

ELEMENTI DRUŽINSKE MEDICINE
(s poudarkom na preventivni skrbi)

Uvod

V prizadevanjih družbe za uravnovešen razvoj zdravstvene dejavnosti, zlasti primarnega zdravstvenega varstva, za uravnovešen razvoj glede stroškov in sredstev se zdi, da je družinska medicina ključ zdravstvenega sistema prihodnosti.

Družinska medicina so znanja in izkušnje; sestavljajo disciplino, ki postane, ko je usmerjena na bolnika in družino, specialnost *družinske prakse*. Družinska medicina ni zmes vseh mogočih sestavin medicine, je nova spojina posameznih, sicer znanih elementov medicine, je disciplina, ki *integrira potencialne vire zdravstvene oskrbe* v dobro bolnika in njegove družine in je specialnost, ki se razvija tudi in predvsem zaradi družbenih potreb. *Žarišče družinske medicine* sta družina in pacient, ne bolezen.

Družinski zdravnik je v bistvu naš dobri stari splošni zdravnik in ima tudi njegove attribute, le da bolnika obravnava v okolju njegove družine in z njegovo družino in da zna postaviti tudi njegovo družino v širše okolje družbe z vsemi njenimi socialno-ekonomskimi, kulturnimi in moralno-etičnimi značilnostmi.

Družinski zdravnik je specialist vključevanja, nasprotje od klinika, ki je specialist izključevanja. Z vključevanjem mislimo širjenje, bogatenje obzorja z vključevanjem principov celostnega pristopa k zdravstvenemu problemu; izključevanje pomeni omejitve na določenem ožjem področju medicine, specialnosti, ki samo s priznavanjem globine utegne celo izgubiti kakovost specialnosti.

Družinski zdravnik v praksi dela na štirih povezanih področjih:

- je pacientov svetovalec, zdravnik prvega stika – vstopa v zdravstveni sistem (odkriva najzgodnejša odstopanja do normale);
- je »urejevalec« simptomov, spoznava prve, zgodnje in še neznane simptome in znamenja bolezni;
- je »vzdrževalec« zdravja,
- je vzgojitelj zdravega načina življenja družine.

Zavedati se moramo, da biti družinski zdravnik ne pomeni obvezno biti obenem lečeči zdravnik za vse družinske člane (otroke, adolescente, srednjo generacijo in ostarele). Noben zdravnik ne zmore integrirati vsega znanja: pediatrije, ginekologije, okulistike itd.

Preventivna skrb za zaupano populacijo je *integralni element* družinskega zdravstvenega varstva. Osnovne naloge družinskega zdravnika na preventivnem področju delovanja so v tem da:

- odkriva dejavnike tveganja skozi časovni razvoj družine (življenjski ciklusi, družinska anamneza, družinski profil, selektivno testiranje);

– postavlja dejavnike tveganja posameznega družinskega člana ob bok dejavnikom tveganja družine, vključno s prehrano, bivalnimi pogoji, psihodinamiko družine, z načinom družinskega življenja, rekreacijo itd.; svetuje in pomaga pri razumevanju lastne skrbi za zdravje;

– motivira za ustrežnejše odnose oseba/oseba, za premagovanje strahu, zanikanja, ignorance in za preureditev prioritet za bolj zdravo življenje, za angažiranje preventivnih ukrepov znotraj družine;

– omogoča neprestano voditi, zasledovati dejavnike tveganja in si prizadeva, da bi jih odpravljali;

– družinski zdravnik je pošten do lastnih uspehov in neuspehov, do revizije lastne strategije ob preventivni dejavnosti v zaupani družini.

Družba se spreminja in zdravnik izgublja nekdanji piedestal, zato mu vse več pomenita dom in družina. Prva je vedno biološka, lastna zdravnikova družina, kajti če ne utegnemo prejeti od življenja polne nagrade, je cena privilegija biti družinski zdravnik, prevelika. To običajno bolniki znajo doumeti in razumeti. Ni treba, da nas je tega strah.

»Kako je biti družinski zdravnik?« Težko? Lepo?

Odgovoriti je mogoče enako kot na vprašanja: *»Kako je biti mati, biti ljubljen, biti srečen, biti zadovoljen, biti razočaran, biti frustriran, biti idealiziran, biti spoštovan?«*

Razvoj družinske medicine kot akademske discipline in družinske prakse kot njene specialnosti sega v korenine splošne medicine. Vsaka specialnost mora izpolnjevati vsaj naslednje štiri kriterije, da se lahko razvija in vzdržuje kot samostojna specialnost:

- enkratno področje delovanja,
- definiran obseg znanja,
- sposobnosti in možnosti vzgoje in izobraževanja,
- aktivno področje raziskovanja.

Preden zahtevamo od družbe, da družinski medicini prizna kvalitete akademske discipline in družinski praksi kvalitete samostojne specialnosti, bomo morali odgovoriti na naslednja vprašanja:

1. kaj je enkratnega v delu družinskega zdravnika pri zdravstveni oskrbi pacienta;
2. kaj posebnega naj vsebuje dodatna vzgoja in izobraževanje v smeri družinske medicine;
3. kje, kako, v sodelovanju s kom in v kolikšnem obsegu izvajati program vzgoje in izobraževanja v smeri družinske medicine;
4. kako od vsega začetka načrtovati in spodbujati:
 - sodobno informacijsko usmerjenost izobraževanja (dodiplomskega in podiplomskega);
 - razvoj strokovnosti, vključevanje medicine – stroke v sodobne informacijske tokove vsakodnevnega dela;
 - znanstveno-raziskovalno dejavnost na področju družinske medicine;
5. kako in s kom, kje in kdaj se povezovati (zakaj ni vprašanje) v smislu razvoja družinske medicine kot stroke in specialnosti;
6. kakšne učinke pričakujemo od tovrstne usmeritve v osnovnem zdravstvenem varstvu;
7. kakšni so kriteriji ocenjevanja kvalitete dela sodobnega družinskega zdravnika osebno in ocena kvalitete družinske prakse nasploh (je sposob-

nost stroke samonadzora, vključno s preverjanjem znanja – obnavljanje licenc)

Vseskozi leži med vrsticami vprašanje: Ali ni vse to le pretirana želja ločiti, razlikovati (morda celo umetno) družinskega zdravnika od starega splošnega zdravnika?

Vprašati se moramo, zakaj se mora nova specialnost družinske medicine tako popolno predstavljati in zagovarjati ter dokazovati upravičenost svojega obstoja.

Vsi sprejemamo interno medicino kot »integralno« vejo medicine, odgovorno za notranje bolezni. Družinska medicina je »integralna« glede na osnovni element družbe – družino. To je prva enkratnost njenega delovanja.

Internist ne bo zdravil bolnika, ne da bi ga poznal po imenu.

Družinski zdravnik bo stopil korak naprej in bo spoznal bolnikovo družino in glede na razmere usmerjal žarišče svojega delovanja zdaj na bolnika individualno, zdaj na njegovo družino, zdaj na vse skupaj.

Vse bolj se vračamo k človeku kot temelju našega delovanja. Družinska medicina skuša združevati človekovo osnovno življenjsko okolje, njegovo družino s posameznimi člani na eni strani in s širšim okoljem družbe na drugi strani. In prav družba sama, ob določeni stopnji razvoja, določa in omogoča razvoj družinske medicine kot specialnosti, s čimer izpolnjuje svojo skrb za zdravje populacije.

