

Primjena metoda zdravstvenog odgoja kod ovisnika o pušenju

Zlatunić, Ivona

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:437274>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-05**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Ivona Zlatunić

**PRIMJENA METODA ZDRAVSTVENOG ODGOJA KOD
OVISNIKA O PUŠENJU**

Završni rad

Split, 2019.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Ivona Zlatunić

**PRIMJENA METODA ZDRAVSTVENOG ODGOJA KOD
OVISNIKA O PUŠENJU**

**APPLICATION OF HEALTH EDUCATION METHODS
TO SMOKING ADDICTS**

Završni rad / Bachelor`s Thesis

Mentor:

Ante Buljubašić, mag. med. techn.

Split, 2019.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Sastav duhanskog dima	2
1.2. Utjecaj pušenja na određene organske sustave	5
1.2.1. Djelovanje duhanskog dima na krvožilni sustav	5
1.2.2. Djelovanje duhanskog dima na respiracijski sustav	6
1.2.3. Djelovanje duhanskog dima na probavni sustav	8
1.3. Pasivno pušenje	10
1.4. Zdravstveni odgoj	11
2. CILJ RADA	15
3. RASPRAVA	16
3.1. Medicinska sestra i zdravstveni odgoj	16
3.1.2. Oblici rada medicinske sestre u zdravstvenom odgoju	17
3.1.3. Zdravstveno rezoniranje	18
3.1.4. Modifikacija ponašanja	19
3.1.5. Edukacija pacijenta	20
3.1.6. Motiviranost za prestanak pušenja	21
3.1.7. Motivacijsko intervjuiranje	22
3.1.8. Bihevioralno-kognitivna metoda savjetovanja	23
3.2. Zdravstveni odgoj trudnica	24
3.3. Zdravstveni odgoj u predškolskoj dobi	28
3.4. Zdravstveni odgoj u osnovnoj školi	28
3.5. Zdravstveni odgoj u srednjoj školi	29
3.6. Zdravstveni odgoj starijih osoba	31
4. ZAKLJUČAK	33
5. SAŽETAK	34
6. SUMMARY	35
7. LITERATURA	36
8. ŽIVOTOPIS	39

1. UVOD

Pušenje je štetna navika raširena među svim slojevima pučanstva. Smatra se rizičnim čimbenikom za zdravlje i uzrokom niza bolesti koje dovode do prijevremenog umiranja. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) procjenjuje da u razvijenim zemljama puši 41% muškaraca i 21% žena, a u zemljama u razvoju 48% muškaraca i 8% žena. Valja napomenuti da je broj žena koje puše u nizu zemalja u porastu. Prema podacima zdravstvene ankete iz 2003. godine u Hrvatskoj je pušilo 27,4% osoba u dobi od 18 i više godina (1, 2).

Podrijetlo duhana je iz Amerike, a donesen je u Europu 1518. godine. Isprva se uzgajao kao ukrasna i ljekovita biljka. Dozreli listovi duhana sušili su su i zatim fermentirali zbog razaranja škroba i bjelančevina, pa i djelomično nikotina te su se tako obrađeni koristili za pušenje, šmrcanje i žvakanje. Mišljenja o njegovoj konzumaciji bila su različita, od toga da ga se smatralo lijekom za neke bolesti do toga da se pušenje kažnjavalo. U prvim desetljećima dvadesetog stoljeća uporaba duhana postala je društveno prihvatljiva navika (3, 4).

Znanstvena istraživanja štetnih učinaka pušenja na zdravlje započela su prije sedamdesetak godina kada su engleski liječnici R. Doll i A. B. Hill dokazali uzročnu povezanost između pušenja i karcinoma bronha i pluća te infarkta miokarda i kronične opstruktivne plućne bolesti (2). Duhanski dim sadrži nikotin koji stvara ovisnost i većina pušača puši da zadovolji tu svoju ovisničku potrebu. Inhalacijom duhanskog dima pušači u organizam unose više od četiri tisuće kemijskih spojeva, uključujući otrove, mutagene i karcinogene tvari koje štetno djeluju na sve organske sustave, a najviše su pogođeni respiracijski i kardiovaskularni sustav (1, 3). Iznenaadne smrti u većini su slučajeva povezane s uporabom duhanskih proizvoda. Loša stvar je što se negativne posljedice pušenja na zdravlje uglavnom ne očituju odmah kao kod korištenja drugih za zdravlje opasnih tvari (1).

Broj žrtava pušenja stalno raste. Podaci pokazuju da u svijetu svakih deset sekundi netko umre od posljedica pušenja (1). Pušači imaju dva do tri puta veću stopu

smrtnosti nego nepušači. U javnosti se rizik od pušenja još dosta podcjenjuje. Ne postoji zdrava količina popušanih cigareta nego je svaka cigareta štetna i skraćuje trajanje života za oko 5, 5 minuta (1, 5). Provedena su različita klinička, laboratorijska i epidemiološka istraživanja o učincima pušenja na zdravlje koja su potvrdila da osim konzumiranja duhanskih proizvoda i izloženost duhanskom dimu iz okoliša, odnosno pasivno pušenje također pridonosi obolijevanju i prijevremenom umiranju od raznih bolesti. Što je doza izloženosti duhanskom dimu veća, to su veći štetni učinci, ali ti učinci su manji u pasivnih nego u aktivnih pušača (2).

Zabrinjavajući podatak je i sve raniji početak pušenja. Dok odrasli navode da su počeli pušiti u dobi od 16 do 20 godina, smatra se da se danas početak pušenja pomiče u sve mlađe dobne skupine (2).

S pravom se može reći da je pušenje jedan od najvećih javnozdravstvenih problema suvremenog svijeta te se stoga provode akcije u cilju smanjenja upotrebe duhana od strane javnozdravstvenog sektora (3).

1.1. Sastav duhanskog dima

Pušenje cigarete je nepotpuno izgaranje duhana na temperaturi od 900°C stupnjeva pri čemu se organske čestice duhana pirolizom razgrađuju u manje molekule, a piro sintezom spajaju u veće. Sagorijevanjem jedne cigarete nastaju oko dvije litre duhanskog dima. Dim iz cigarete ima kiseli pH i nikotin koji se nalazi u njemu je ioniziran i netopljiv u lipidima. Apsorbira se jedino ako se dim uvlači u pluća gdje velika površina za apsorpciju kompenzira njegovu netopljivost u lipidima. S druge strane, dim lule i cigare je alkaličan. Nikotin u njemu je slabo ioniziran i dobro topljiv u lipidima pa se apsorbira već u ustima (5).

Duhanski dim sadrži više od četiri tisuće sastojaka koji djelujući podražajno, toksično, kancerogeno i psihoaktivno remete funkciju pojedinih organa (5). Najzastupljeniji sastojci su: kisik, ugljikov dioksid, dušik, nikotin, ugljikov monoksid, policiklički aromatski ugljikovodici, metali i cijanovodik (Tablica 1.). Oko pedeset

sastojaka duhanskog dima ima kancerogeno djelovanje. To su uglavnom tvari iz katrana, ali i mnogi drugi kancerogeni kao što su uretan, polonij, naftilamin, toluidin, vinilklorid itd. Četiri sastojka: nikotin, ugljikov monoksid, kadmij i cijanid osobito su štetni za trudnice i njihovu djecu (2, 6).

Tablica 1. Zastupljenost značajnih tvari duhanskog dima (2)

Vrsta tvari	Postotak
Dušik	55%
Ugljikov dioksid	14%
Kisik	13%
Nikotin	0.6-15%
Ugljikov monoksid	5%
Policiklički aromatski ugljikovodici	0.5%
Metali /kadmij, olovo, arsen/	0.2%
Cijanovodik	0.1%

Nikotin je najsnažniji sastojak duhanskog dima. To je visokotoksičan alkaloid koji se iz organizma izlučuje nepromijenjen urinom i znojem. Ima nisku točku vrenja pa lako prelazi u plinovito stanje te iz cigaretnog dima putem pluća dolazi u krv. Količina koja se apsorbira u krv iznosi do 3,5 mg po cigareti. Štetni se učinci opažaju pri dozama od 1 do 2 mg, a letalna doza iznosi oko 40 mg. Nikotin se gotovo trenutno apsorbira iz pluća u krv i zatim u unutarstanični prostor. U jetri se metabolizira u kotinin koji farmakološki nije aktivan, ali su mu serumske vrijednosti deset puta više od nikotina. Isto tako, vrijeme poluraspada mu je do četrdeset puta duže od nikotina te se nakuplja u kosi. Mjerenjem kotinina može se kvantificirati izloženost nikotinu (5, 6).

Učinci nikotina na organizam pušača su brojni. Na krvožilni sustav utječe tako što uzrokuje porast sistoličkog i dijastoličkog krvnog tlaka, ubrzanje rada srca, povećanu potrošnju kisika, porast minutnog volumena, smanjenje otpora koronarnih krvnih žila te

povećanje protoka. Također dolazi do povišenja koncentracije glukoze, masnih kiselina, kortizola, beta endorfina i vazopresina. U količinama koje se javljaju pri pušenju uzrokuje oslobađanje kateholamina u hipotalamusu i ADH. U visokim dozama nikotin izravno stimulira završetke perifernih kolinergičnih neurona te djeluje na autonomne ganglije i na neuromuskularnu vezu. Različito djeluje na organizam, kao stimulans i depresans, ovisno o dozi i dominaciji autonomnog učinka u zahvaćenom organu. Niske doze povećavaju uzbuđenje te poboljšavaju kognitivne funkcije, dok visoke doze putem limbičkog sustava uzrokuju obrnuti učinak (5, 6).

