkem dispanzerju dobijo dovolj informacij o raku dojk. Medtem ko, največ žensk s poklicno izobrazbo (63,6 %), s štiri – letno srednješolsko izobrazbo (47,2 %) in visokošolsko izobrazbo (37,5 %) meni, da dobijo delno informacij o raku dojk v ginekološkem dispanzerju. Največ žensk meni, da v ginekološkem dispanzerju dobijo le delno informacij o raku dojk, od tega je največ žensk z visokošolsko izobrazbo (36,0 %) in najmanj žensk z magisterijem oziroma doktoratom (0,0 %). Hi – kvadrat test je pokazal, da obstajajo

statistično pomembne razlike ($\chi^2=29,264$, $p=0,004$) v mnenju žensk, ali dobijo v ginekološkem dispanzerju dovolj informacij o raku dojk glede na stopnjo izobrazbe. Ustrežnejše mnenje statistično pomembno izražajo ženske z visokošolsko izobrazbo.

3.5 RAZPRAVA

Celovito reproduktivno zdravstveno varstvo je pomembna vsebina primarne zdravstvene dejavnosti. Namen našega raziskovanja je bil ugotoviti seznanjenost žensk z zdravstveno vzgojnim delom v obdobju mladostništva, v nosečnosti, v klimakteriju ter na področju raka materničnega vratu in raka dojk v ginekološkem dispanzerju. Prav tako smo želeli ugotoviti potrebe žensk po zdravstveno vzgojnem delu na omenjenih področjih. Raziskava na reprezentativnem vzorcu 120 žensk je bila izvedena osebno v dopoldanskem in popoldanskem času v dveh ginekoloških dispanzerjih različnih regijskih območij (Kranj, Ljubljana), kar nam je dalo veliko prednost, saj smo dobili 100 % realizacijo vzorca.

Uradni list RS (2002) navaja cilje preventivnih programov za varovanje reproduktivnega zdravja, ki vključujejo zmanjšanje ogroženosti zaradi bolezni, ki so povezane z reprodukcijo, nenačrtovanimi in neželenimi nosečnostmi; zgodnje odkrivanje rakavih bolezni, ki povzročajo prezgodnjo obolevnost, invalidnost in umrljivost ter zagotavljanje uveljavljanja reproduktivnih pravic in promoviranje reproduktivnega zdravja. Omenjene cilje smo potrdili z našo raziskavo, s katero smo ugotovili, da so bili najpogostejši razlogi za obisk ginekološkega dispanzerja prav redni preventivni ginekološki pregled, odvzem brisa materničnega vratu, potreba po kontracepciji ter obisk ob nosečnosti in po porodu.

Zdravstveno vzgojno delo v ginekološkem dispanzerju poteka deljeno glede na starostno populacijo in zdravstvene težave. Poznamo zdravstveno vzgojno delo v obdobju mladostništva, v obdobju nosečnosti, v obdobju menopavze in na področju raka materničnega vratu in raka dojk. Naša raziskava je pokazala, da je več kot polovica anketiranih žensk že bilo deležnih zdravstveno vzgojnega dela v ginekološkem dispanzerju. Področje, na katerem so bile ženske največ deležne zdravstveno vzgojnega

dela s strani ginekologa in diplomirane medicinske sestre, je bilo spolnost in kontracepcija. Vendar pa bi bilo, po mnenju večine žensk, zelo potrebno zdravstveno vzgojno delo na področju raka materničnega vratu. Generacije ginekologov so skupaj z ostalimi zdravstvenimi delavci v preteklih desetletjih že izboljšali zdravje žensk in novorojencev, ne glede na organizacijske oblike in spreminjajoča se poimenovanja teh dejavnosti. V predporodno varstvo zato prihaja vse več nosečnic, veliko jih rodi v porodnišnicah. Prav tako se je zmanjšala perinatalna umrljivost in umrljivost dojenčkov. Z večjim osveščanjem žensk na področju načrtovanja družine, se je zmanjšala splavnost in povečala raba kontracepcijskih metod. Zmanjšala se je tudi incidenca raka materničnega vratu (Ilijaš Koželj, 2011).