Prevladovanje humanih medsebojnih odnosov nad tehnologijo in skrb za zdravo okolje nad pridobitništvom sta osnovna podlaga za razvoj stroke, ki se je pripravljena spopasti s problematiko, ki:

- ni osrednji element nobene druge specialnosti;
- postavlja kontinuirano skrb za bolnikovo zdravje v njegovo naravno okolje;
- zna elemente celostne medicinske oskrbe aplicirati na posameznika in njegovo družino;
- želi klinično, intelektualno in strokovno navzočnost na akademski sceni, tako na vzgojno-izobraževalnem kot znanstveno-raziskovalnem področju..

Principi družinske medicine/družinske prakse

1. funkcija prvega stika (primarnega kontakta);
2. kontinuiteta stalnosti oskrbe pacienta;
3. celostni pristop, integracijska vloga celostne medicine;
4. koordinacija;
5. obravnavanje posameznika in družine v okolju, družbi;
6. družina kot enkratno področje delovanja;
7. preventivno delovanje;
8. vzgoja in izobraževanje;
9. raziskovalno delo;
10. prvenstvena naloga: delo s človekom.

1. Prvi stik:

Funkcija prvega stika temelji na načelih celostne medicine in je določena s pravico posameznika in družine na določeno obliko zdravstvenega varstva glede na doseženo stopnjo možnosti zdravstvenega varstva in prosvetljenosti prebivalstva v danem okolju družbe in narave.

Prvi stik je stičišče zdravja in bolezni, odvisnosti od bolezni, samostojnosti subjekta (posameznika in/ali družine), a vendarle tudi odvisnosti od zdravnika in sistema zdravstvenega varstva.

Prvi stik je vstopno mesto, sprejem, obraz celotnega zdravstvenega sistema. Na tem mestu se ustvarijo prve medsebojne povezave v pozitivni ali negativni smeri, na tem mestu se zakoličijo »izhodiščni« vrednostni kriteriji medicinske stroke kot celote.

2. Kontinuiteta:

Kontinuirano, longitudinalno varstvo je pričakovano vodenje posameznika in/ali njegove družine v zdravstvenih zadevah skozi različne faze življenjskih ciklusov. Kontinuirano presejalno testiranje moramo obravnavati v kontekstu možnega in realnega.

Poleg nepretrganega vodenja zahteva princip kontinuitete tudi stalnega, enega zdravnika, ki spremlja pacienta in celotno družino skozi posamezne epizode bolezni in zdravja. S takim spremljanjem se razvije zaupanje na višjem nivoju, medsebojni odnosi družina – zdravnik, posamezni družinski član – zdravnik, postanejo kvalitetnejši. Kontinuiteta je verjetno najpomembnejši princip družinske medicine.

Ne smemo pa zamenjati kontinuirane skrbi za bolezen s kontinuirano skrbjo za pacienta. V družinski medicini je kontinuum skrbi pacient, epizoda je bolezen. Za druge specialnosti velja ravno obratno: kontinuum je bolezen, epizoda je pacient.

3. Celostni pristop:

Značilno za celostni pristop je, da družinski zdravnik v bolnikovem problemu ne vidi le biološke perspektive, ampak gleda nanj in na njegovo družino tudi s psihološke in socialne strani.

Biomedicinski model razmišljanja kaže dokončno zamenjati z biopsihosocialnim modelom obravnave pacientove osebnosti v celoti in družine kot njegovega osnovnega, primarnega življenjskega okolja.

4. Koordinacija:

Pri koordinaciji med posameznimi zdravstvenimi uslugami, dejanji in med posameznimi konzultanti, ki vstopijo v proces zdravljenja, se družinski zdravnik najmanj loči od sedanjega načina dela zdravnika splošne medicine. Koordinacija zdravstvene skrbi in vodenje med posameznimi specialisti je možno le skozi primarno zdravstveno oskrbo, skozi funkcijo prvega stika.

5. Okolje, družba:

Poklic, kultura, etično okolje, družbeno okolje, okolje z epidemiološkimi značilnostmi, vse to vpliva na pacienta in njegovo

družino. Družbeno okolje s svojimi socialnimi in epidemiološkimi značilnostmi ima poleg diagnostičnega tudi terapevtski vpliv.

6. Družina:

Družina je osnovno biopsihosocialno okolje vsakega človeka. Družinski zdravnik gleda na pacienta kot na člana družinskega sistema in prepoznava vplive bolezni na družino, kot tudi vplive družine na bolezen. Ko družino definiramo, v resnici govorimo o pacientovem sistemu podpore. Čeprav pacient morda ni del tradicionalne družine, ima vendarle nekje podporo s svojo preteklostjo in prihodnostjo.

Družina je skupina ljudi, ki živijo skupaj na enem mestu in so v krvnem sorodstvu, ali so poročeni ali pa posvojeni; razlikuje se od gospodinjstva, ki je velikokrat omenjeno v raznih statističnih poročilih, je pa predvsem prostorska in ekonomska skupnost. Družina je stalno okolje, v katerem se posameznik rodi, dozoreva, živi in umre.

Družina je prva socialna institucija in popolno okolje, ki s fiziološkimi, psihološkimi, emocionalnimi, ekonomskimi in kulturnimi močmi vpliva na zdravje posameznika. Poleg primarno socialnih odnosov opravlja družina v tej ali oni obliki še gospodarsko poslanstvo in je hkrati tudi socialnovarstvena ustanova ter zdravstvena ambulanta. Je nosilec nekaterih pravnih funkcij v odnosu do širše skupnosti.

Poznamo šest glavnih **tipov** družin:

1. jedrna družina (družina očeta, matere in odvisnih otrok);
 - 1.a. podtip jedrne družine: ko se otroci osamosvojijo, ostaneta starša sama, imata pa bistveno drugačne odnose do življenja kot v tipu 4;
2. družina enega od staršev (ločitve, smrti, nezakonski otroci);
3. razširjena družina ali družina treh generacij (jedrna družina skupaj s starimi starši oziroma drugimi sorodniki); ta tip družine je reprezentativen za Kitajsko;
4. poročeni brez otrok;
5. neporočeni odrasli (hetero- ali homoseksualni);
6. komune (socialne grupe istih interesov, v istem prostoru in času: »hipiji«).

Vsaka družina gre v dinamičnem razvoju skozi devet **življenjskih ciklusov**. Vsaka stopnja družinskega razvoja je enkratna, s svojimi internimi vplivi, z zunanjimi vplivi družbe in s specifičnimi odzivi družine na zunanje vplive. Prehod iz enega razvojnega ciklusa v drugega pomeni za družino stres.

1. cikel začetne družine dveh mladih poročenih ljudi, oba pa izhajata vsak iz svoje družine in čutita pripadnost do nje. Disharmonija pogledov in orientacije obeh družin je lahko vir psihopatologije. To je čas osebne rasti in poklicne kariere. To je stanje največjih medsebojnih prilagajanj, olajšata pa jih

2. cikel nosečnosti in pričakovanja in
3. cikel rojstva prvega otroka s koncem prostosti v dvoje, z novimi odnosi: otrok-mati, otrok-oče, mati-oče; obdobje začetne stabilizacije pri oblikovanju poklicne uspešnosti, materialne preskrbljenosti;
4. družina s predšolskimi otroki, razvoj prave družine; obdobje vse večjega družbenega vpliva in ugleda;
5. družina s šolarii; obdobje postopnega umirjanja tempa sprememb;

6. družina s pubertetniki; vsaka od zadnjih treh z vsemi značilnostmi otrokovega razvoja; obdobje začetne »krize srednjih let«, zlasti pri materah, ki so se odločile, da posvetijo svojo kariero družini;

7. sledi cikel, ko prvi otrok zapusti družino, cikel neodvisnosti, »praznjenje gnezda« (»borba« posameznih družinskih članov za neodvisnost), definiranje osebnih ciljev in vrednot; izbira poklica in bodočega partnerstva pri otrocih; starša postavljata nove temelje bodočemu obdobju, nove vrednote – na temelju že ustvarjenega (žalostno je in družina zapade v hudo krizo, če se starša nimata na kaj opreti, na čem graditi bodočega skupnega življenja, predvsem v dvoje);

8. tesno s prejšnjim je povezan cikel »praznega gnezda«, ko se »matična« jedra družina dokončno razbije in se ustvarijo nove; ustvarijo se nove specialne vezi med družinami.