Nikotin je sastojak duhanskog dima koji uzrokuje ovisnost. Kao i kod svih drugih ovisnosti prisutan je ovisnički trio: tolerancija, fizička ovisnost i psihička žudnja. Tolerancija označava potrebu sve veće doze nekog sredstva da bi se postiglo željeno djelovanje tog sredstva. Psihičku žudnju za cigaretom nije moguće objasniti neurobiološkim mehanizmima. U desetoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) pušenje je svrstano u kategoriju bolesti pod šifrom F17 kao sindrom ovisnosti o duhanu. (1) Prva jutarnja cigareta nakon cijele noći nepušenja stvara nagli porast koncentracije nikotina u krvi. Nakon ispušene cigarete koncentracija nikotina u mozgu i krvi naglo opadaju zbog njegove raspodjele po organizmu. Izloženost pušača nikotinu je kontinuirana čak i kada postoje uočljive promjene zbog toga što koncentracije nikotina nikada nisu nula. Pušači nastoje kontinuirano držati koncentraciju nikotina u krvi. Kada ta koncentracija padne, pripale novu cigaretu, a ako to ne učine javlja se snažna potreba za cigaretom uz razvoj simptoma apstinencije. Simptomi apstinencije koji govore u prilog fizičke ovisnosti su: razdražljivost, žudnja za cigaretom, umor, teškoće u koncentraciji, usporena srčana reakcija, povećan apetit, glavobolja, vrtoglavica (1, 5).

Jedan od štetnih sastojaka duhanskog dima je i ugljikov monoksid, plin bez okusa i mirisa. Dvjesto puta brže se veže za hemoglobin nego za kisik čime se stvara karboksihemoglobin. Tako se umanjuje sposobnost prijenosa kisika krvlju te dolazi do hipoksije tkiva. Razina karboksihemoglobina u pušača iznosi 215%, dok je u nepušača ta razina tek oko 1% (5, 6). Katran iz duhanskog dima odgovoran je za karcinogenost (5).

1.2. Utjecaj pušenja na određene organske sustave

Pušenje je četvrti rizični čimbenik za nastanak bolesti od čijih posljedica umre trećina do polovina osoba koje puše (2). Ne postoji ni jedan organ ili organski sustav koji nije zahvaćen štetnim učincima duhanskog dima (1). Pušenje je čimbenik rizika i za tri vodeće skupine uzroka smrti u Hrvatskoj, a to su kardiovaskularne bolesti, maligne bolesti i bolesti respiratornog sustava (2).

1.2.1. Djelovanje duhanskog dima na krvožilni sustav

Koronarna srčana bolest, cerebrovaskularna bolest, aterosklerotska aneurizma aorte te aterosklerotska periferna vaskularna bolest stanja su koja su znatno češća kod pušača nego kod nepušača. Koronarna srčana bolest je najčešća posljedica pušenja na krvožilnom sustavu. Uočeno je da rizik od pojave bolesti krvnih žila raste s brojem popušanih cigareta (5).

Dokazana je povezanost između pušenja i poremećaja razgradnje masnoća. Pušači imaju višu razinu totalnog kolesterola, triglicerida te aterogenog VLDL i LDL-kolesterola. U isto vrijeme je koncentracija HDL-kolesterola i apolipoproteina A1 koji imaju zaštitnu funkciju snižena. Kod nepušača nakon masnog obroka normalno dolazi do povišenja koncentracije HDL-kolesterola, što se kod pušača ne događa (1).

Kod pušača također nalazimo i povišenu koncentraciju tromboksana A₂ te povećanu reaktivnost trombocita. Povišena je i razina faktora VII i fibrinogena. Kod dugogodišnjih pušača nalazimo i poremećaj u oslobađanju prostaciklina i EDR-faktora koji reguliraju bazalni tonus krvnih žila (1).

Iznenadna srčana smrt puno je češća kod mlađih muškaraca pušača nego kod nepušača. To se može objasniti neskladom potrebe i dostave kisika miokardu, spazmom koronarnih arterija, smanjenjem granice za nastanak ventrikularne fibrilacije, povećanjem agregacije trombocita te hiperkoagulabilnošću. Općenito se štetno

djelovanje duhanskog dima na kardiovaskularni sustav objašnjava njegovim aterogenim učinkom, povećanjem mogućnosti tromboze te spazmom koronarnih krvnih žila (4).

Žene koje puše također imaju povećani rizik od pojave krvožilnih bolesti, osobito ako uzimaju i oralne kontraceptive. Pušači koji zahtijevaju kiruršku revaskularizaciju miokarda imaju veću perioperacijsku smrtnost (5).

Pušenje je glavni rizični čimbenik nastanka periferne arterijske okluzijske bolesti koja dovodi do porasta smrtnosti i pobola koji uključuje intermitentne klaudikacije, ishemiju tkiva i gangrenu te gubitak okrajina (5).

Kardiovaskularne i cerebrovaskularne bolesti danas su jedan od najvećih medicinsko-socijalnih problema. Zbog visokog mortaliteta, dugotrajnog i skupog liječenja te česte invalidnosti potrebne su energičnije mjere prevencije (1).

1.2.2. Djelovanje duhanskog dima na respiracijski sustav

Pušenje oštećuje sve dijelove dišnog sustava i uništava prirodne obrambene mehanizme koje imaju pluća. Čovjek dnevno ventilira deset tisuća litara zraka kojim u pluća unese i čestice prašine, peludi i bakterije te stoga pluća moraju imati dobar obrambeni sustav. Ubrzo nakon početka pušenja taj obrambeni sustav počinje slabiti. Štetni sastojci duhanskog dima prolazeći preko dišnih putova do alveola i plućnih krvnih žila, oštećuju obrambene sposobnosti gornjih i donjih dišnih putova te tako uzrokuju akutne i kronične upale sinusa, laringitis, bronhitis pa čak i upalu pluća (1, 7).

Dugotrajno udisanje duhanskog dima dovodi do hipertrofije i hipersekrecije vrčastih stanica sluznice i ekskretornih stanica submukoznih žlijezda. Koči cilijarnu aktivnost cilindričnih epitelnih stanica. Dovodi do pojačanog lučenja enzima elastaze i razgradnje elastičnog veziva u intersticiju. Oštećuje lizosomsku funkciju i fagocitnu sposobnost makrofaga te inhibira reprodukciju i aktivnost limfocita u plućima. Također dovodi do metaplazije i mutacije gena te proliferacije patološki diferenciranih stanica (1).

Na svim mjestima kroz koje duhanski dim prolazi, od usne šupljine do pluća, može nastati rak. U pušača često nalazimo rak jezika, nepca, ždrijela, glasnica, bronha i pluća. Rak bronha najteža je posljedica pušenja koja može dugo biti bez simptoma. Ta je bolest kod muškaraca na prvom mjestu obolijevanja među malignim bolestima, a postaje učestalija i u žena u kojih je dostigla treće mjesto, odmah nakon raka dojke i debelog crijeva. Rizik obolijevanja od te teške bolesti je sedamnaest puta veći u pušača u odnosu na nepušače (1, 7).

U pušača se često javlja kronični bronhitis koji počinje u plućima a zahvaća cijelo tijelo, osobito koštano-mišićni sustav pa je stoga nazivamo i kronična opstruktivna plućna bolest (KOPB) (7).

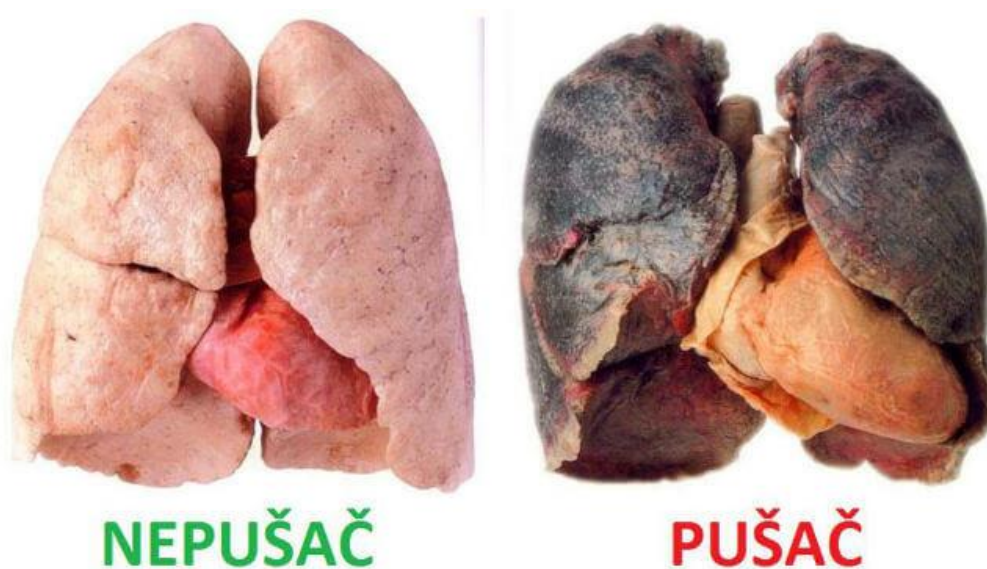
Prvi simptom u pušača koji ukazuje da nešto nije u redu s plućima je kronični kašalj. To je kašalj koji traje dulje od tri tjedna. Može biti znak razvoja neke teške bolesti kao što je KOPB, tumor pluća, tuberkuloza ili neka druga plućna bolest. Neki pacijenti primjećuju samo da se pojačano umaraju pri nekom manjem tjelesnom opterećenju što je također važan simptom (7).

Funkcionalni testovi respiracije kod pušača pokazuju opstruktivne smetnje ventilacije i latentnu distribucijsku hipoksemiju, a kod dugogodišnjih pušača manifestnu parcijalnu ili globalnu respiracijsku insuficijenciju (1).

Pluća nisu organ koji se obnavlja, ali se nakon prestanka pušenja daljnje oštećenje zaustavlja, a pojedini dijelovi pluća mogu se značajno oporaviti. Plućna funkcija u osoba koje su prestale pušiti se poboljšava što se najbolje može uočiti na spirometriji. To se poboljšanje događa zbog smanjene količine sluzi u bronhima, nestanka otoka sluznice te smanjenja upale sluznice dišnih putova. Osobe se bolje osjećaju, imaju više snage i veću toleranciju napora (7).