V zdravstveni vzgoji se uporabljajo učne in vzgojne metode dela ter učne oblike, kot so frontalna, individualna, skupinska oblika, delo v dvojicah in učne delavnice. Medicinske sestre pri zdravstveni vzgoji uporabljajo tudi različne pripomočke, kot so plakati, zloženke, prosojnice in različna avdiovizualna sredstva. Pri delu prav tako uporabljajo različne modele, na katerih se lahko udeleženci izobraževanja učijo (Hoyer, 2005). Naša raziskava je pokazala, da so bile ženske pri zdravstveno vzgojnem delu v ginekološkem dispanzerju največ deležne ustnega razlaganja in metode razgovora. Najbolj pogosta učna oblika dela je bila tečaj.

Zelo pomembno področje zdravstveno vzgojne obravnave v ginekološkem dispanzerju je prav tako rak materničnega vratu in rak dojk. Med ukrepe za zgodnje odkrivanje uvrščamo vse tiste, ki pripomorejo pri čim hitrejšem odkrivanju bolezni, ki se je že izrazila s kliničnimi znaki, saj s temi ukrepi lahko v populaciji povečamo delež bolnikov z zgodnjimi stadiji bolezni ter zmanjšamo delež tistih z napredovalo boleznijo (Primic – Žakelj in Zadnik, 2009). Delež žensk, ki sta jih z rakom materničnega vratu, rakom dojk in samopregledovanjem dojk seznanila medicinska sestra in ginekolog je majhen. To opozarja na pomanjkanje zdravstveno vzgojnega dela na omenjenem področju ginekološkega dispanzerja. Na pomanjkanje samoiniciativnega osveščanja s strani ginekologa in diplomirane medicinske sestre so nas ženske opozorile že v anketi. Prav tako je omenjena pomanjkljivost razvidna iz rezultatov večine žensk, ki so mnenja, da v ginekološkem dispanzerju dobijo le delno informacij o raku materničnega vratu in

raku dojke. Pri tem so vidne statistično pomembne razlike glede na stopnjo izobrazbe, saj so se z navedenim strinjale predvsem ženske z visokošolsko izobrazbo.

V raziskavi smo spraševali ženske, na koliko časa menijo, da so upravičene do preventivnega ginekološkega pregleda, pri čemer je največ žensk odgovorilo z enkrat na leto. Vendar pa se v Sloveniji pregled za preprečevanje raka materničnega vratu opravi enkrat na tri leta (po dveh negativnih izvidih testa PAP v obdobju enega leta), na katerega prihajajo ženske, stare od 20 do 64 let, same, na povabilo osebnega ginekologa ali na vabilo državnega programa ZORA (Uršič Vrščaj idr., 2000). Z navedenim odgovorom je bilo seznanjenih manj kot polovica anketiranih žensk, pri čemer je bilo opaziti razlike med regijo in stopnjo izobrazbe. Statistično pomembno več žensk je bilo tega mnenja v Zdravstvenem domu Ljubljana – Vič, prav tako so ženske z visokošolsko izobrazbo statistično pomembno bolj poznale pravilni odgovor v primerjavi z ženskami z osnovnošolsko izobrazbo. V primerjavi s Slovenijo, na Finskem prav tako poteka presejalni program za odkrivanje bolezni na materničnem vratu, v katerega so vključene ženske v starosti od 30 do 60 let. Vendar pa se pregledi izvajajo vsakih pet let, razen če izvidi prejšnjega testiranja ali poročila o simptomih pokažejo na potrebo po okrepljenih dodatnih pregledih; v tem primeru se program izvaja enkrat letno (Kotaniemi – Talonen idr., 2005). V naši raziskavi smo prav tako ugotovili, da se je večina žensk odzvala vabilu na preventivni ginekološki pregled, vendar jih je le manj kot polovica že slišalo za program ZORA, brez poznavanja podrobnosti. Skrb vzbujajoči so tudi rezultati žensk, ki kažejo, da so se seznanile z rakom materničnega vratu preko medijev in zloženek, kar kaže na pomanjkljivo zdravstveno vzgojno delo v ginekološkem dispanzerju.