To je starostna skupina med 40. in 65. letom, ki predstavlja dobro petino populacije, kontrolira pa polovico moči naroda in ima velik vpliv na političnem, gospodarskem in vzgojnem področju.

To so leta, ko se pričenjajo degenerativne bolezni, klimakterij in ko starši postanejo stari starši, ko pretežno ponovno zaživijo v dvoje; to obdobje je lahko začetno obdobje »zlatih let« – polnega življenja;

9. zadnji je cikel družine upokojujencev, starostnikov in smrti enega od življenjskih tovarišev; obdobje postopne odvisnosti in naslanjanja na družino v širšem pomenu besede, na družino (nekdanj) treh generacij.

Teh devet življenjskih ciklov družine lahko združimo v tri skupine:

- nastajajoča družina (ciklusi 1, 2, 4),
- družina v polni funkciji (ciklusi 4, 5, 6),
- odmirajoča družina (ciklusi 7, 8, 9).

F u n k c i j a družine ima posebno vlogo v času družinske krize, ko redno vpliva na nivo družinske funkcionalnosti. Družinska kriza je življenjski dogodek, sedanji ali pretekli, ki je povzročil spremembe v funkcionalnem stanju družinskih članov; je ali normativna – delno planirana ali popolnoma neplanirana, pogojena iz dogajanj znotraj družine ali od zunaj, iz okolja.

Hitrost in globina padanja družine v krizo je odvisna od družinskega **apgar**, funkcije družine pred krizno situacijo, ki jo ocenjujemo glede na:

a – adaptacija: kako se družinski člani prilagode in pomagajo drug drugemu, kako znajo izrabiti intra- in ektrafamiliarne vire za rešitve iz krize;

p – partnerstvo: kako družinski člani komunicirajo med seboj v ekonomskih zadevah, osebnih problemih, na počitnicah, kako se odločajo v krizah, sporazumno ali avtoritativno;

g – growth (rast): kako fizično in emocionalno dozorevajo posamezni člani družine, kako se spreminjajo sami, kako to vpliva na druge v neodvisni rasti;

a – afekcija: kako člani družine reagirajo na čustvene izbruhe drugih članov (ljubezen, jeza, žalost);

r – rešitev: kako družinski člani delijo med seboj čas, prostor, materialne dobrine, fizično, emocionalno in socialno okolje, kako rešujejo vprašanje medsebojnih komunikacij: kolektivno ali individualistično avtoritativno.

Družina je mreža osebnosti in individualnih vlog posameznikov, povezanih z močnimi funkcionalnimi povezavami. Vsaka družina ima svoj slog in svojo osebnost. Dominantna osebnost v družini, ki nekako daje ton življenj-

skemu stilu, ni vedno tudi vodeča osebnost v družini; pogosto je to »siva eminenca« družine, žena, mati, ali pa hiperaktivni otrok, ki »prevzame-terorizira« celo družino. Tiha osebnost v družini utegne dajati vzor življenjskemu utripu družine.

Družine imajo svoje zunanje meje, omejitve, kot ograje, ki ločijo družino od zunanjega okolja, ločujejo pa tudi posamezne podgrupe znotraj družine med seboj. Meje določajo za družinske člane še sprejemljive interakcije družine navzven in navznoter in so spremenljivo permeabilne, z drugimi besedami: kako lahko jih je preskočiti. Kadar so meje skrajno neprehodne, so družine in družinski člani izolirani eden od drugega in do okolja nasploh. Družinski člani slabo komunicirajo z okoljem, povratna informacija družinskemu zdravniku je revna, na družinskem pogovoru ostane vrsta vprašanj brez odgovora, družinski zdravnik se počuti zavrnjenega in jeznega, ker kot da so družinski člani nezainteresirani. Vendar ne gre za osebno zavračanje, le družinska pravila preprečujejo vstop komurkoli v funkcionalnost družinskega življenja.

Zelo odprte družine na drugi strani, imajo številne stike z zunanjim svetom, medsebojni konflikti niso izraziti, ne vplivajo znatneje na družinski **apgar**, ki je praviloma visok, **screeam** je na zavidljivem nivoju. Vendar pa družinski člani težko zapuščajo družino, težko se osamosvajajo in iščejo identiteto zunaj družine, razmerja zunaj družine kot da ogrožajo samo družino. Ponavadi govorijo na družinskem pogovoru eden za drugega, ustvarjajoč čim lepšo družinsko fasado. Če ima oče v taki družini težak dan, to vznemirja vse družinske člane.

Zdrave družine nihajo med tema ekstremoma. Meje so zadosti permeabilne, da dopuščajo ustrezen osebnostni razvoj, pa vendar toliko trdne, da omogočajo podporo družinskim članom, ko jo le-ti potrebujejo.

V svojem razvoju gre vsaka družina skozi obdobja medsebojnega zblževanja (centripetalnih sil v družini) in »razletavanja« (centrifugalnih dejavnikov), govorimo o trogeneracijskih oscilacijah. V obdobju polne družinske funkcije so centripetalne sile najmočnejše, čim več je adolescentov v družini, bolj centrifugalno je usmerjen njen razvoj. Centripetalno obdobje poudarja notranje družinsko življenje, kot so družinske zunanje meje ostre in tesne, kot smo omenjali zgoraj, osebne meje med družinskimi člani pa so difuzne in obsegajo meje celotne družine. Prehod v centrifugalno obdobje prestavlja osebne meje zunaj družinskih, zunanje družinske meje oslabijo, toliko bolj, kolikor se vezi med posameznimi člani rahljajo.

Vpliv bolezni na posameznika in družino je v različnih obdobjih – centrifugalno/centripetalno – različen: kronična bolezen okrepi centripetalne sile v družini in v določenih življenjskih ciklihi (npr. nastajajoče družine) družino celo zamrzne ali vsaj znatno zavre njen razvoj. Kronična bolezen je v takšnem primeru kot nov otrok v družini, otrok s posebnimi zahtevami. Če gre za progresivno obliko bolezni, je zamrzujoč vpliv toliko večji. Praviloma ima bolezen centripetalen vpliv na družino, ponuja »okno«, skozi katero se družina prebije v svojem razvoju. Redkeje, zlasti če je družina v izrazitem centrifugalnem obdobju, pa družino utegne dokončno razbiti in jo dobesedno pokopati.

Družinski zdravnik mora biti pozoren na to, kdo od družinskih članov mora svoje načrte najbolj spremeniti, kdo najmanj, kdo in v kolikšni meri

je prizadet zaradi spremembe družinske funkcionalnosti centripetalno/centrifugalne naravnosti.