U svim razinama plućnog tkiva može se vidjeti razlika u plućima pušača i nepušača. Nakupljanje stanica mononuklearne inflamacije u plućima, u svim slojevima bronha pa i oko plućnih arterija dokazano je i u pušača koji nemaju nikakve simptome bolesti. Te su razlike vidljive mikroskopski ali nakupljanje katrana u plućima može se vidjeti i golim okom. Pluća nepušača su svijetloružičaste boje, napuhana zrakom, a pluća pušača su crna i stisnuta (Slika 1.). Razlike pušača i nepušača mogu otkriti i neki

dijagnostički testovi kao što su radiološka snimka pluća, spirometrija i mjerenje difuznog kapaciteta pluća (7).



Slika 1. Razlika u plućima nepušača i pušača

Dostupno na: <https://www.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/ciscenje-pluca-vjezba-disanja-oblozi-inhalacija-cajevi-za-pluca-sirup>

1.2.3. Djelovanje duhanskog dima na probavni sustav

Tijekom inhalacije duhanski dim dijelom prolazi i kroz probavni sustav. Prolazeći tako kroz probavni sustav, štetni sastojci duhanskog dima mogu uzrokovati opekline usnica, stomatitis nicotinicus, promjene boje na zubima, zatim leukoplakične promjene te rak usne šupljine i jednjaka. Također mogu uzrokovati i upalne promjene ždrijela i želuca, malignu alteraciju želučanog ulkusa, inhibiciju sekrecije gušteračinih sokova te oštećenje jetre (1).

U svih pušača uočava se karakterističan zadah po nikotinu i promjena boje zubne cakline. Štetne tvari koje duhan ispušta sagorijevanjem djeluju na tvrda zubna tkiva pa tako i na sluznicu usne šupljine, kao i na sluznicu dišnog i probavnog sustava. Duhanski dim vrlo štetno djeluje na gingivu i ostale dijelove parodonta. U većine pušača nalazimo uapne promjene gingive. Smatra se da se pušenjem više od deset cigareta dnevno povećava izgled za nastanak akutnog nekrotizirajućeg ulceroznog gingivitisa. Kod pušača nalazimo i promjene na tvrdom nepcu koje uključuju upalu i začepjenost izvodnih kanalića mukoznih žlijezda. Djelovanjem termičkih i kemijskih čimbenika duhanskog dima povećava se rizik od malignih alteracija na dušnicama, jednjaku, glasnicama i ždrijelu. Najčešće lezije na sluznici usne šupljine koje su nastale kao posljedica djelovanja duhanskog dima su leukoplakije koje se u 3-5% slučajeva razviju u karcinom (Slika 2.). Karcinom usne šupljine danas je među deset najučestalijih karcinoma (4).



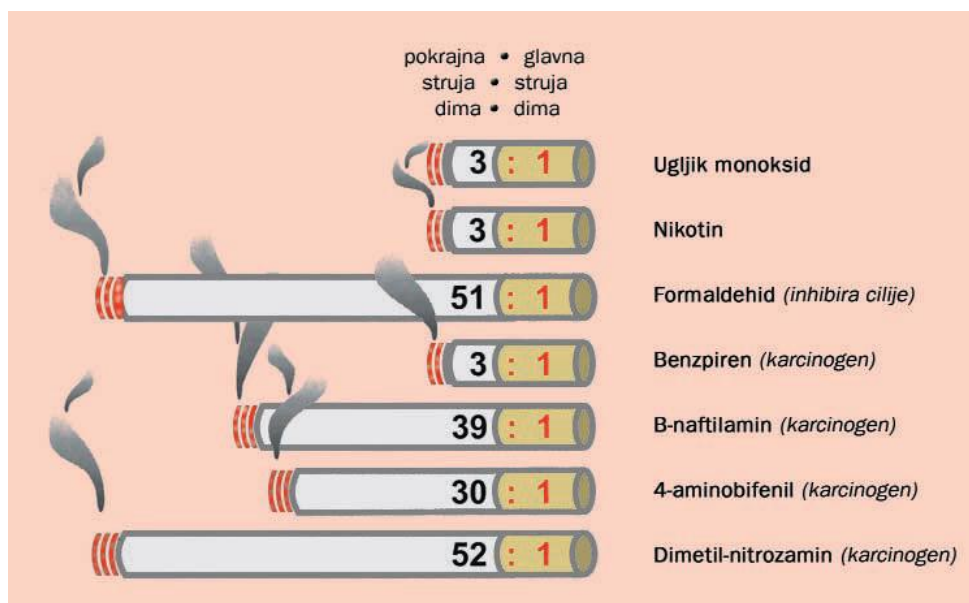
Slika 2. Leukoplakija u usnoj šupljini

Dostupno na: <https://www.krenizdravo.rtl.hr/zdravlje/bolesti-zdravlje/rak-usne-supljine-uzroci-simptomi-i-lijecenje>

1.3. Pasivno pušenje

Gotovo svi nepušači katkad su izloženi pasivnom pušenju kada se nađu u blizini pušača. Dok se nekima to ne događa često, ima i onih koji su intenzivno izloženi udisanju duhanskog dima. Duhanski dim prisutan je u većini javnih prostora, a najviše koncentracije nađene su u barovima i diskotekama. U istoj prostoriji s pušačem koji je popužio četiri cigarete, pasivni pušač dobiva količinu štetnih sastojaka duhanskog dima kao da je sam popužio jednu cigaretu (1, 2).

Dim cigarete koji se odvaja sa zažarenog vrška sadržava veću koncentraciju kancerogena nego što ga sadržava struja dima koju pušač uvlači preko filtera u svoja pluća. U takvom dimu ima tri puta više katrana i nikotina, benzpirena i ugljikovog monoksida te pedeset puta više amonijaka (Slika 3.). Dakle, sam pušač je izložen struji dima iz cigarete i dimu sa zažarenog vrška, dok su nepušači koji se nalaze u istoj prostoriji također izloženi dimu sa zažarenog vrška cigarete (1, 7).



Slika 3. Omjer koncentracija glavnih sastojaka duhanskog dima u glavnoj i pokrajnjoj struji dima (1)

Dokazano je da i pasivno pušenje može dovesti do nekih bolesti. Nepušači koji žive s pušačima imaju 20-30% veći rizik za razvoj karcinoma bronha i pluća. Također imaju 25-30% veći rizik za koronarnu bolest (2).

U aktivne posljedice pasivnog pušenja ubrajamo: iritaciju sluznice oka, kašalj i glavobolju, astmatične napadaje, smetnje psihomotorike, bol kod pacijenata sa srčanim problemima već pri malom naporu te kratkoća daha kod pacijenata sa kroničnim plućnim bolestima pri manjem naporu (1).

U kronične posljedice pasivnog pušenja možemo navesti: povećan rizik nastanka raka pluća kao i drugih oštećenja pluća, povećan rizik nastanka koronarne bolesti, češće pneumonije i bronhitisi te smanjena plućna funkcija i rast pluća u djece izložene pasivnom pušenju (1).

Primjer pasivnog pušenja kojeg treba istaknuti je pušenje nerođenog djeteta. Majke tijekom trudnoće svojim aktivnim ili pasivnim pušenjem ugrožavaju psiho fizički razvoj djeteta. Važno je naglasiti i da djecu s astmom nije moguće uspješno liječiti ako su izložena štetnim sastojcima duhanskog dima (1, 7).

1.4. Zdravstveni odgoj

Zdravstveni odgoj je dio zdravstvene skrbi koji se bavi unaprjeđivanjem zdravstvene kulture naroda. Njime se nastoji utjecati na pojedinca i zajednicu tako da zdravlje smatraju nečim vrijednim te da ulažu u svoje zdravlje i zdravlje zajednice u kojoj žive. Osnovni je cilj zdravstvenog odgoja zaštita i promicanje zdravlja te prevencija bolesti. Edukacijom i informiranjem nastoji se mijenjati štetno zdravstveno ponašanje (8).

Prema Povelji aktivnosti za unaprjeđenje zdravlja uz zdravstveni odgoj uključene su i ove smjernice (8):

1. Izgraditi društvenu politiku zdravlja - zdravlje bi trebalo biti briga svih koji određuju svih koji određuju politiku u svim područjima i na svim razinama

2. Stvoriti okolinu koja podupire zdravlje - zaštita prirode i okoliša mora biti dio strategije unaprjeđenja zdravlja
3. Ojačati akciju zajednice - zajednica se mora razvijati na postojećim ljudskim i materijalnim snagama, kako bi svaki pojedinac bio gospodar svoje sudbine. To zahtjeva mogućnost zdravstvene edukacije i stalan pristup informacijama
4. Razviti osobne vještine - pružanjem informacija i zdravstvenim odgojem treba pomagati u osobnom i društvenom razvoju
5. Preusmjeriti zdravstvenu službu - zdravstvena služba mora podupirati potrebe pojedinca i zajednice za zdravim životom

Zdravstveni odgoj ima dva aspekta. Prvi aspekt čine metode i sredstva zdravstvenog odgoja koji se primjenjuju tijekom pripreme i trajanja zdravstvene akcije, a koji imaju za cilj pridobiti ljude za sudjelovanje u zdravstvenoj akciji. Drugi aspekt zdravstvenog odgoja čine metode i sredstva zdravstvenog odgoja koji su isključivo odgojni, odnosno terapijski jer služe za uklanjanje nezdravih prilika i lošeg zdravstvenog stanja (8).

Zdravstveni odgoj ima tri temeljna cilja. To su: podučavanje novim spoznajama, podržavanje i razvijanje učinkovitih osjećanja te poticanje na akciju (9).