Na področju preprečevanja raka materničnega vratu je bilo v zadnjem času vloženi tudi veliko prizadevanj in upov v cepiva za humani papilomavirus (HPV), ki so testirana po vsem svetu (Koutsky idr., 2002; povz. po Kotaniemi – Talonen idr., 2005). Odločitev o uvedbi cepljenja mora upoštevati predvsem pomembnost in nujnost uvedbe drugih zdravstvenih ukrepov, vključno z drugimi novimi cepivi in ukrepi za preprečevanje in kontroliranje s HPV povezanih bolezni, izvedbo cepljenja, dostopnost do cepiva in stroške (Uršič Vrščaj, 2009). Rezultati naše raziskave so pokazali, da se več kot

polovica anketiranih žensk v Sloveniji strinja s trditvijo, da je s preventivnim cepljenjem možno zmanjšati verjetnost pojava raka na materničnem vratu. Sprejemljivost cepljenja proti spolno prenosljivim okužbam pri adolescentih pa je negotova v Veliki Britaniji, kjer splošna javnost o raku materničnega vratu in preventivi ni seznanjena ali pa je celo seznanjena napačno (Stretch idr., 2008).

Vzpostavitev pozitivne komunikacije z ženskami diplomirani medicinski sestri in ginekologu omogoča, da ugotavlja njihove potrebe in pričakovanja na različnih področjih. Za uresničitev tega potrebujeta znanje in sproščenost (Žohar, 2004). Naša raziskava je pokazala, da je več kot polovica žensk zelo zadovoljnih z diplomirano medicinsko sestro in ginekologom. Tudi komunikacijo z omenjenima so opredelile kot uspešno. Rezultati raziskave pa so hkrati razkrili, da ženske v ginekološkem dispanzerju pogrešajo bolj osebni pristop osebja in več prijaznosti. Nekatere ženske so mnenja, da sta diplomirana medicinska sestra in ginekolog premalo samoiniciativna, da je preveč vsiljevanja lastnega mnenja in da bi bilo potrebnega več časa za pogovor in pregled. Prav tako bi bile potrebne spremembe v čakalni dobi, ki je predolga, predlagajo lažji dostop do ginekologa ter bolj učinkovito in organizacijsko dovršeno delo.

Tako preventivna, kot kurativna dejavnost dispanzerjev imata pomembno vlogo za zdravje žensk v vseh življenjskih obdobjih. Reprodukativno zdravstveno varstvo žensk v Sloveniji deluje po principu dispanzerske metode dela, kar pomeni, da celostno obravnava žensko z namenom zgodnje diagnostike in ukrepanja, na ta način zmanjšuje stroške ter izboljšuje zdravje žensk in zagotavlja kakovostno zdravstveno varstvo žensk (Tušek – Bunc, 2009).

Na osnovi dobljenih rezultatov diplomskega dela zaključujemo, da bi bilo v prihodnosti potrebnih še več raziskav na področju zdravstveno vzgojnega dela v ginekološkem dispanzerju. Predlagamo več ločenih raziskav glede na izbrano področje zdravstveno vzgojnega dela, kajti zdravstveno vzgojno delo v ginekološkem dispanzerju vključuje različna področja dela, katere osrednja smo proučevali tudi v naši raziskavi. Za podrobnejše empirično raziskovanje zato velja zdravstveno vzgojno delo v

ginekološkem dispanzerju v prihodnje proučiti tudi ločeno po posameznih ciljnih skupinah.

4 ZAKLJUČEK

Zdravje moramo obravnavati kot najvišjo vrednoto. Pogosto je zelo težko delovati preventivno, ko smo zdravi in nas nič ne boli. Šele takrat, ko nastopi bolezen, se zavedamo, kako pomembno je zdravje, in če le - tega ni, nimamo ničesar. Zdravje je pogoj za kakovostno življenje, kajti le zdrav človek lahko razmišlja, se uči in načrtuje. Enako lahko trdimo za reproduktivno zdravje. Ko smo mladi in zdravi, ne razmišljamo o tem, kako slabi vedenjski vzorci in razvade vplivajo na našo prihodnost in sposobnost zanositi po naravni poti, preživljati zdravo in varno nosečnost ter roditi zdravega otroka z vsemi najboljšimi izhodišči za življenje.