Kako hitro se bo družina dvignila iz krizne situacije, kritične depresije, je odvisno od notranjih faktorjev **screema**. Ti so:

s – socialne interakcije v družini in družine do okolja (prijatelji ...);

c – kulturno-etične značilnosti;

r – religiozna načela posameznikov in družine (svetovni nazor);

e – ekonomska uravnovešenost;

e – edukacijska stopnja družinskih članov, izobrazba, razgledanost;

m – medicinska, zdravstvena razsvetljenost in odnos do zdravstva.

Na te faktorje, zlasti na zadnja dva, lahko močno vpliva družinski zdravnik kot zunanji presojevalec družine v krizi, poleg sorodnikov, prijateljev, delovnega okolja zaposlenih družinskih članov in družbe kot celote. Seveda mora družina na tako sodelovanje pristati.

Zdravnikova vpletenost v družinske probleme je lahko minimalna, na nivoju svetovanja biomedicinske problematike, do maksimalna na osnovi prave družinske terapije, rednih družinskih pogovorov s posledično spremembo družinske dinamike in pravil, z vzdrževanjem fizičnega in duhovnega zdravja družine. Vmesne faze zdravnikove vpletenosti predstavljajo zdravnikovo angažiranje le pri pomembnejših kriznih situacijah, pri problematiki, ki neposredno vpliva na diagnostiko in zdravljenje, zajema pa, do neke mere, čustveno področje družinskega funkcioniranja.

Prvi korak k resnični preventivni usmeritvi družinske medicine je p o g o v o r z vsemi ali vsaj z večino družinskih članov – zajetje družine, ne samo obravnavanje posameznika v družinskem okolju. Zdravnik obišče družino na domu in se na **družinskem pogovoru** z njo, z vsemi ali večino družinskih članov, pogovori, ji skuša ustrezno svetovati.

Vendar: s a m o s v e t o v a t i, nikoli se n e s m e v t i k a t i v družinsko življenje!

Družinski zdravnik se ne sme izključno posvetiti družini kot enoti, dopustiti mora individualno identifikacijo vsakega družinskega člana posebej. Vseskozi vozi med Scilo in Karibdo posameznega družinskega člana in družino kot celoto.

Prva idealna priložnost za sproščen družinski pogovor je dva tedna po rojstvu prvega otroka. Mlada družina je utrujena, rahlo zmedena, ima veliko vprašanj za zdravnika. Pogovor bo dobrodošel, starša bosta doma bolj sproščena, zdravnika sprejmeta zainteresirano, angažirano. Nasveti padejo na plodna tla, zdravnik bo občutil večje zadovoljstvo uspešne intervencije, poklicnega zadovoljstva. Pogovor bo predvsem p r e v e n t i v n o n a r a v n a n, odprl bo tovrsten način komuniciranja s celotno družino, v njenem okolju z vsemi značilnostmi (družine in okolja).

Družinski pogovor je prvo »delovno orodje« v rokah družinskega zdravnika. Če pogovor združimo z drugimi orodji (družinski življenjski ciklusi, **apgar/screem**, genogram – družinsko drevo), imamo na razpolago vse elemente za sestavo družinograma.

7. Preventivno delovanje:

Preventiva bolezni ima veliko aspektov, od prepoznavanja dejavnikov tveganja za določeno bolezen, do zavlačevanja – odlaganja kasnih posledic

kroničnih bolezni in promocije zdravega načina življenja nasploh. Družinska preventiva na primer zajema tudi predvidevanja problematike, ki bi vplivala na čustveno zdravje pacienta in družine (npr.: bližajoča se obletnica smrti ljubljene osebe).

Medikalizacija v našem vsakdanjem življenju je varnostni ventil, ki zmanjša občutek krivde za napake v družini in družbi, s tem da nudi socialno sprejemljivo rešitev. Doslej smo vse preveč zanemarjali koncept vloge tveganja, medtem ko je bil koncept vloge bolnika dobro utemeljen in izkoriščen pri preučevanju bolezenskega obnašanja.

Najpomembnejša razlika med tema dvema konceptoma leži v odgovornosti posameznika. Vloga bolnika vodi do tega, da posameznik za bolezen ni odgovoren in da je potrebno, da postane odvisen od zdravstvene službe. Vloga rizika pa opozarja na prisotnost tveganja, ki je odvisno od lastne odgovornosti posameznika in njegove udeležbe v zdravstveni vzgoji.

Težišče preventivnega boja je treba usmerjati na tiste kronične bolezni, ki so za populacijo najbolj rizične in najpogostejše in na tisti del populacije, ki je najbolj ogrožen. To so dejavniki tveganja in kronični bolniki s kroničnimi boleznimi: s sladkorno boleznijo in/ali s hipertenzijo in/ali s srčnimi boleznimi (približno 20 % populacije). Če preventivno delo na tem področju usmerimo širše, na družine teh kroničnih bolnikov (samo tri skupine kroničnih bolezni), zajamemo prek 57 % vse populacije.

Razlika 37 % zajete populacije predstavlja najracionalnejši pristop preventivno-dispanzerskega dela v družinski praksi.

Poudarek primarne preventivne skrbi za zdravje naše populacije se mora pričeti pred tridesetim letom starosti, zlasti kadar gre za riziko zvišanega krvnega sladkorja, maščob v krvi, zvišanega krvnega tlaka, kajenja in debelosti, s poudarkom: v rizičnih družinah hipertonicov že v četrtem življenjskem ciklusu družine (otroci v predšolskem obdobju).

Bistveni element možnih sprememb načina življenja je motivacija pacienta kot posameznika in družine v celoti. Vendar, vsak človek ima svoj način razmišljanja, svoj krog motivacije in le težko sprejme sebi tujo motivacijo za spremembe. Zato mora zdravnik, po pogovoru, odkriti pacientovo ali družinsko usmerjenost, želje, naravnosti, in na podlagi le-teh in vzajemnega razumevanja skleniti dogovor specifičnega ukrepanja, načrta morebitnih sprememb načina življenja posameznika ali družine. Dogovora se morajo držati vsi prizadeti, dokler niso doseženi želeni cilji (shujšanje, redna telesna aktivnost, prekinitev kajenja itd.)

Tej fazi sledi druga, morda še pomembnejša: v z d r ž e v a n j e d o s e - ž e n e g a u s p e h a, za kar je potrebno nenehno sodelovanje, spodbujanje, podpora in spremljanje sprememb v osnovnem načinu življenja posameznika in družine.

Uspehi spreminjanja načina življenja v osnovnih navadah in razvadah so v veliki meri odvisni od utripa in odnosa širšega okolja do posameznih preventivnih problemov. Ko na primer družba kot celota obsodi kajenje, ga spozna kot škodljiv element promocije zdravja, je doseči individualno spremembo znatno lažje, kot če so javni mediji preplavljeni z vabljivimi reklamami. Podobno velja za alkoholizem, telesno aktivnost, debelost, prehranske navade (sol, maščobe), preventivo poškodb (domačih in v prometu).

Naša najpomembnejša preventivna orodja so motivacija, zdravstvena vzgoja, promocija zdravja, svetovanje. Kako premestiti prepad med znanjem klinične preventive in njeno praktično uveljavitvijo ob upoštevanju velikega vpliva osebnega odnosa do zdravja in občutka lastne odgovornosti do zdravja? Biomedicinski pristop je samo en del odgovora. Drugi del leži v prospektivnem preventivnem pristopu, ki bo poudaril osebno in družinsko odgovornost za lastno zdravje in zdravje družine.

Preventivna medicina skozi družinski življenjski, naravni razvojni cikel je perspektivna oblika primarne zdravstvene skrbi bodoče organizacije osnovnega zdravstvenega varstva.