Postoji pet pristupa suvremenom zdravstvenom odgoju (9):

1. medicinski
2. bihevioralni
3. edukacijski
4. pristup usmjeren pacijentu
5. usmjerenje na socijalne akcije

Medicinski pristup ima za cilj prevenciju poznatih bolesti. U bihevioralnom pristupu nastoje se mijenjati stavovi i ponašanja kako bi se postigle zdrave navike i ponašanja. Edukacijskim pristupom prenose se znanja o zdravlju i bolestima sa zdravstvenog djelatnika na laika, tako da se laik osposobi za donošenje razumnih odluka

za vlastite akcije. Pacijentu usmjeren pristup sadrži psihoterapijski rad s pojedincem kako bi mu se pomoglo da sam otkrije svoje ciljeve, stavove i planove ponašanja. Usmjerenjem na socijalne akcije pokušavaju se mijenjati čimbenici okruženja kako bi se došlo do novih spoznaja, odluka, planova i cjelovitih obrazaca ponašanja (9).

Ciljevi i zadaci suvremenog zdravstvenog odgoja su (9):

- unaprijediti opću zdravstvenu svijest zajednice
- unaprijediti specifična znanja i razumijevanja
- razvijati samoodgovornost
- razvijati učinkovite stavove i vjerovanja
- pomoći ljudima u donošenju zdravih odluka za sebe i druge
- pomoći ljudima u mijenjanju ponašanja i navika
- pomoći ljudima u mijenjanju fizičkih i društvenih okruženja prema njihovim potrebama

Postoji primarna, sekundarna i tercijarna razina zdravstvenog odgoja. Primarni zdravstveni odgoj odnosi se na podučavanje djece, mladih i drugih skupina zdravih osoba o načelima zaštite zdravlja. Sekundarni zdravstveni odgoj je educiranje pojedinaca i grupa koje su izložene riziku obolijevanja od neke bolesti ili su već oboljele. Nastoji se smanjiti izloženost riziku kontrolom čimbenika okoliša ili ponašanja. Tercijarni zdravstveni odgoj obuhvaća odgojnu teoriju i praksu u pomaganju i osposobljavanju teško oboljelih ili hendikepiranih osoba i njihovih obitelji kako bi aktivno sudjelovale u programu rehabilitacije (9).

Ciljevi zdravstvenog odgoja mogu biti kratkoročni ili dugoročni. Kratkoročni ciljevi su oni koji se postižu brzo tijekom akcija, a kod dugoročnih ciljeva ostvarenje se očekuje po završetku akcije. Prema važnosti ciljevi mogu biti primarni ili sekundarni. Primarni ciljevi su oni koji se moraju ostvariti, a sekundarni nisu od vitalne važnosti. Ciljeve je bitno točno odrediti kako bi se pri završetku akcije moglo provjeriti i procijeniti kvalitetu plana i provedbu kroz akciju. Pri određivanju ciljeva treba imati na umu koje se informacije žele dati, koji se stavovi žele promijeniti te koje se akcije žele potaknuti (8).

Prema odluci ministra obrazovanja, znanosti i sporta donesen je nastavni plan i program zdravstvenog odgoja za osnovne i srednje škole u Republici Hrvatskoj (10). Taj se nastavni plan i program sastoji od četiri modula: Živjeti zdravo, Prevencija ovisnosti, Prevencija nasilničkog ponašanja te Spolna/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje. U modulu Živjeti zdravo djeca će učiti o pravilnoj prehrani, tjelesnoj aktivnosti, osobnoj higijeni i mentalnom zdravlju. Modulom Prevencija ovisnosti kao i modulom Prevencija nasilničkog ponašanja nastoji se kod djece i mladih pridonijeti usvajanju poželjnih društvenih stavova i ponašanja u odnosu na rizične oblike ponašanja. Modulom Spolna/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje nastoje se razvijati vještine potrebne za odgovorno ponašanje, za prevenciju rizika od spolno prenosivih bolesti. (10)

2. CILJ RADA

Završni rad ima dva cilja.

Cilj 1: Prikazati primjenu metoda zdravstvenog odgoja kod pristupa prema ovisnicima o pušenju.

Cilj 2: Prikazati važnost medicinske sestre u primjeni metoda zdravstvenog odgoja kod ovisnika o pušenju.

3. RASPRAVA

Zdravstveni odgoj dio je zdravstvene skrbi koji se isprepliće s kulturnim, socijalnim, zdravstvenim, etičkim, emocionalnim i psihičkim potrebama čovjeka. Vrlo je važno znati način njegovog provođenja, povezanost sa srodnim strukama, metode rada te ciljeve i ulogu medicinske sestre u tome. Zdravstveni odgoj ima bitnu ulogu u unaprjeđenju zdravlja i prevenciji bolesti koja može nastati zbog nesavjesnog ponašanja pojedinca ili zajednice. Medicinske sestre uključene su u gotovo sve razine zdravstvene zaštite i zbog toga su važan nositelj zdravstvenog odgoja u praksi. Tijekom svog školovanja stječu potrebna znanja o zdravstvenom odgoju te ga primjenjuju u svom radu. Imaju veliki utjecaj na smanjenje uporabe duhana kojim na zajednicu i pojedinca utječu i svojim osobnim primjerom (8, 11). Kako bi zdravstveni odgoj kod ovisnika o pušenju bio što kvalitetniji, treba poznavati karakteristike određenih skupina kao što su trudnice, djeca i mladi te starije osobe.

3.1. Medicinska sestra i zdravstveni odgoj

Proces planiranja i intervencije medicinske sestre u zdravstvenom odgoju možemo podijeliti u osam faza (9):

1. Sagledavanje situacije i odlučivanje o opravdanosti edukacijske intervencije
2. Ispitivanje i vrednovanje socijalnih problema - medicinska sestra ispituje pokazatelje kvalitete života osobe, istražuje socijalne, materijalne, komunikacijske i psihosocijalne probleme.
3. Ispitivanje i vrednovanje zdravstvenih problema - medicinska sestra uočava razliku između zdravstvenih problema i nezdravstvenih problema koji pridonose socijalnim problemima.
4. Ispitivanje stilova života - medicinska sestra odvaja elektivne čimbenike rizika od drugih. Pažnja se svodi na korištenje zdravstvenih službi i samozaštitu.

5. Planiranje promjena u obrascima ponašanja - navode se moguća ponašanja koja su ostvariva u određenom okruženju uz aktivnu suradnju pojedinca ili grupe.
6. Mijenjanje obrazaca ponašanja vođenjem - medicinska sestra vodi izvođenje posebnih programa zdravstvene intervencije.
7. Realizacija edukacijskih strategija - medicinska sestra prelazi na strategiju samopomoći, samozaštite i uzajamne podrške uz uvažavanje kompetencija osobe.
8. Evaluacija programa - medicinska sestra mora osigurati objektivna mjerila za praćenje i vrednovanje svojih postupaka.

3.1.2. Oblici rada medicinske sestre u zdravstvenom odgoju

Rad s velikom skupinom ljudi uključuje predavanja, skupne savjete, informiranje i prijedloge. Da bi se postigao željeni cilj od velike je važnosti dobro pripremiti predavanje. Medicinska sestra prije predavanja treba prikupiti podatke koji će joj pomoći da predavanje bude što uvjerljivije. Ti su podaci vezani za temu izlaganja i za skupinu ljudi na koju se želi utjecati. Medicinska sestra treba znati što želi da slušatelji saznaju, koje njihove stavove želi promijeniti te što želi da oni učine (8).

Sljedeći oblik rada u zdravstvenom odgoju je rad u maloj grupi. Skupinu pojedinaca kao grupu karakterizira zajednički cilj, postojanje funkcija i uloga, organizacija rada, osjećaj grupne pripadnosti. Važan čimbenik koji od skupine stvara grupu su emocionalni odnosi. Kod rada u maloj grupi postoji grupna diskusija koja se provodi kroz razgovor i razmjenu mišljenja. To članovima grupe osigurava zadovoljavanje osnovnih socijalnih potreba. Poseban oblik rada u maloj grupi su klubovi koji se bave zdravstvenim problemom svojih članova. Medicinska sestra pomaže članovima grupe u iznošenju njihovih problema i potiče ih na raspravu kroz koju oni pomažu jedni drugima da nađu rješenje za problem u kojem se nalaze (8).

Rad s pojedincima uključuje intervju. To je razgovor između dvije osobe s određenim ciljem čija je svrha primanje ili davanje informacija. S obzirom na cilj dijeli se na informativni i influentivni. Informativni se koristi kada se želi prikupiti ili dati

određena informacija, a influentivni se koristi kada se nekoj osobi želi promijeniti stav (8).

Savjetovanje je oblik zdravstvenog rada kojeg medicinske sestre najčešće koriste. Savjetovanje podrazumijeva razumijevanje sugovornika i nastojanje da mu se pomogne da sam uvidi kakvo je njegovo ponašanje i da donese odluke kojih će se pridržavati (8).

Rad u zajednici obuhvaća pristupanje i razvoj zajednice. Pristup zajednici podrazumijeva primjenu određenih metodoloških i organizacijskih načela kako bi se pridobila zajednica na aktivnu suradnju u provođenju zdravstvenog odgoja. Metoda pristupa zajednici uključuje prikupljanje podataka i njihovu analizu, opažanje strukture međuljudskih odnosa, informiranje i motiviranje na suradnju. Cilj je da se ubrza opći napredak zajednice na svim poljima (8).

3.1.3. Zdravstveno rezoniranje

Zdravstveno rezoniranje je proces u kojem osoba donosi odluku o svom zdravstvenom ponašanju. Dakle, odlučuje hoće li početi pušiti ili ne. Ta se odluka donosi pod utjecajem određenih čimbenika kao što su znanja o zdravlju i bolestima, stavovi i druge odluke o ponašanju u vezi sa zdravljem. Ovaj proces donošenja odluka o ponašanju prikazuje se kroz model razložnog ponašanja koji se sastoji od četiri elementa, a to su: namjera za izvođenje neke radnje (pušenje), afektivni odnos prema samoj radnji (doživljaj zadovoljstva ili odbojnost), osobne norme u vezi s pušenjem (prihvatanje ili odbacivanje te radnje) i kombinirani učinak afektivnih i normativnih razmatranja u danom trenutku (9).