V prihodnosti bi bilo potrebno še večjo pozornost usmeriti v boljše in kvalitetnejše poučevanje žensk glede reproduktivnega zdravja. Tudi kako zdravo živeti, kateri so dejavniki tveganja, ki vplivajo na reproduktivno zdravje in kako se le – tem dejavnikom izogniti, je poglobljena naloga prihodnosti. Potrebno bi bilo zdravstveno vzgojno vplivati na učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravjem. Le tako bodo ženske imele boljše razumevanje zdravstvenih problemov in procesov za krepitev, doseganje in ohranjanje reproduktivnega zdravja. Kajti naša raziskava je pokazala, da ženskam primanjkuje zdravstveno vzgojno delo predvsem na področju menopavze in klimakterija, raka na materničnem vratu ter raka na dojkah.

Poudariti velja, da je medicinska sestra ključna v sistemu zdravstvene obravnave, ki mora biti naravnana tako, da pospešuje zdravstveno vzgojno delo in druge aktivnosti, ki preko multidisciplinarnega pristopa in interaktivnega dela zagotavlja kakovostno, učinkovito in varno obravnavo pacienta. Le na tak način lahko vsaka ženska izgrajuje pozitivno samopodobo, spremeni svoje vedenje in odnos do lastnega zdravja.

5 LITERATURA IN VIRI

- Abernethy K. Guiding women through the menopause – the role of the nurse. *Nurs 2 Nurs* 4 2005; 4(11): 36–40.
- Andolšek Jeras L. Menopavza – mejnik v življenju žensk. In: Meden Vrhovec H, eds. Šola za menopavzo: Zbornik prispevkov. 1997; Jan 19-20; Dobrna, Slovenija. Ljubljana: Slovensko menopavzno društvo; 1997: 1 - 4.
- AWHONN - Association of women`s health, obstetric & neonatal nursing. Health care decision making for reproductive care; 2009.
- Capponi D, Hlebš S. Vpliv telesne aktivnosti na izraznost hrbteničnih krivin in ravnotežje pri ženskah v postmenopavzalnem obdobju. *Obzor Zdr N* 2008; 42(2): 77-86.
- Cooper C. Nega matere in otroka. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2005.
- Donko J, Hoyer S. Evalvacija zdravstveno vzgojnega programa šole za starše. *Obzor Zdr N* 2003; 37(2): 151–7.
- Glanz K, Rimer K, Viswanath K. Health behavior and health education. San Francisco: Jossey – Bass A Wiley Imprint; 2008.
- Gooding S. Promocija zdravja in zdravstvena vzgoja. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego; 1997.
- Hertl K, Renner M, Vargazon T, Kadivec M, Mušič Marolt M, Podkrajšek M, et al. Preiskovalne metode pri odkrivanju raka dojk. In: Štabuc B, eds. Zgodnje odkrivanje raka – izzivi za prihodnost: XIII. Seminar »In memoriam dr. Dušana Reje«. 2005; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2005: 23-36.
- Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2005.
- Hoyer S, Stjepanović A. Spolna vzgoja mladostnikov. *Obzor Zdr N* 1997; 31: 147–53.
- ICN. Uvodnik: Mednarodni dan medicinskih sester: Proti zlorabi opojnih snovi pri mladih. *Obzor Zdr N* 1997; 31: 3–4.
- Ilijaš Koželj M. Presejanje za raka materničnega vratu v očeh ambulantnega ginekologa. In: Štabuc B, eds. Rak rodil: XVI. Seminar »In memoriam dr. Dušana Reje«. 2008;