Različne družine različno »razumejo« na zunaj enak ali podoben preventivni problem ali bolezenski proces. Kar je za eno družino že bolezensko stanje, je za drugo še običajno sprejemljiva motnja. Kajenje za eno družino je navada, za drugo nesprejemljivo moteča zdravstvena škoda. Pripenjanje varnostnega pasu v avtomobilu je pravilo za eno družino, za drugo je to še vedno odvečna nepotrebnost. Primerna dodatna telesna aktivnost je v eni družini vsakodnevni način življenja, v drugi je to »izguba časa«. Za eno družino je prehlad družinskega člana le »slab dan« v njegovem življenju, za drugo je to omejitev, bolezen, zaradi katere mora družinski član v posteljo, družinski ritem se prilagodi bolnemu članu. Način reagiranja je v tem primeru »preventivno zaščitniški« za še zdrave družinske člane, ki utegnejo potrebovati podobno »nego«. Preventivno poseganje družinskega zdravnika bo v drugem primeru potrebno, bo pa tudi delikatno. Zelo postopno bo treba spremeniti celotni model odnosa družine in posameznih družinskih članov do bolezni, do »bolezni« in do zdravja. Skoraj vsaka družina ima svojega »zdravstvenega svetovalca«, družinskega člana, »ki se razume« na zdravstveno problematiko. Pravilno preventivno usmerjanje in usmeritev tega družinskega člana pomeni polovico opravljenega dela v družini.

Vzorci reakcij, prilagoditev in reševanja kriznih situacij se prenašajo iz generacije na generacijo. Zbiranje teh informacij in njihovo združevanje v obliki družinograma pomaga v preventivni naravnosti družinsko usmerjene primarne zdravstvene dejavnosti. Na drugi strani družinske stresne situacije vplivajo na zdravstveno stanje družinskih članov, na telesno in mentalno zdravje posameznika. Najpogostejše stresne situacije so prehodi med družinskimi življenjskimi cikli, v bistvu planirane krizne situacije, ki so zato toliko bolj preventivno obvladljive. Družina je primarno socialno okolje za promocijo zdravja in preventivo bolezni.

Vsaka faza v življenjskem razvoju, od otroštva do starosti, je povezana s specifičnimi razvojnimi značilnostmi. Uspešni zaključek nalog ene faze razvoja premakne človeka v naslednjo. Težave v eni fazi zvečajo tveganje psihosocialnih motenj v tem ali naslednjem življenjskem obdobju. Na družinske življenjske cikle lahko gledamo kot na linearni časovni razvoj, proces. Ustreznejša predstava razvoja je »spiralno gledanje«, linearno v napredovanju, krožno v učinkih. Vsak družinski cikel je zaokrožena celota. Dokler se ne zaključi (tekoče, postopno ali nenadno, stresno), skoraj da ni prehoda v naslednji cikel. Vsaka popolna družina prehaja skozi že omenjenih devet življenjskih ciklov, ki jih lahko v povzetku preventivnih dejavnosti, glede na posebne zahteve starostnih obdobj, združimo v naslednjih pet »preventivnih skupin«:

- I. skupina
 1. ciklus začetne družine dveh mladih poročenih ljudi;
 2. ciklus nosečnosti in pričakovanja.
- II. skupina
 3. ciklus rojstva prvega otroka;
 4. družina s predšolskimi otroki.
- III. skupina
 5. družina s šolarji;
 6. družina s pubertetniki.
- IV. skupina
 7. ciklus, ko prvi otrok zapusti družino, ciklus »praznjenje gnezda«;
 8. ciklus »praznega gnezda«.
- V. skupina
 9. ciklus družine upokoencev, starostnikov in smrti.

I. skupina

1. *ciklus začetne družine dveh mladih poročenih ljudi:*

Preventivno delovanje že v predzakonskem svetovanju sedaj obrodi prve sadove. Prenatalno obdobje je enkratna priložnost za prakticiranje promocije zdravja. V nobenem drugem življenjskem ciklusu pacienti v dobri kondiciji ne obiščejo zdravnika tako pogosto in le zaradi svetovanja. Mladi pari in bodoče matere so v tem obdobju najbolj dovzetni za spremembe načina življenja, za zdravju primernejše življenje. Celotni proces prenatalne skrbi je prvenstveno usmerjen na preventivo: identifikacija dejavnikov tveganja, zgodnje odkrivanje možnih problemov, zdravstvena vzgoja. Prenatalna skrb ustvarja močne povezave zdravnik-pacient, zdravnik-družina. Princip kontinuitete omogoča prenos skrbi v postpartalno obdobje (pre- in perinatalna preventivna skrb).

Cilji:

- zdrava otrok in mati,
- normalni porod,
- čim lažja prilagoditev matere in družine na ta dogodek.

2. *ciklus nosečnosti in pričakovanja:*

Plodovo rast spremljajo psihosocialne spremembe staršev. Raste zavedanje o razvijajočem se bitju, raste zavedanje o odgovornostih, ki so tukaj in o tistih, ki bodo sledile. To zavedanje je v prenatalnem obdobju zlasti izraženo pri materi, oče se dobro zave vseh sprememb šele po rojstvu otroka. Prenatalno svetovanje predstavlja prvotno in v večini primerov zadostno preventivno poseganje v tem življenjskem ciklusu.

»Splošni del« svetovanja in laboratorijskih preiskav za I. preventivno skupino mora zajeti vsaj:

- tveganje genetskih, dednih okvar (materina starost in Downov sindrom, družinska anamneza dednih bolezni, malformacij, anamneza predhodnih nosečnosti itd.);
- spodbujanje telesne aktivnosti že pred nosečnostjo in morebitno potrebno hujšanje pred, ne med nosečnostjo;

- svetovanje zdrave prehrane;
- materine navade, razvade (kajenje, alkohol, zdravila, droge, seksualna promiskuiteta, pa tudi spolno nasilje);
- tveganje infekcij (predvsem rubella – testiranje in cepljenje, HIV infekcija, gonoreja, klamidijska infekcija, hepatitis, tuberkuloza, druge spolno prenosljive bolezni);
- materini zdravstveni problemi (na primer epilepsija in zdravljenje, diabetes in kontroliranje sladkorja med nosečnostjo, redne kontrole krvnega tlaka, krvne preiskave glede anemije, urinske preiskave – bakteriurija);
- dejavniki tveganja okolja, delovnega mesta (fizične zahteve delovnega procesa, mikro okolje, toksini, radioaktivno sevanje, kemikalije itd.);
- nevarnost poškodb v prometu (varnostni pas) in doma;
- psihosocialni dejavniki tveganja (finančni stres, podpora – socialna in domača, poroka ali le skupno življenje, stanovanje).

Vodenje nosečnosti in poroda spada danes v glavnem v domeno ginekologov, čeprav ne vidimo ovir, da ne bi normalne nosečnosti zadovoljivo vodil lečeči, družinski zdravnik. Normalni porod je naravna posledica zdrave nosečnosti. Do danes ni dokazana prednost »visokotehnološkega« vodenja normalnega poroda. Družina, ustrezno pripravljena na »veliki« dogodek, je največja pomoč ob porodu.

II. skupina

3. *ciklus rojstva prvega otroka:*

Najpomembnejša značilnost ciklusa so varovanje, nega, prehranjevanje, zaščita mladega bitja med rojstvom in neposredno po njem; sedaj pridejo uspehi prenatalnega preventivnega delovanja do polnega izraza. Družina doživlja najsrečnejše trenutke, je skrajno centripetalno usmerjena (praviloma, le izjemno doživlja krizno situacijo: ob nezaželenem otroku); ustvarjajo se nove funkcionalne povezave.