Dakle, čovjek može znati koje su štetne posljedice pušenja na njegovo zdravlje, ali to znanje nije dovoljno da ne počne pušiti. Postoji neki jači razlog pod utjecajem osobnih stavova, vjerovanja i ponašanja koji ga motivira na ponašanje za koje zna da je štetno (9).

3.1.4. Modifikacija ponašanja

Kad mu uobičajena ponašanja ne daju očekivane rezultate, čovjek će reorganizirati svoje ponašanje i stvoriti novo, bolje i učinkovitije ponašanje, sam ili uz pomoć stručne osobe. Budući da je ponašanje rezultat biološkog nasljeđa i procesa učenja, ono se može mijenjati. Na tome se zasniva modifikacija ponašanja (9).

Modifikacija ponašanja je tehnika mijenjanja neadekvatnog ponašanja u učinkovitije i prikladnije ponašanje. Taj se proces odvija kroz analizu problematičnog ponašanja pacijenta koje treba mijenjati te zatim kroz učenje pacijenta boljim oblicima ponašanja u skladu sa životnom situacijom. Cilj modifikacije ponašanja je naučiti pacijenta novim, poželjnim oblicima ponašanja, odnosno odučiti ga od nepoželjnih oblika ponašanja (9).

Za primjenu modifikacije ponašanja kod ovisnika o pušenju treba utvrditi koji kognitivni procesi leže u osnovi ovisnosti. Ovisnost se razvija kroz djelovanje više čimbenika i na taj način treba se pacijentu pristupiti prevencijom, kognitivno-bihevioralnom terapijom, podrškom grupe te edukacijom uže i šire okoline (9).

Kako bi medicinska sestra uspješno pomogla pacijentu u promjeni ponašanja, mora imati posebna znanja i vještine. Vještine pažnje čine verbalne i neverbalne komunikacijske vještine. Medicinska sestra treba prema pacijentu održavati kontakt očima. Gestama, mimikom i pokretima tijela može pacijentu iskazivati svoj interes i brigu. Mora također imati vještine postavljanja pitanja i odgovaranja. Time stječe empatičko razumijevanje za znanja, iskustva i osjećaje pacijenta. Pomoću vještina personalizacije medicinska sestra uči pacijenta da razumije svoje probleme i da traži načine za njihovo rješavanje. Isto tako mu pomaže da uvidi koliko su njegovi problemi rezultat čimbenika okoliša, a koliko osobnih nedostataka u znanjima i stavovima. U vještine koje medicinska sestra mora imati spadaju i vještine djelovanja (9).

Kako bi pacijentu uspješno pružila psihološku pomoć i podršku, medicinska sestra koristi specifične tehnike kao što su aktivno slušanje, podrška pacijentu u otvaranju te komunikacija osobnog poštovanja, jednostavne vrijednosti i sposobnosti (9).

Aktivno slušanje obuhvaća kvalitativno različite kontakte očima, opuštenu držanje tijela, nagnjanje prema pacijentu, primjerena prostorna udaljenost od pacijenta te primjerene, opuštene i promišljene geste (9).

Podršku pacijentu u otvaranju iskazujemo klimanjem glavom, pokazivanjem izraza znatiželje i zanimanja na licu, kontrolom glasa, izbjegavanjem prekidanja pacijenta dok govori. Isto tako na otvaranje pacijenta potičemo ponavljanjem ključnih riječi i postavljanjem jednostavnih pitanja, postavljanjem otvorenih pitanja te tehnikom parafraziranja, odnosno sažimanjem i ponavljanjem onoga što je pacijent rekao kako bi provjerili jesmo li dobro razumjeli što je htio reći (9).

U komunikaciju osobnog poštovanja, jednostavnih vrijednosti i sposobnosti ubrajamo korištenje emocionalno neutralnih izjava, oslovljavanje pacijenta osobnim imenom, pozitivne izjave o uočenim vrlinama pacijenta, izbjegavanje stereotipnih izjava i gesti te prepuštanje izbora i odluka samom pacijentu (9).

3.1.5. Edukacija pacijenta

Educiranje pacijenta je aktivan proces koji za cilj ima poticanje i stvaranje promjene u stavovima ili ponašanju pacijenta. Tim promjenama stječu se nove spoznaje, vještine i vjerovanja koje su efikasne za zdravlje pacijenta (9).

Temeljni zadaci edukacije su (9):

1. Postavljanje edukacijskih standarda - moramo odgovoriti na pitanja: što pacijent želi naučiti, što zdravstveni djelatnici žele da pacijent nauči te koje je najbolje mjesto i vrijeme za učenje
2. Prikupljanje podataka - kroz razgovor s pacijentom ili njegovom obitelji otkriva se o pacijentovim potrebama, sposobnostima ili ograničenjima za učenja, iz medicinske dokumentacije uviđaju se potrebe i sposobnosti pacijenta za učenje
3. Analiza i evaluacija podataka - doznaje se što pacijent doista želi naučiti i promijeniti, jesu li njegovi ciljevi i motivi za učenje u sukobu sa ciljevima i

očekivanjima zdravstvenih djelatnika te postoje li neki činitelji koji bi mogli unaprijediti ili kočiti učenje

4. Postaviti edukacijsku dijagnozu - utvrđuje se što je pacijent sposoban i voljan naučiti, potvrđuje li naše edukacijske intervencije te saznajemo moramo li mijenjati naše početne edukacijske ciljeve i standarde

3.1.6. Motiviranost za prestanak pušenja

Istraživanja su pokazala da većina pušača želi prestati pušiti. Kao motive za prestanak pušenja navode želju za dobrim zdravljem, samopoštovanje, obiteljski razlozi, strah, pozitivni društveni pritisci. Svakom pušaču treba pružiti pomoć i podršku u odvikavanju od pušenja. Hoće li u tome uspjeti ovisi o njegovoj motiviranosti i o stupnju ovisnosti. Motivacija za prestanak pušenja kao i stupanj ovisnosti pušača može se odrediti pomoću određenih upitnika. Najpoznatiji takav upitnik je Fragestromov upitnik. Vjerojatnost prestanka pušenja je veća što je motivacija viša, a stupanj ovisnosti niži (1).

Odvikavanje od pušenja je proces koji se sastoji od tri faze:

1. faza pripreme
2. faza prestanka
3. faza apstinencije

Ove faze pušačima s visokim stupnjem ovisnosti mogu se olakšati primjenom nenikotinskog preparata koji služi kao pomoć u odvikavanju od pušenja (1).

Medicinska sestra svakom ovisniku o pušenju treba dati informacije o zdravstvenim rizicima pušenja i smanjenju tih rizika prestankom pušenja. Dobro je ponuditi im dodatne materijale za samopomoć kao što su priručnici, letci. Direktnim savjetima i sugestijama treba ohrabriti pacijente da apstiniraju od pušenja. Pušače koji nisu u stanju sami prekinuti s pušenjem treba uputiti na programe odvikavanja od pušenja. Jedan od najpoznatijih takvih programa je program američkih autora "Breathe

free plan to stop smoking" koji se uspješno provodi u svijetu trideset godina. Kod nas je prvi put bio organiziran 1972. godine u Zagrebu (1, 11).

3.1.7 Motivacijsko intervjuiranje

Motivacijsko intervjuiranje je klinička komunikacijska metoda koja se koristi u poticanju pacijenata na promjene u ponašanju. Temelji se na razumijevanju i istraživanju čovjekove vlastite motivacije, na slušanju s empatijom, na ohrabrivanju čovjeka te na stvaranju nade i optimizma. Na pacijente treba gledati kao na stručnjake koji imaju vlastitu sposobnost da smanje otpor prema promjenama te na taj način povećaju svoju motivaciju. Očekuje se da će motivirani pacijenti aktivnije sudjelovati u promjenama ponašanja i preuzeti veću odgovornost u svojim naporima prema promjenama. Motivacija uključuje prepoznavanje problema, traženje načina za promjenu te provedbu i održavanje te promjene. Motivacijsko intervjuiranje progresivno se koristi u medicini i javnom zdravstvu u različitim skupinama pojedinaca s nezdravim životnim stilovima. Istraživanja su pokazala značajan porast prestanka pušenja u općoj populaciji pacijenata kod kojih su medicinske sestre koristile ovu metodu (12).

Medicinske sestre tijekom intervjua s pacijentima koriste zatvorena i otvorena pitanja. Zatvorena pitanja su pitanja za koja postoji određeni odgovor ili za koja odgovori mogu biti sa "da" ili "ne". Primjer takvog pitanja je: "Koliko cigareta dnevno pušite?" ili "Jeste li pušili danas?". Otvoreno pitanje je pitanje koje dopušta širok raspon mogućih odgovora i koje osobi daje mogućnost da se otvori i počne pričati. Primjer takvog pitanja je: "Kako se osjećate kada niste u mogućnosti zapaliti cigaretu?" (12).

Aktivnim slušanjem medicinska sestra sluša pacijentove poruke, otkriva njihovo značenje te daje povratnu informaciju o onome što je razumjela. Reflektiranjem sugovorniku pomaže da bolje razumije što osjeća i kako se ponaša. Jednostavna refleksija prenosi razumijevanje između pacijenta i medicinske sestre. Tom refleksijom dodaje se malo ili nimalo značenja na ono što je pacijent rekao. Složenom refleksijom dodaje se značajan naglasak na ono što je pacijent rekao i daje dublju i složeniju sliku

izrečenog. Time se može naglasiti određeni dio onoga što je pacijent rekao kako bi se ukazalo na bitnu stvar ili kako bi se razgovor vodio u drugom smjeru (12).