- Okt; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2008: 15-25.
- Ilijaš Koželj M. Ginekološko porodniška dejavnost na primarni ravni. In: Ivanuš U, Primic Žakelj M, Uršič Vrščaj M, eds. Zbornik: 2. izobraževalni dan programa ZORA. 2011; Apr 8; Brdo pri Kranju, Slovenija. Ljubljana: Onkološki inštitut; 2011.
- Im E, Chee W, Lim H, Liu Y, Kim HK. Midlife womens attitudes toward physical activity. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37(2): 203–13.
- Ketting E, Esin A. Integrating sexual and reproductive health in primary health care in Europe: position paper of the European forum for primary care. *Qual Prim Care* 2010; 18: 269–82.
- Kotaniemi Talonen L, Nieminen P, Anttila A, Hakama M. Routine cervical screening with primary HPV testing and cytology triage protocol in a randomised setting. *Br J Cancer* 2005; 93: 862–7.
- Kumar T. Samopregledovanje dojk in vloga medicinske sestre pri zgodnjem odkrivanju raka dojk. In: Skela Savič B, Velepčič M, eds. Dojke – okras ženske in njena bolečina: 23. strokovni seminar iz onkologije in onkološke zdravstvene nege za medicinske sestre. 1998; Okt 15-16; Radenci, Slovenija. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije; 1998: 56–61.
- Maučec Zakotnik J. Primarna preventiva raka. In: Borštnar S, eds. Bolniki in strokovnjaki – skupaj uspešnejši pri premagovanju raka: 21. Onkološki vikend. 2008; Jun 6-7; Laško, Slovenija. Ljubljana: Onkološki inštitut, Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2008: 7–12.
- Merzidovšek Z. Šola za bodoče starše. In: Lahe M, eds. Babiška in zdravstvena nega v sodelovanju: strokovni seminar iz sodobne babiške in zdravstvene nege Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor. Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2005: 9.
- Miller KE, Graves JC. Update on the prevention and treatment of sexually transmitted diseases. *Am Fam Physician* 2000; 61: 379–86.
- Mramor M. Preventiva raka dojk in ginekološkega raka v projektu Cindi. In: Lindtner J, eds. Detekcija raka dojk, detekcija ginekološkega raka: 8. Onkološki vikend. 1995;

- Nov 24-25; Šmarješke toplice, Slovenija. Novo Mesto: Kancerološka sekcija zdravniškega društva, Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 1995: 29–40.
- Naik A. Naj zdravstveni priročnik za dekleta. Ljubljana: Educy; 2002: 20–1.
- Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije, št. 33/2002 z dne 12.04.2002. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si> (10.08.2011).
- Nerat J. Zdravstvena nega žensk z ginekologijo in porodništvom III; 2008/2009. Dostopno na: <http://www.fzv.uni-mb.si> (26.08.2011).
- Nerat J. Ginekološka ZN 1; 2009. Dostopno na: <http://www.fzv.uni-mb.si> (26.08.2011).
- Oberstar B. Šola za starše. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in babic; 2003: 46.
- Onkološki inštitut Ljubljana. Društvo onkoloških bolnikov Slovenije; 2005. Dostopno na: <http://www.onkologija.com> (16.08.2011).
- Onkološki inštitut Ljubljana. Dora - Državni presejalni program za raka dojke; 2007. Dostopno na: <http://www.dora.onko-i.si/program> (20.08.2011).
- Onkološki inštitut Ljubljana. Program in register ZORA; 2010. Dostopno na: <http://www.zora.onko-i.si> (20.08.2011).
- Peterlin S. Obravnava menopavze na različnih ravneh zdravstvenega varstva. In: Meden Vrtovec H, eds. Šola za menopavzo - Zbornik prispevkov. 1997; Jun 20–21; Dobrna, Slovenija. Ljubljana: Slovensko menopavzno društvo; 1997: 50–2.
- Pleskonjič N. Samopregledovanje dojke in opazovanje. Vita: Zdravstveno vzgojna revija; 2008; 65: 6–7.
- Pleskonjič N. Zdravstvena vzgoja nosečnice. Maribor: Univerzitetni klinični center; 2010.
- Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008.
- Poplas Susič T. Nefarmakološki pristop k zdravljenju menopavznih (klimakteričnih) težav v ambulanti zdravnika družinske medicine. Zdrav Var 2001; 40 (7–8): 236–8.
- Primic Žakelj M. Dejavniki tveganja in preprečevanja raka. In: Velepič M, Skela Savič B, eds. Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije. Ljubljana: Onkološki inštitut; 2000: 29–37.