4. *družina s predšolskimi otroki:*

Za starše je to čas velikega učenja postavljanja prave mere omejitev za otroke, omejitev, ki istočasno sprožajo in utrujejo otrokovo neodvisnost. To je čas prve otrokove trme, izražanja lastne volje in neodvisnosti. Preventivno delovanje na tem področju naj predvsem poudarja otrokovo potrebo, biti spoštovan, z razumevajočim pristopom do otrokovih neodvisnih odločitev, ki pa morajo biti v »varnostnih« okvirih, ki jih postavljajo starši. Vzgoji glede na določen spol (deklice – punčke, fantki – avtomobili) se je težko izogniti. Družinski zdravnik je svetovalec mladim staršem, izogibati se mora hitrim nasvetom. Največkrat zadošča pomirljiv nasvet o normalnosti problematike, ki se pojavlja v tem obdobju. Zadostuje temeljito poznavanje normalnega otrokovega razvoja z vsemi značilnostmi in posebnostmi. Najbolje si je pomagati z izdelanimi predlogami, mejniki v individualnem razvoju. Staršem je treba svetovati zlasti glede: spalnih navad otroka, joka in njegovega pomena, navad hranjenja, fizičnega kontakta otroka s starši, govora in pogovarjanja z otrokom, vključevanjem starejših bratov in sester itd.

Eden glavnih problemov v tem razvojnem ciklusu je problem poškodb in njihova preventiva.

Problematika pasivnega kajenja, alkoholizma v družini, zapostavljanja, nasilja v družini, ni redka v tem družinskem razvojnem ciklusu.

Preventivna skrb II. preventivne skupine poudarja:

- identifikacijo dejavnikov tveganja;
- imunizacijo, cepljenja (cepilni koledar);
- vzgojo in izobraževanje mladih družin;
- presejalno testiranje s svetovanjem (preventivni pregledi glede na predpise – v prvem, v tretjem letu in pred vstopom v šolo);
- rast in razvoj (telesni in duševni; teža, višina – debelost, zdrava prehrana),
- kardiovaskularno »testiranje«:
- prirojene srčne napake,
- arterijska hipertenzija (prvič v tretjem letu);
- lokomotorni aparat (mišično skeletni status, skolioze);
- sluh;
- vid (ambliopija, strabismus);
- karies (preventiva);
- laboratorijsko testiranje (redko potrebno pri zdravem otroku);
- prirojene motnje v metabolizmu (testiranje delovanja ščitnice, hiperlipidemije);
- deficit železa (hemoglobin), zastrupitve s svincem; o zastrupitvah nasploh;
- infekcije (tuberkuloza, spolno prenosljive bolezni);
- hematurija, proteinurija, bakteriurija, glukozurija.

III. skupina

5. družina s šolarji:

Najmanjši, najmlajši družinski član »zleti« z doma. Del vzgoje prevzemajo zunanji dejavniki – zunanji glede na družino: šola, družba, sošolci, prijatelji. Starši postanejo »usmerjevalci«, otroci pričnejo dokazovanje samostojnosti. Preventivna dejavnost mora biti usmerjena predvsem v preprečevanje in odpravljanje navad kajenja, pitja alkoholnih pijač ter privajanja na ustrezno gibalno kulturo, telesno aktivnost in čim ustrežnejšo prehrano. Tri četrtine otrok pokadi prvo cigareto okoli devetega leta starosti, povprečna starost pitja alkoholnih pijač je trinajst let. Svetovanje zdrave prehrane, uvod v spolno vzgojo, preventiva zobnega kariesa in poškodb ima svoje mesto v tem življenjskem ciklusu.

Posplošeno presejalno testiranje glede na zvišan holesterol v krvi je v tej starosti sporno. V poštev pridejo le otroci družin, kjer imajo ali so imeli starši in stari starši koronarno bolezen pred petdesetim letom starosti (miokardni infarkt, angino pektoris, periferno žilno aterosklerotično bolezen) ali so umrli nenadne smrti, in tisti otroci, katerih starši že imajo zvišan holesterol v krvi in so že vodeni kot rizični pacienti.

6. družina s pubertetniki:

Psihosocialno je šesti družinski cikel obremenjen s poskusi ločitve od družine, razvojem lastne identitete, seksualne identitete; čim bolj želijo biti mladi neodvisni, bolj postajajo odvisni na materialnem področju, ko ostaja

družina edini vir zadovoljevanja potreb; pubertetnik potrebuje jasne meje in standarde, istočasno pa spodbujanje samostojnosti. Preventivno delovanje naj bo usmerjeno v pogovor z mladostnikom, ki naj mu ponudi garancijo zaupnosti, spoštovanja individualnosti (razen v izjemnih situacijah, kot je na primer samomor), o čemer mora biti mladostnik tudi prepričan. Med najpogostejšo mladostniško problematiko bi šteli: akne, poškodbe (motor, avto), depresivna stanja, samomor, abus (alkohola, cigaret, drog), motnje prehranjevanja (anoreksija nervoza, bulimija), nasilje, nasilnost, nosečnost, spolno prenosljive bolezni. Družinski zdravnik postavlja v zadnjih treh ciklih prve temelje medsebojnim odnosom, ki bodo kasneje še kako pomembni za družinski pogovor. To je obdobje začetne »krize srednjih let«, zlasti pri materah, ki so se odločile, da posvetijo svojo kariero družini. Poseben poudarek velja preventivi debelosti in kajenju, jemanju drog, preprečevanju poškodb (zlasti prometnih – najtežje posledice), šolskemu prestopništvu, spolno prenosljivim boleznim, neželenim nosečnostim, samomorilnim tendencam.

Presejalno testiranje III. preventivne skupine velja predvsem teži in višini, kontroli krvnega tlaka, pregledom kože in zaščiti pred ultravijoličnim sevanjem, pregledom testisov, revakcinacijam po cepilnem koledarju, preventivi zobnega kariesa...

IV. skupina

7. *ciklus, ko prvi otrok zapusti družino, »praznjenje gnezda«:*

Ciklus neodvisnosti, »praznjenje gnezda«, borba posameznih družinskih članov za neodvisnost, definiranje osebnih ciljev in vrednot; izbira poklica in bodočega partnerstva pri otrocih. Starša postavljata nove temelje bodočemu obdobju, nove vrednote – na temelju že ustvarjenega (žalostno je in družina zapade v hudo krizo, če se starša nimata na kaj opreti, na čem graditi bodočega skupnega življenja, predvsem v dvoje). Družina gre skozi obdobje prehodne zrelosti (otrok/otroci od 17 do 22 let starosti), novih medsebojnih odnosov, »preverjanja« starih vrednot, raziskovanja sveta odraslih, poklicnih odločitev, življenjskega stila, pa tudi pričetka lastne odgovornosti (za sebe in druge).

8. *ciklus »praznega gnezda«:*

»Matična« jedrna družina se dokončno razbije in ustvari se nove. Oče in mati ostaneta le še mož in žena. Ustvari se nove specialne vezi med družinami. Otroci so v starosti 22–28 let, v obdobju zgodnje zrelosti. Vloga starih staršev postane samopotrjujoča in izpolni vrzel »praznega gnezda« z novimi perspektivami. To so leta, ko se pričenjajo degenerativne bolezni, klimakterij in ko starši postanejo stari starši, ko pretežno ponovno zaživijo v dvoje. To je »krizno obdobje« srednjih let, ki je zlasti izrazito pri ženah, je pa lahko tudi začetno obdobje »zlatih let« – polnega življenja. Preventivno delovanje je v tem obdobju usmerjeno na področje sekundarne preventive, vodenja kroničnih bolezni (ishemična bolezen srca, karcinomi, osteoporoza), spodbujanju zdravega, aktivnega načina življenja.