Kako bi uporaba metode motivacijskog intervjuiranja bila što kvalitetnija, medicinska sestra treba biti znatiželjna i istraživati pacijentovo mišljenje i ideje o ponašanju koje se želi postići. Isto tako treba surađivati s pacijentom na postizanju cilja, ne oslanjati se na dominaciju. Treba u pacijentima uvidjeti potencijal za usmjeravanje prema zdravom ponašanju te izražavati optimizam u pogledu mogućnosti pacijenta da se promjeni (12).

3.1.8. Bihevioralno-kognitivna metoda savjetovanja

Ova metoda sastoji se od pet faza: inicirano predrazmišljanje, razmišljanje, priprema, aktivnost prestanka pušenja i održavanje. U procesu odvikavanja od pušenja pušača treba pitati za njegov pušački status, poticati ga da prestane pušiti tako da ga se upozori da time narušava svoje zdravlje i zdravlje ljudi oko njega te ga treba motivirati da razmišlja o svom zdravlju i donese odluku o promjeni načina života (3).

Važno je procijeniti u kojoj se fazi pušač nalazi te koliko je motiviran za prestanak pušenja. Svakom pušaču se može pomoći ovisno o stadiju u kojem se nalazi. Onima koji ne žele prestati pušiti treba dati kratki savjet o prednostima prestanka pušenja i naglasiti im da je na njima odluka hoće li to učiniti ili ne. Onima koji razmišljaju o prestanku pušenja, pripremaju se za to ili su nedavno prestali pušiti treba upoznati s edukativnim materijalima, spomenuti simptome apstinencijske krize, a bivše pušače treba podržati u njihovoj odluci da takvi i ostanu jer je to najbolja odluka koju su mogli donijeti za svoje zdravlje. Isto tako svima koji se odvikavaju od pušenja treba dati motivaciju da izdrže i da ponovno ne zapale cigaretu (3).

Pušači se na temelju spremnosti za prestanak pušenja mogu svrstati u nekoliko faza (3):

1. Prekontemplacija - tu se nalaze oni koji ne žele prestati pušiti
2. Kontemplacija - tu spadaju oni koji razmišljaju o prestanku pušenja ali ne u bliskoj budućnosti

3. Faza pripreme - tu su oni koji planiraju prestati pušiti u skoroj budućnosti
4. Faza akcije - tu su oni koji pokušavaju prestati, odnosno prestali su pušiti u zadnjih šest mjeseci
5. Fazi održavanja - tu su oni koji apstiniraju od pušenja već duže vrijeme

Koju će vrstu savjeta medicinska sestra dati ovisi o procjeni motiviranosti pacijenta za prestanak pušenja, odnosno o fazi u kojoj se on nalazi. Pušačima u fazi prekontemplacije treba jasno savjetovati da prestanu konzumirati duhanske proizvode, informirati ih o dobrim stranama ali i o rizicima te ih poticati na razmišljanje. Onima u kontemplaciji valja poručiti prestanak pušenja, utvrditi pacijentove razloge za i protiv prestanka te identificirati prepreke. Pušače u fazi pripreme treba podržati u odluci da prestanu koristiti duhanske proizvode. Onima koji se nalaze u fazi akcije treba napomenuti o simptomima odvikavanja i provesti motivacijski razgovor. Pacijente u fazi održavanja treba motivirati da ostanu ustrajni u svojoj odluci, pohvaliti ih i pružiti podršku (3).

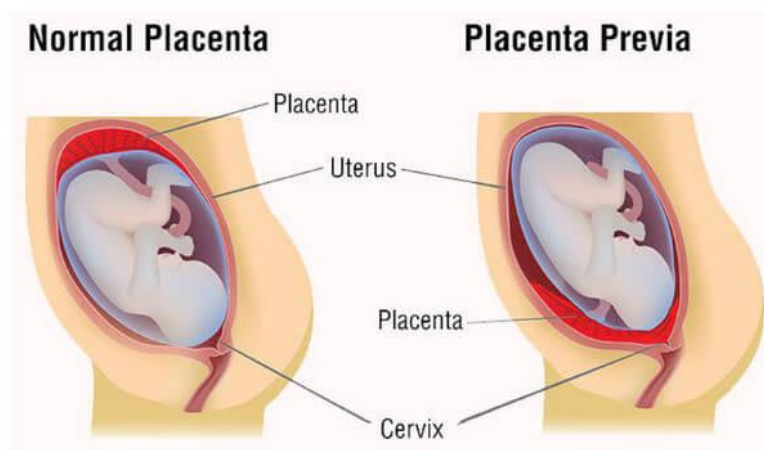
3.2. Zdravstveni odgoj trudnica

Otpribliže jedna trećina žena reproduktivne dobi puši. Trudnice koje puše uglavnom su žene mlađe od trideset godina, nižeg stupnja obrazovanja, nižeg socioekonomskog statusa i bez stalnog partnera (13, 6). Pušenje uvelike utječe na reproduktivno zdravlje. Istraživanja su pokazala da žene koje puše više od dvadeset cigareta dnevno imaju veći rizik od primarne tubularne neplodnosti i izvanmaterične trudnoće (2). Duhanski dim štetan je za zdravlje nerođenog djeteta, ali i za njegovo zdravlje nakon rođenja te kasnije tijekom života. Pušenje tijekom trudnoće povećava rizik od rođenja djeteta niske porođaje tečine za gotovo dva puta (6).

Dokazano je da nikotin smanjuje prokrvljenost jajovoda i razvoj embrionalnih stanica. Kod trudnica dovodi do smanjenog srčanog udarnog volumena čija je posljedica smanjeni uteroplacentarni protok uz povišenje razine adrenalina. Kadmij iz

duhanskog dima dovodi do poremećaja u placentogenezi. Uz stvaranje karboksihemoglobina, sve ove štetne promjene mogu dovesti do razvoja fetalne acidoze, hipoksije i intrauterinog zastoja u rastu. Koncentracija nikotina u plodnoj vodi za 54% je viša od koncentracije u majčinu serumu. Moguće ga je naći i u plodnoj vodi trudnica koje su izložene pasivnom pušenju. Pušenje također izaziva povećanje broja otkucaja fetalnog srca. Može doći i do poremećaja u metabolizmu vitamina i minerala. Pušenje se dovodi u vezu s raznim komplikacijama u trudnoći kao što su prijevremena abrupcija posteljice, izvanmaterična trudnoća i smrt ploda. Tu također spada i placenta previa (Slika 4.). Uz sve navedeno, duhanski dim može dovesti i do smanjenja plodnosti (6).

PLACENTA PREVIA



Slika 4. Placenta previa

Dostupno na: <https://www.maminsvijet.hr/zdravlje/pusenje-u-trudnoci-koliko-je-opasno-za-bebu/>

Konzumiranje cigareta tijekom trudnoće često dovodi do prijevremenog poroda i rađanja djece niske porođajne težine. To su dva glavna uzroka perinatalnog morbiditeta i mortaliteta novorođenčadi. Novorođenčad majki koje puše lakša su 150 do 250 grama

od novorođenčadi majki koje ne puše (1, 6). Istraživanja su pokazala da do zastoja u rastu te djece uglavnom dolazi tijekom trećeg tromjesečja (6). Stoga žene koje prestanu pušiti prije trećeg tromjesečja trudnoće rađaju djecu normalne porođajne težine. Nikotin se izlučuje u majčinu mlijeku pa može doći do trovanja novorođenčeta nikotinom.

Simptomi koji ukazuju na trovanje novorođenčeta nikotinom (6):

- motorički nemir
- povraćanje
- proljev
- nesanica
- tahikardija
- apneja
- loše sisanje
- mlohavost
- sivkasta boja kože

Perinatalne komplikacije u djece majki koje puše u trudnoći povećavaju rizik od trajnih komplikacija kao što su cerebralna paraliza, mentalna retardacija i problemi s učenjem (6).

U istraživanjima je dokazano da nikotin ima teratogeni učinak koji se ponajprije očituje na koštanom sustavu u vidu apoptoze stanica. To dovodi do poremećene odontogeneze i rascjepa nepca. Pušenje tijekom trudnoće povezuje se i s drugim prirođenim malformacijama kao što su pes equinovarus, policistični bubrezi, malformacije neuralne cijevi, gastroskiza, deformiteti lubanje i prirodene srčane greške (6).

Sindrom iznenadne dojenačke smrti je iznenadna smrt do tada zdravog djeteta, mlađeg od godinu dana, čiji se medicinski uzroci ne mogu otkriti obdukcijom. Najčešće se javlja od drugog do četvrtog mjeseca života, a nakon šestog mjeseca života rijetko se javlja (6).

Uzroci sindroma iznenadne dojenačke smrti još uvijek nisu poznati ali postoje hipoteze o njegovom nastanku koje uključuju (6):

- poremećaje disanja (poznate kao opstruktivne apneje u snu)
- poremećaje refleksa buđenja u životno ugrožavajućim situacijama
- smanjenu podražljivost za buđenje na zvučne i taktilne podražaje

Ovi navedeni poremećaji učestaliji su u djece čije su majke pušile tijekom trudnoće. Pušenje tijekom trudnoće nalazimo u dvije trećine slučajeva sindroma iznenadne dojenačke smrti (6).

Prenatalna izloženost nikotinu dovodi do poremećaja u rastu i razvoju živčanog sustava. Istraživanja pokazuju da djeca čije su majke pušile u trudnoći imaju veći rizik razvoja poremećaja ponašanja poznat po nazivu ADHD. Taj poremećaj karakterizira hiperaktivnost i manjak pozornosti. Takva djeca pokazuju poteškoće u učenju, čitanju i rješavanju matematičkim zadatka u odnosu na svoje vršnjake. Testiranja opće inteligencije koja su provedena u djece školske dobi pokazala su lošije rezultate u djece koja su bila izložena duhanskom dimu tijekom fetalnog razdoblja (6).