- Primic Žakelj M. Zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb materničnega vratu – državni program ZORA. In: Lindtner J, Bešič N, Budihna M, Frkovič Grazio S, Marolt F, Novaković S, et al., eds. Doktrini zdravljenja bolnikov z malignimi limfomi in bolnic z rakom rodil - Zbornik: 16. Onkološki vikend. 2002; Nov 22-23; Laško, Slovenija. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva, Onkološki inštitut: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2002: 56-62.
- Primic Žakelj M, Zadnik V. Epidemiologija raka dojk. In: Takač I, Arko D, eds. 30 let Centra za bolezni dojk v Mariboru – Zbornik predavanj: simpozij z mednarodno udeležbo. 2003; Maj 23; Maribor, Slovenija. Maribor: Splošna bolnišnica, Služba za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk; 2003: 15–27.
- Primic Žakelj M, Zadnik V. Presejanje in zgodnje odkrivanje raka. In: Novaković S, Hočevar M, Jezeršek Novaković B, Strojman P, Žgajnar J, eds. Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2009: 50–5.
- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013: »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (ReNPZV 08 – 13). Uradni list Republike Slovenije št. 72/2008 in 74/2008.
- Rotem M, Kushnir T, Levine R, Ehrenfeld M. A psycho – educational program for improving womens attitudes and coping with menopause symptoms. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005; 37(2): 233–40.
- Stretch R, Roberts SA, McCann R, Baxter D, Chambers G, Kitchener H, et al. Parental attitudes and information needs in an adolescent HPV vaccination programme. Br J Cancer 2008; 99: 1908–11.
- Škoda V, Štern K. Preventivno delo medicinske sestre v dispanzerju za ženske. Kranj: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske; 2010.
- Tušek Bunc K. Preventivni programi. Praktikum družinske medicine: učbenik za študente 6. letnika Medicinske fakultete Univerze v Mariboru. Maribor: Medicinska fakulteta; 2009: 21–35.
- Uršič Vrščaj M, Rakar S, Kovačič J, Kralj B, Možina A. Priporočila za odkrivanje, zdravljenje in nadzor bolnic s predrakavimi spremembami materničnega vratu. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije; 2000.

- Uršič Vrščaj M. Rak materničnega vratu in nevarnostni dejavniki. In: Štabuc B, eds. Zgodnje odkrivanje raka – izzivi za prihodnost: XIII. Seminar » In memoriam dr. Dušana Reje«. 2005; 13; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2005: 37-43.
- Uršič Vrščaj M, Baškovič M. Tumorji rodil. In: Novakovič S, Hočevnar M, Jezeršek Novakovič B, Strojman P, Žgajnar J, eds. Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2009: 334-45.
- Vuga S. Sporočilo mednarodne konference o primarnem zdravstvenem varstvu. Utrip 1994; 2(9): 41.
- World Health Organization. Health; 1994. Dostopno na: <http://www.who.int/en/> (10.09.2011).
- World Health Organization. Health education and promotion - Reproductive health; 2009. Dostopno na: <http://www.who.int/en/> (10.09.2011).
- Zurc J. Človekovo zdravje in razvoj. In: Skela Savič B, eds. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010a: 40-51.
- Zurc J. Vloga in pomen metodike zdravstvene vzgoje v slovenskem zdravstvu. In: Skela Savič B, eds. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege – Zbornik predavanj z recenzijo: 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu. 2010; Sept 16-17; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010b: 224 – 37.
- Žohar M. Svetovanje medicinskih sester v zvezi s spolnostjo pacientkam, ki jim je bila operativno izrezana maternica v Splošni bolnišnici Celje. Obzor Zdr N 2004; 38: 229 – 34.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Spoštovani!

Moje ime je Julijana Pepić in sem absolventka dodiplomskega študija zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice.

V študijskem letu 2010/2011 pripravljam diplomsko delo z naslovom *Zdravstveno vzgojno delo v ginekološkem dispanzerju*. Pripravila sem anketni vprašalnik, s katerim želim pridobiti Vaše mnenje in raziskati odnos do zdravstveno vzgojnega dela v ginekološkem dispanzerju.

Vljudno Vas prosim, da odgovorite na zastavljena vprašanja. Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno. Rezultati raziskave bodo uporabljeni izključno za namene diplomskega dela.

Že vnaprej se Vam zahvaljujem za Vaše sodelovanje in dragocen prispevek.