Preventivno delovanje IV. preventivne skupine ima dva pomembna elementa:

- anamnezo;
- pacientovo pripravljenost spremeniti identificirani dejavnik tveganja.

Zdravnik je le eden od dejavnikov, ki vplivajo na življenjske vedenjske spremembe. Letni fizikalni pregledi, zlasti med mladimi in pacienti srednjih let, so nepotrebni. Pregledi so različni za paciente različne starosti, spola in specifično rizične anamneze. Pomembna je vzgoja, motivacija in učenje pacienta.

Preventivne dejavnosti lahko pri odraslih osebah skrčimo na štiri osnovne skupine:

- imunizacija, cepljenja;
- vzgoja, izobraževanje, predvsem z motivacijo pacienta;
- identifikacija dejavnikov tveganja;
- selektivno presejalno testiranje, za bolezni, ki so že prisotne, pa še ne simptomatske – sekundarna preventiva.

C e p l j e n j a potekajo po posebnih cepilnih programih (cepilni kalendarji), zakonskih regulativah.

P a c i e n t o v a v z g o j a je del vsakega kliničnega kontakta z zdravnikom. Ima širok razpon, od preprostega nasveta pri infektu gornjih dihal do vodenja diabetika skozi čas, od prenatalnega svetovanja do pomoči družini v skrbi za terminalnega bolnika. Pacientova vzgoja pomeni več kot le predstavitev informacije; je interaktivni proces spreminjanja znanja, odnosov in vedenja; zajema iz znanja komunikacije in medosebnih odnosov:

- prehrana (maščobe, holesterol, sladkor, ogljikovi hidrati, vlaknine, železo, kalcij, magnezij), kalorični »povzetek« v celoti;
- telesna aktivnost in »telesna aktivnost«;
- tobak, alkohol itd...;
- spolno prenosljive bolezni, kontracepcija, nezaželena nosečnost;
- poškodbe doma (gospodinjske, hišne, delovne) in v prometu (varnostni pasovi, čelade);
- svetovanje glede zdravega zobovja in obzobnih tkiv;
- svetovanje, pogovor o estrogenski »nadomestni« terapiji (ženski del preživlja klimakterične težave);
- depresivna simptomatika!; suicidalnost – dejavniki tveganja!

I d e n t i f i k a c i j a d e j a v n i k o v t v e g a n j a zajema predvsem temeljito osebno in družinsko anamnezo (navade, razvade; tobak, alkohol, telesna aktivnost, prehranske navade), konjički, pretekla anamneza, seksualne navade – seksualna orientacija, psihiatrična družinska anamneza, družinske nasilnosti, konzumacija alkohola, kronične bolezni v družini, kot so diabetes, arterijska hipertenzija, hiperlipidemije, ishemična bolezen srca, karcinomi – zlasti kolon, pljuča, dojke, testisi, koža itd., možganska kap, poškodbe v družini). Idealno orodje za to stopnjo preventivne aktivnosti je sestava družinograma.

Priporočila p r e s e j a l n e g a t e s t i r a n j a moramo jemati le kot priporočila, nasvet. Za selektivno testiranje se odločamo glede na trenutni družinski ali osebni rizik, tveganje. Nekatera testiranja imajo trdno osnovo (na primer meritve krvnega tlaka vsaki dve leti), druge so skrajno nasprotujoča (na primer presejanje rektalnega karcinoma: od samo letnega določanja

okultne krvi po 50. letu starosti ali letnih rektalnih pregledov po 40. letu, do sigmoidoskopije vsake 3–5 let po 50. letu starosti).

Priporočali bi:

- kontrolo telesne teže in višine;
- kontrole krvnega tlaka na dve leti;
- fizikalni pregled:
 - ustna votlina,
 - ščitnica,
 - dojke,
 - testisi,
 - koža,
 - karotidni šumi;
- laboratorijsko diagnostiko:
 - holesterol (ne na tešče),
 - glukoza na tešče,
 - bris cerviksa,
 - mamografija itd.

V. skupina

9. *ciklus družine upokoјencev, starostnikov in smrti:*

Obdobje postopne odvisnosti in naslanjanja na družino v širšem pomenu besede, na družino (nekdaj) treh generacij. Preventivno delovanje je usmerjeno v spodbujanje aktivnega načina življenja, komuniciranja. Sekundarna preventiva se preveša v terciarno. Stari ljudje izjemno dobro sprejemajo omejitve dnevnih aktivnosti, so prilagodljivi in gledajo na zdravstvene probleme s pozitivne strani možnega izboljšanja; usmerjeni so v srečno življenje, kasneje v zadovoljno življenje.

Preventivno delovanje družinskega zdravnika je izpolnjeno s časom in v času, ki si ga zdravnik vzame za pogovor z ostarelim človekom, v spodbujanju redne telesne aktivnosti, primerne prehrane, socialnih kontaktov, delovne aktivnosti (profesionalne ali amatersko konjičarske). Zdravnikov pristop bo seveda drugačen pri »mladih starejših« od onih v »zreli starosti«, ki že izgubljajo znance in prijatelje in tako ostajajo tudi vse bolj osameli. Mladi starejši so običajno sproščeni mnogih spon, pa tudi finančnih stisk, želijo aktivno izpolniti nekdanje, neizpolnjene želje; naj uživajo svoj dan za dnem, ni jim več treba gledati v prihodnost, so pa zaskrbljeni za svoje zdravje in so zanj tudi pripravljeni kaj storiti, poslušajo zdravnikov nasvet.

Zrela starost 70–75–80 in več je sopotnik smrti enega od življenjskih tovarišev ali znatne fizične ali psihične omejitve. Skupno življenje v družini treh generacij ali vsaj tesno, bližnje bivanje s svojimi, je v tem življenjskem ciklusu najpomembnejše. Problemi spoštovanja življenja in smrti, evtanazije, zdravniške pomoči, smrti, umiranja, so vse bolj v ospredju. Temu primerno mora biti tudi preventivno delovanje – predvsem svetovanje – družinskega zdravnika. Najpomembnejše preventivne dejavnosti so usmerjene na vzdrževanje telesne aktivnosti, kontrolo krvnega tlaka, sladkorja v serumu, zaviranju aterosklerotičnega napredovanja, odkrivanju karcinoma debelega črevesa, depresivnih stanj in stanj anksioznosti. Vid in sluh imata izjemni pomen za komunikacijske sposobnosti starostnika. Fizikalni pregled kože odkrije

zgodnje prekancerozne ali karcinomske spremembe. Pregled dojk, ščitnice in ustne votline ima še vedno svojo težo. Auskultacija karotidnih šumov je sporna, je pa poceni – zastonj, zato vendarle smotrna. Okultna kri, sigmoidoskopija, mamografija, cervikalni bris, elektrokardiogram še vedno niso za selektivno presejalno »smetišče«.

Po 85. letu starosti je preventivno delovanje usmerjeno predvsem v smeri vzdrževanja telesnih, psihičnih, socialnih in emocionalnih funkcij starostnika.

Kardiovaskularni dejavniki tveganja:

Družinski pristop (primer!)