Štetni sastojci duhanskog dima oštećuju pluća fetusa u razdoblju njihova razvoja. Takva oštećenja mogu ostaviti trajne posljedice kao što su bronhitis i plućni emfizem, odnosno kronična opstruktivna plućna bolest. Dojenčad i mala djeca koja su izložena pasivnom pušenju češće imaju upale pluća, astmu, bronhitis, smanjenje plućne funkcije te upale srednjeg uha (2, 6).

Većina trudnica koje su prestale pušiti u trudnoći vrlo brzo se vraćaju pušenju nakon poroda (14). S obzirom na štetne učinke pušenja tijekom trudnoće, trudnoća može biti povoljno vrijeme za poticanje prestanka pušenja budući da mogućnost ozljeđivanja njihovog potomstva može potaknuti apstinenciju od pušenja među trudnicama (15). Sve trudnice treba upozoriti da pušenjem izlažu njihovo dijete riziku od spomenutih poremećaja. Trud na sprječavanje spomenutih posljedica treba usmjeriti na prevenciju konzumiranja duhanskih proizvoda u budućih i sadašnjih trudnica i majki (6). U tome važnost ima patronažna sestra koja posjećuje trudnicu jedan put tijekom

normalne trudnoće, ali i više puta prema vlastitoj procjeni i u dogovoru sa izabranim liječnikom. Trudnicu osim o štetnosti pušenja upućuje i o načinu prehrane, o osobnoj higijeni, o fizičkoj aktivnosti i drugim stvarima koje su bitne za zdravlje trudnice i djeteta. Također posjećuje i babinjaču i novorođenče, prvi put do sedam dana nakon poroda i drugi put nakon 15 dana od poroda (16).

3.3. Zdravstveni odgoj u predškolskoj dobi

Kako bi prevenirali pušenje, ali i ostala nepoželjna zdravstvena ponašanja važno je provoditi zdravstveni odgoj već kod djece predškolske dobi. Patronažna sestra organizira jedan posjet tijekom predškolske dobi u kojem uviđa socijalno-ekonomsko stanje obitelji, prati rast i razvoj djeteta, kontrolira prehranu i upotrebu odgovarajućih igračaka s obzirom na dob djeteta. Također surađuje u edukacijskim programima ustanova za predškolski odgoj (16).

3.4. Zdravstveni odgoj u osnovnoj školi

Cilj zdravstvenog odgoja u osnovnoj školi je promicanje zdravih stilova života i usvajanje zdravih životnih navika kroz provedbu odgojno-obrazovnih sadržaja. Što se tiče modula - prevencija ovisnosti zdravstveni odgoj u osnovnoj školi koncipiran je na sljedeći način (17):

- U 1. razredu djecu se uči kako da prepoznaju opasnosti od kemikalija i lijekova dostupnih u domaćinstvu te rizike koji se pojavljuju zbog njihove dostupnosti. Također ih se uči da prepoznaju učinak računalnih igrica na njihovo slobodno vrijeme.
- U 2. razredu učenike se uči da prepoznaju važnost odgovornosti za brigu o zdravlju te važnost odgovornog ponašanja
- U 3. razredu djecu se uči da prepoznaju kako sredstva ovisnosti utječu na osjećaj zdravlja

- U 4. razredu govori se o osobnoj odgovornosti za zdravlje i odgovornom ponašanju te kako mediji i reklame utječu na rizično ponašanje
- U 5. razredu govori se o opasnostima za zdravlje od pušenja, alkohola, zlorabe lijekova i droga
- U 6. razredu govori se o utjecaju medija i vršnjaka prema sredstvima ovisnosti te načinima na koje se može oduprijeti pritisku vršnjaka
- U 7. razredu djecu se uči da prepoznaju specifičnosti odlučivanja i donošenja odluka u rizičnim situacijama te da prepoznaju rizike i posljedice rizičnih ponašanja tijekom ekskurzija i izleta
- U 8. razredu djecu se uči da razumiju pojam ovisnosti, da razlikuju kratkotrajne i dugotrajne posljedice ovisnosti na zdravlje te da prepoznaju rizike povezane s korištenjem sredstava ovisnosti tijekom obrazovanja i profesionalne karijere

3.5. Zdravstveni odgoj u srednjoj školi

Učenici u srednjoj školi u razdoblju su adolescencije, a to je razdoblje života u kojem se odvijaju intenzivne fizičke, psihološke, emocionalne i osobne promjene. Smatra se prijelaznim razdobljem u kojem se mladi počinju odvajati od roditelja, ali nemaju još definiranu ulogu u društvu. To razdoblje se smatra stresnim i emocionalno vrlo intenzivnim razdobljem. Zbivanja u vrijeme sazrijevanja donose sa sobom i zdravstvene rizike koji mogu imati dugoročne posljedice za zdravlje. U razdoblju adolescencije prihvaćaju se obrasci ponašanja i izabire se životni stil. To utječe na trenutno zdravlje, ali i na zdravlje u budućnosti (18).

Pušenje cigareta započinje već u ranoj adolescenciji. Većina mladih prvi put proba cigaretu prije završetka srednje škole. Činjenica je da što ranije mladi započnu pušiti, to su veći izgledi za težu uporabu duhana u odrasloj dobi, a samim time veće su i šanse za duži pušački staž. Trajanje pušenja i količina popušenog duhana povezani su s mogućim kroničnim zdravstvenim problemima (1, 18).

U našoj okolini cigarete su lako dostupne. Mogu se kupiti bilo kad i bilo gdje. Adolescenti su na razne načine izloženi čimbenicima koji ih mogu potaknuti da počnu pušiti (1).

Mladima je teško prikazati pušenje kao nešto što je štetno, neprihvatljivo i opasno jer žive u okolini u kojoj većina ljudi puši. Puši se uvelike i u školama i zdravstvenim ustanovama. Često se ovisnost o pušenju duhana shvaća manje ozbiljno od drugih tipova ovisnosti zbog toga što je pušenje socijalno prihvatljivo, faze akutne intoksikacije su rijetke, a i nastala ovisnost u manjoj mjeri narušava psihosocijalno funkcioniranje pušača. Cigarete se reklamiraju na sve moguće načine te se pušenje povezuje s druženjem, slobodom, opuštenošću, ljepotom, što je mladima izrazito privlačno. Takvo prikazivanje pušenja potiče adolescente da počnu pušiti. Jedan od najvažnijih razloga za početak pušenja je to što se pušenje doživljava kao odraz zrelosti i nezavisnosti. Odrasli koji puše, članovi obitelji, filmski glumci, glazbenici i ostali koje djeca i adolescenti idoliziraju i oponašaju, imaju na njih velik utjecaj (1, 13). Važan čimbenik za stvaranje pušačke navike u mladima je i pritisak vršnjaka kao i utjecaj roditelja ili starije braće i sestara. U društvu u kojem većina prijatelja puši teško je odbiti cigaretu. Posebno su tome sklona djeca koja nemaju dovoljno samopouzdanja, koja se osjećaju nesigurno i neprihvaćeno u roditeljskom domu (1, 19).

Posebna se zabrinutost izražava za druge oblike uporabe duhana u dječjoj dobi i adolescenciji. Istraživanja su pokazala da redoviti pušači češće eksperimentiraju s marihuanom. Također se pokazuje da su pušači u adolescenciji pod većim rizikom i za korištenje alkohola te psihoaktivnih droga (19).

Za mlade je škola okruženje u kojem provode većinu vremena, ali nijedna promjena ponašanja ne može se postići bez uključivanja obitelji i šire okoline u kojoj mladi žive. Stoga je važno u školama, roditeljskim domovima i zdravstvenim ustanovama educirati ih o štetnosti duhanskih proizvoda i usmjeravati ih prema zdravim životnim navikama. Prevencija uporabe duhanskih proizvoda kod mladih temelj je u borbi protiv epidemije pušenja, a dobro poznavanje navika mladih vezanih uz pušenje važni su u osmišljavanju djelotvornih preventivnih programa (18, 19).

Prevenција ovisnosti modul je zdravstvenog odgoja koji ima važnost u prevenciji štetnih ponašanja djece i mladih. Njime se nastoji kod djece i mladih u školskom okruženju pridonijeti usvajanju poželjnih društvenih ponašanja i stavova u odnosu na rizične oblike ponašanja. Ovaj modul obuhvaća teme o rizičnom ponašanju i posljedicama po obrazovanju, o životnim vještinama - emocionalnosti, o utjecaju medija i vršnjaka, o odolijevanju pritiska vršnjaka, o prevenciji rizičnih situacija, o promociji odgovornog ponašanja, o asertivnosti, o klađenju i kockanju mladih, o utjecaju medija i vršnjaka na korištenje sredstava ovisnosti te o utjecaju sredstava ovisnosti na društveni i profesionalni život. Kako će se razvijati modul prevencija ovisnosti kao i aktivnosti odgojno-obrazovnih ustanova u prevenciji ovisnosti ovisi o aktivnom i kontinuiranom praćenju rizičnih ponašanja s kojima će se susretati buduće generacije djece i mladih. (20)

U 1. razredu srednje škole učenike treba educirati o rizicima povezanim s konzumiranjem sredstava ovisnosti (alkohol, cigarete, droga) i posljedicama tog ponašanja na obrazovanje i karijeru te razvijati kritičko razmišljanje o konzumiranju tih sredstava. (20)

U 2. razredu srednje škole učenike treba educirati o rizicima kockanja i klađenja mladih. Također treba govoriti o utjecaju medija i vršnjaka na korištenje sredstava ovisnosti. (20)

U 3. i 4. razredu srednje škole učenike treba educirati o posljedicama korištenja alkohola i droga u prometu. Isto tako treba govoriti o korištenju sredstava ovisnosti i posljedicama toga na društveni i profesionalni život. Važno je naučiti ih da prepoznaju rizike i kako da djeluju u rizičnim situacijama, a da ostanu dosljedni sebi i svojim uvjerenjima. (20)

3.6. Zdravstveni odgoj starijih osoba

Starije osobe izrazito su ranjiv dio populacije, a nezdrave navike dodatno pogoršavaju njihovo zdravstveno stanje. U zapadno europskim zemljama pa tako i u

Hrvatskoj raste broj starijih osoba. U Hrvatskoj puši oko 11,6% osoba starijih od 65 godina. Velika većina pušača niskog je stupnja obrazovanja (15). Istraživanja pokazuju da izloženost duhanskom dimu udvostručuje rizik od makularne degeneracije u starijoj životnoj dobi, što je glavni uzrok gubitka vida u europskim zemljama (2). Ova populacija opterećena je kardiovaskularnim, zloćudnim i drugim bolestima. Zato je potrebno planirati intervencije kako bi se smanjio udio pušača ove životne dobi (15).