SOCIALNO – DEMOGRAFSKE ZNAČILNOSTI

1. Starost v letih (dopišite):

_____ let

2. Izobrazba (obkrožite črko pred izbranim odgovorom):

- a) Osnovnošolska izobrazba ali manj kot osnovnošolska izobrazba
- b) Poklicna izobrazba
- c) Štiri – letna srednješolska izobrazba
- d) Visokošolska izobrazba
- e) Magisterij, doktorat

3. Kraj bivanja (obkrožite črko pred izbranim odgovorom):

- a) Vas
- b) Predmestje
- c) Mesto

GINEKOLOŠKI PREGLED

4. Kdaj ste prvič obiskali ginekologa (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?

- a) Pred prvim spolnim odnosom
- b) Po prvem spolnem odnosu
- c) V nosečnosti
- d) V menopavzi
- e) Ob pojavu nepojasnjenih krvavitev iz nožnice
- f) Ob pojavu prve menstruacije in menstrualnih bolečin
- g) Ob pojavu obolenj spolovila

5. Kako pogosto hodite na ginekološke preglede (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?

- a) Večkrat na leto
- b) Enkrat na leto
- c) Enkrat na dve leti
- d) Enkrat na tri leta
- e) Ne hodim na ginekološke preglede
- f) Drugo _____

6. Na koliko časa menite, da ste upravičeni do preventivnega ginekološkega pregleda (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?

- a) Neomejeno
- b) Enkrat na leto
- c) Enkrat na dve leti
- d) Enkrat na tri leta
- e) Enkrat na štiri leta
- f) Nisem upravičena do preventivnega pregleda

7. Ste se odzvali vabilu na ginekološki pregled v primeru, da ste ga prejeli (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?
- Da
 - Ne
8. Kateri so oz. so bili Vaši razlogi za obisk pri ginekologu (ustrezen odgovor označite z »x«, možnih je več odgovorov)?

	DA	NE
Redni preventivni ginekološki pregled		
Odvzem brisa materničnega vratu		
Potreba po kontracepciji		
Ob nosečnosti in po porodu		
Težave, ki se pojavijo in bi lahko bile povezane z menopavzo		
Nepojasnjena krvavitev ali izcedek iz nožnice		
Bolečine v spodnjem delu trebuha		
Ginekološko obolenje		
Obolenja dojk		
Posvet o spolnosti		
Posvet o preventivi raka dojk, maternice,...		
Pisno vabilo, ki sem ga dobila na dom		
Drugo (dopišite):		

ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO

Zdravstvena vzgoja je skupek vzgojnih dejavnosti in informacij, ki ljudi osveščajo o potrebnosti ohranjanja zdravja, kako ga doseči, kaj storiti, da bi ostali zdravi in kako poiskati pomoč, kadar jo potrebujejo (Hoyer, 2005, str. 6).

9. Ali ste bili deležni zdravstveno vzgojnega dela v ginekološkem dispanzerju (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?
- Bila sem deležna
 - Nisem bila deležna
 - Ne poznam zdravstveno vzgojnega dela v ginekološkem dispanzerju

10. Ste bili na naštetih področjih že deležni zdravstveno vzgojnega dela s strani ginekologa in diplomirane medicinske sestre (ustrezen odgovor označite z »x«)?

	Ginekolog		Diplomirana medicinska sestra	
	DA	NE	DA	NE
Spolnost in kontracepcija				
Nosečnost in porod				
Menopavza in klimakterij				
Rak materničnega vratu				
Rak dojk				

11. Na katerem področju menite, da bi bilo potrebno zdravstveno vzgojno delo (ustrezen odgovor označite z »x«)?

	Zelo potrebno	Potrebno	Ni potrebno
Spolnost in kontracepcija			
Nosečnost in porod			
Menopavza in klimakterij			
Rak materničnega vratu			
Rak dojk			
Drugo (dopišite):			

12. Katerih učnih metod dela ste bili deležni pri zdravstveno vzgojnem delu v ginekološkem dispanzerju (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?

Metoda:

- a) Demonstracija
- b) Praktična dela
- c) Risanje
- d) Pisni izdelki
- e) Branje in delo z besedilom
- f) Razgovor
- g) Ustno razlaganje

13. Ali ste bili kdaj prisotni na kateri izmed spodaj naštetih učnih oblik dela v ginekološkem dispanzerju (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?

- a) Tečaj (skupinska oblika dela s frontalnim pristopom)
- b) Seminar (skupinska oblika dela z aktivnim sodelovanjem)
- c) Konzultacija (enkratno individualno srečanje)
- d) Ekskurzija (skupinsko potovanje)
- e) Učna delavnica (samostojno delo skupine)
- f) Nisem bila prisotna

KOMUNIKACIJA Z ZAPOSLENIMI V GINEKOLOŠKEM DISPANZERJU

14. Kako ste zadovoljni z izbranim ginekologom in diplomirano medicinsko sestro v ginekološkem dispanzerju (ustrezen odgovor označite z »x«)?

	Zelo sem zadovoljna	Sem zadovoljna	Nisem zadovoljna	Sem razočarana
Ginekolog				
Diplomirana medicinska sestra				

15. Kako bi opredelili komunikacijo med vami, izbranim ginekologom in diplomirano medicinsko sestro v ginekološkem dispanzerju (ustrezen odgovor označite z »x«)?

	Je uspešna	Je zadovoljiva	Lahko bi bila boljša	Ni uspešna
Ginekolog				
Diplomirana medicinska sestra				

16. Kaj bi spremenili v smislu izboljšanja komunikacije z izbranim ginekologom in diplomirano medicinsko sestro v ginekološkem dispanzerju (napišite)?

ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO NA PODROČJU RAKA MATERNIČNEGA VRATU IN RAKA DOJK

17. Katero vrsto raka lahko odkrijemo zelo zgodaj z rednimi preventivnimi ginekološkimi pregledi (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?

- a) Rak dojk
- b) Rak materničnega vratu
- c) Rak debelega črevesja in danke
- d) Rak na modih

18. Kako se imenuje preiskava - test, ki je del ginekološkega pregleda in nam pokaže spremembe, ki bi lahko pomenile raka na materničnem vratu (napišite)?

19. Se strinjate s trditvijo, da je možno zmanjšati verjetnost pojava raka na materničnem vratu z preventivnim cepljenjem (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?

- a) Se strinjam
- b) Se ne strinjam
- c) Nimam mnenja

20. Ali poznate program ZORA (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?

- a) Da, poznam ga zelo dobro
- b) Da, poznam ga
- c) Sem že slišala zanj, vendar ne poznam podrobnosti
- d) Ne poznam ga

21. Napišite na črto, kaj pomenijo kratice ZORA?

22. Kdo Vas je seznanil z rakom materničnega vratu in rakom dojk? (ustrezen odgovor označite z »x«)

	Rak materničnega vratu		Rak dojk	
	DA	NE	DA	NE
Ginekolog				
Diplomirana medicinska sestra / diplomirana babica				
Prijatelji, družina				
Slišala oz. prebrala sem v medijih				
Prebrala sem v brošuri, zloženki				
Prebrala sem v knjigi				
Prebrala sem na internetu				
Nisem še bila seznanjena z rakom materničnega vratu				

23. Kdo vas je seznanil s pravilnim postopkom samopregledovanja dojk? (ustrezen odgovor označite z »x«)

	DA	NE
Ginekolog		
Diplomirana medicinska sestra / diplomirana babica v ginekološkem dispanzerju		
Ožji družinski člani		
Prijatelji, znanci		
Slišala oz. prebrala sem v medijih		
Prebrala sem v brošuri, zloženki		
Prebrala sem v knjigi		
Prebrala sem na internetu		
Nisem bila seznanjena s pravilnim postopkom samopregledovanja dojk		
Drugo (dopišite):		

24. Z rednim samopregledovanjem dojk lahko odkrijemo raka dojk in ga uspešno zdravimo. Kdaj v menstruacijskem ciklusu si je smiselno pregledovati dojke (napišite)?

25. Ali poznate program DORA (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?

- a) Da, poznam ga zelo dobro
- b) Da, poznam ga
- c) Sem že slišala zanj, vendar ne poznam podrobnosti
- d) Ne poznam ga

26. Napišite na črto, kaj pomenijo kratice DORA?

27. Ali menite, da v ginekološkem dispanzerju dobite dovolj informacij o raku materničnega vratu in raku dojke? (označite ustrezen odgovor z »x«)

	Dovolj informacij	Delno informacij	Premalo informacij	Ne dobim nobenih informacij
Rak materničnega vratu				
Rak dojke				

Katere so tiste informacije, ki jih pogrešate (napišite)?

28. Napišite Vaše predloge oz. mnenja za izboljšanje zdravstveno vzgojnega dela?

Hvala!