4. ZAKLJUČAK

Pušenje je štetna navika koja dovodi do brojnih zdravstvenih problema. Duhanski dim obiluje štetnim sastojcima, a najvažniji sastojak nikotin uzrokuje ovisnost. Duhanski dim ugrožava zdravlje ne samo pušača nego i nepušača koji se nalaze u njihovoj blizini, a posebno su ugrožene trudnice i djeca. Smatra se da u svijetu svakih deset sekundi netko umre od posljedica pušenja. Stoga se može reći da je pušenje jedan od najvećih javnozdravstvenih problema suvremenog svijeta.

Medicinska sestra ima veliki značaj kod ovisnika o pušenju. Tijekom svog školovanja stječe potrebna znanja o zdravstvenom odgoju te ga primjenjuje u svom radu. Ima veliki utjecaj na smanjenje uporabe duhana kojim na zajednicu i pojedinca utječe i svojim osobnim primjerom. Ona edukacijom i informiranjem nastoji mijenjati štetno zdravstveno ponašanje ljudi te ih u tome motivira i pruža im podršku.

5. SAŽETAK

Pušenje je štetna navika raširena među svim slojevima pučanstva. Smatra se rizičnim čimbenikom za zdravlje koji dovodi do prijevremenog umiranja. Duhanski dim sadrži više od četiri tisuće sastojaka koji djelujući podražajno, toksično, kancerogeno i psihoaktivno remete funkcije pojedinih organa. Ne postoji ni jedan organ ili organski sustav koji nije zahvaćen štetnim učincima pušenja. U ovom radu opisano je djelovanje duhanskog dima na krvožilni, dišni i probavni sustav. Također su spomenute i opasnosti pasivnog pušenja. Naglašena je važnost zdravstvenog odgoja te su razrađene metode zdravstvenog odgoja kojima se ovisnicima o pušenju nastoji promijeniti štetno zdravstveno ponašanje. Posebno je naglašena važnost medicinske sestre koja svojim znanjem i osobnim primjerom ima veliki utjecaj na smanjenje uporabe duhana kod pojedinca i zajednice. Opisan je pristup medicinske sestre kod određenih skupina kao što su trudnice, djeca i mladi te starije osobe.

6. SUMMARY

Smoking is a harmful habit widespread among all sections of the population. It is considered a risk factor for health leading to premature death. Tobacco smoke contains more than four thousand ingredients that have an irritant, toxic, carcinogenic and psychoactive effect on the functions of individual organs. There is no organ or organ system that is not affected by the harmful effects of smoking. This paper describes the effect of tobacco smoke on the circulatory, respiratory and digestive systems. The dangers of secondhand smoke were also mentioned. The importance of health education is emphasized and methods of health education that seek to change addictive behaviors are elaborated. Particular emphasis is placed on the importance of the nurse, who with her knowledge and personal example has a great influence on reducing the use of tobacco in individuals and in the community. The approach of the nurse to specific groups such as pregnant women, children and young people and the elderly is described.

7. LITERATURA

1. Čop N. Pušenje i moždani udar. Medicus [Internet]. 2001 [pristupljeno 1. kolovoza 2019.];10(1):55-62. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/30263>
2. Hrabak-Žerjavić V, Kralj V. Umjesto riječi urednice teme: Pušenje - čimbenik rizika za zdravlje. Hrvatski časopis za javno zdravstvo [Internet]. 2007 srpanj [pristupljeno 1. kolovoza 2019.];3(11). Dostupno na: <http://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/1396>
3. Sarajlić S, Pranjić N, Bećirović S, Huseinagić S. Procjena efikasnosti bihevioralno-kognitivne metode savjetovanja za prestanak pušenja u porodičnoj medicini. Hrana u zdravlju i bolesti [Internet]. 2013 [pristupljeno 1. kolovoza 2019.];2(1):1-9. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/112893>
4. Brkić H, Keros J, Mravak-Stipetić M, Ziger T. Djelovanje pušenja duhana na tvrda i meka tkiva usne šupljine. Acta stomatologica Croatica [Internet]. 1994 [pristupljeno 1. kolovoza 2019.];28(4):287-294. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/99424>
5. Krstačić G. Pušenje i krvožilne bolesti. Hrvatski časopis za javno zdravstvo [Internet]. 2007 srpanj [pristupljeno 1. kolovoza 2019.];3(11). Dostupno na: <http://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/download/1398/1349>
6. Ilijić M, Krpan M, Ivanišević M, Djelmiš J. Utjecaj pušenja tijekom trudnoće na rani i kasni razvoj djeteta. Gynaecologia et perinatologia [Internet]. 2006 [pristupljeno 1. kolovoza 2019.];15(1):30-36. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/15807>
7. Popović-Grle S. Pušenje i dišni sustav. Hrvatski časopis za javno zdravstvo [Internet]. 2007 srpanj [pristupljeno 1. kolovoza 2019.];3(11). Dostupno na: <http://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/1397>
8. Grčić M, Rončević T, Sindik J. Zdravstveni odgoj i uloga medicinske sestre. Hrvatski časopis za javno zdravstvo [Internet]. 2012 listopad [pristupljeno 1. kolovoza 2019.];8(32). Dostupno na: <http://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/99>

9. Sindik J, Rončević T, i sur. Metode zdravstvenog odgoja i promocije zdravlja [Internet]. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku; 2014 [pristupljeno 1. kolovoza 2019.]. Dostupno na: <http://www.unidu.hr/datoteke/172izb/Knjiga-gotova-metode.pdf>
10. Odluka o donošenju nastavnog plana i programa zdravstvenog odgoja za osnovne i srednje škole. Narodne novine broj 106/13 [Internet]. [pristupljeno 2. rujna 2019.]. Dostupno na: <http://propisi.hr/print.php?id=12572>
11. Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. [Internet]. 2013 Aug [pristupljeno 1. Kolovoza 2019.];8. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23939719>
12. Efraimsson EO, Klang B, Ehrenberg A, Larsson K, Fossum B, Olai L. Nurses' and patients' communication in smoking cessation at nurse-led COPD clinics in primary health care. Eur Clin Respir J. [Internet]. 2015 Aug [pristupljeno 1. kolovoza 2019.];2:27915. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26672958>
13. Dias-Damé JL, Cesar JA. Disparities in prevalence of smoking and smoking cessation during pregnancy: a population-based study. Biomed Res Int. [Internet]. 2015 [pristupljeno 1. kolovoza 2019.];2015:345430
14. Pollak KI, Fish LJ, Lyna P, et al. Efficacy of a Nurse-Delivered Intervention to Prevent and Delay Postpartum Return to Smoking: The Quit for Two Trial. Nicotine Tob Res [Internet]. 2016 [pristupljeno 1. kolovoza 2019.];18(10):1960–1966. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Efficacy+of+a+Nurse->
15. Samardžić S, Santo T, Kožul K. Starije osobe i pušenje: rezultati Hrvatske zdravstvene ankete 2003. Hrvatski časopis za javno zdravstvo [Internet]. 2008 srpanj [pristupljeno 1. kolovoza 2019.];4(15). Dostupno na: <http://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/962>
16. Mazzi B. Patronažna služba i obiteljski doktor. HDOD-HLZ [Internet]. 2011 [pristupljeno 2. rujna 2019.]. Dostupno na: http://www.hdod.net/rad_drustva/Patronazna_i_doktor.pdf

17. Nastavni plan i program zdravstvenog odgoja za osnovne i srednje škole [Internet]. [pristupljeno 2. rujna 2019.]. Dostupno na: https://www.azoo.hr/images/zdravstveni/zdravstveni_nastavni_plan_i_program.pdf
18. Kuzman M. Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja. Medicus [Internet]. 2009 [pristupljeno 1. kolovoza 2019.];18(2):155-172. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/57135>
19. Kuzman M, Pavić Šimetin I, Pejnović Franelić I. Može li se pušenje smatrati ulaskom u svijet rizičnih ponašanja mladih? Hrvatski časopis za javno zdravstvo [Internet]. 2007 srpanj [pristupljeno 1. kolovoza 2019.];3(11). Dostupno na: <http://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/1401>
20. Martinis O, Fajdetić M, Tot D, Ništ M. Priručnik za nastavnike i stručne suradnike u srednjoj školi - Zdravstveni odgoj [Internet]. Zagreb: Agencija za odgoj i obrazovanje; 2013. [pristupljeno 2. rujna 2019.]. Dostupno na: <https://www.azoo.hr/images/razno/Kurikulum-1-4-razred-SS-FINAL-s-ispravkom.pdf>

8. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Ivona Zlatunić

Datum i mjesto rođenja: 08.05.1995., Split, Republika Hrvatska

Adresa prebivališta: Ivana Pavla II 185, 21215 Kaštel Lukšić

Elektronička pošta: ivona.zlatunic@hotmail.com

Obrazovanje:

- 2002. - 2010., Osnovna škola Ostrog, Kaštel Lukšić
- 2010. - 2014., Srednja škola I. Gimnazija, Split
- 2016. - Preddiplomski studij Sestrinstvo, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Split