V nadaljevanju bomo skušali le nakazati možnosti poglobljene družinske obravnave skupine dejavnikov tveganja na nivoju primarne in sekundarne preventive.

Kardiovaskularni pa tudi drugi dejavniki tveganja imajo tendenco koncentracije v določenih družinah, vključno s kajenjem, debelostjo, sladkorno boleznijo, hiperholesterolemijo, pomanjkanjem telesne aktivnosti in arterijski hipertenzijo. To dejstvo lahko razlagamo na več načinov. Družinski člani medsebojno vplivajo na zdravstvene in življenjske navade nasploh.

Mladostnik, pri katerem starša ali brat, sestra, kadijo, bo petkrat pogosteje kadilec kot mladostnik nekadilske družine. Prehranske navade, od konzumiranja soli, sladkorja, holesterola, zasičenih maščobnih kislin do kalorij v celoti, so praviloma uniformni model za vse družinske člane. Telesna aktivnost in idealna telesna teža sta ogledalo družine. Otroci si pridobijo gibalne navade v zgodnji mladosti, odvisno od vzora staršev. Če vsemu temu dodamo dedno obremenjenost (holesterol, krvni tlak, sladkor v krvi itd.), imamo kot posledico visoko rizične družine.

Kadilci se raje poročajo med seboj. Debeluhi imajo praviloma rajši debeluške, zavestno ali podzavestno. Tudi tako se dejavniki tveganja v določenih družinah utegnejo kopičiti.

Kakorkoli že, pa ima vpliv drugih družinskih članov izrazit pomen pri odpravljanju dejavnikov tveganja posameznika in družine v celoti. Običajno prične živeti bolj zdravo vsa družina naenkrat, ne le njen posamezni član. Edini kadilec v družini, ki se odloči, da bo s kajenjem prenehal, ima veliko podporo (če ne celo pritisk) celotne družine; kadilec, ki se v družini odloči, da bo prenehal kaditi, pogosto »potegne« za seboj drugega ali druge kadilce v družini. Podobno velja za druge dejavnike tveganja (konzumiranje kalorij, soli, telesna aktivnost itd.). Ženina zainteresiranost za dietno, nizkokalorično in nizkoholesterolno prehrano ima odločujoč vpliv na prehranske navade celotne družine. Tak odnos na žalost še vedno spodbudi šele (prvi) miokardni infarkt (praviloma) moža in očeta. Ob odkritju družinske koncentracije dejavnikov tveganja moramo od vsega začetka preventivne dejavnosti zajeti celotno družino: prenehanje kajenja, znižanje ravni holesterola, zdravljenje arterijske hipertenzije, vzdrževanje telesno aktivnega življenja, kontroliranje telesne teže, krvnega sladkorja, konzumacije alkohola.

Primarna preventiva koronarne bolezni (IBS – ishemične bolezni srca) zajema:

- periodično merjenje krvnega tlaka;
- periodično določanje nivoja serumskega holesterola;

- redno kontrolo vedenjskih navad in razvad ter njihovo odpravljanje;
- tobak, kajenje cigaret,
- maščobe in holesterol v prehrani,
- redno telesno aktivnost.

Sekundarna preventiva v obliki rutinskega snemanja EKG pri asimptomatskih osebah ni umestna, razen pri nekaterih visoko rizičnih skupinah (moški v starosti nad 40 let z dvema ali več dejavniki tveganja: hiperholesterolemija, arterijska hipertenzija, kajenje cigaret, sladkorna bolezen, družinska anamneza zgodnjega nastopa ishemične bolezni srca; osebe, ki v primeru nenadne smrti ogrožajo širšo javnost: piloti, poklicni šoferji avtobusov in podobno; moški nad 40 let, ki bi začeli z intenzivno telesno aktivnostjo). Časovno obdobje snemanja EKG je nezanesljivo in ga prepustimo osebnim zdravnikovi odločitvi od pacienta do pacienta. Bolj občutljivo je obremenilno testiranje na kolesu ali tekočem traku, ki pa v rutinski obliki za zdrave otroke, mladostnike in mlade ljudi tudi ni priporočljivo.

Glavni spremenljivi dejavniki tveganja so: kajenje cigaret, arterijska hipertenzija, zvišan holesterol v krvi in debelost. Starost, spol in družinska anamneza so dejavniki tveganja, na katere ne moremo vplivati.

Priporočene preventivne dejavnosti:

- kontrole holesterola vsakih pet let, z začetkom med 20. in 30. letom starosti; pri pozitivni družinski anamnezi prvič vsaj med 10. in 15. letom; koristni so podatki o LDL in HDL holesterolu;
- meritve krvnega tlaka ob vsakem obisku pri zdravniku; prvič v tretjem letu starosti;
- obnavljanje družinske anamneze vsakih pet let;
- status kajenja vsakih pet let pri nekadilcih, letno pri kadilcih, ki so prenehali kaditi in na vsakem obisku pri zdravniku za vztrajne kadilce;
- spoznanje kajenja kot zdravstvenega problema,
- trden zdravnikov odnos do prenehanja kajenja,
- spodbujanje pacienta,
- določitev datuma prekinitve,
- metode (žvečilni gumi, svetovanje, hipnoza, akupunktura, nadomestki),
- dolgoročno spremljanje, vzdrževanje, spodbujanje;
- kontrole krvnega sladkorja vsakih pet let;
- anamneza telesne aktivnosti vsakih pet let (30 minut 3x/teden);
- debelost (+ 20–30 %) vsako leto;
- stresne situacije (družina, poklic) letno.

Vpliv družine:

Sprememba življenjskega sloga brez sodelovanja družine je le težko izvedljiva. Prekinitev kajenja ob kadilcih v družini je obsojeno na neuspeh, praviloma. Sprememba prehranskih navad brez sodelovanja vseh družinskih članov, zlasti matere (ki je običajno »šef kuhinje«), ni mogoča. Družinski pogovor na samem začetku uvajanja sprememb je nujna intervencija, ki jo družinski zdravnik mora izpeljati.

8. Vzgoja in izobraževanje:

Na dolgi rok odloča družba o razvoju posameznih dejavnosti. Tako je tudi z družinsko medicino. Družbeni razvoj (politični, ekonomski, socialni, ekološki, humanistični) ji določa dinamiko in obseg akademskega razvoja, ki vodi do uravnoteženega izobraževanja bodočih zdravnikov.

Študent medicine in zdravnik na podiplomskem izobraževanju morata spoznati družinsko medicino kot akademsko disciplino, ki je primerljiva in enako pomembna kot katerakoli druga specialnost medicinske znanosti oziroma stroke. To jima bomo omogočili s praktičnim delom v ambulantah družinske prakse ob hkratnem izobraževanju – seminarskem delu, s sodelovanjem v raziskovalnih programih in s podiplomskim izobraževanjem, ki sledi lastnim praktičnim izkušnjam, pridobljenimi z delom na terenu.

Disciplina družinske medicine bo preživela le, če se njeno učenje pokaže za učinkovito in njene raziskave za koristne in produktivne.

Družinska medicina vstopa v akademsko okolje in je temu primerno neizkušena. Išče povezav, uči se primernih reakcij, skuša vplivati na izobraževalne tokove. Njeno dokončno oblikovanje, pravi obraz, profil, je pričakovati v razvojnem ciklusu, ki ne bo krajši od pet do deset let.

9. Raziskovanje:

Prva nuja nove discipline so učenje, učne kapacitete. Po nekaj letih je to premalo, manjkajo lastni raziskovalni podatki. Disciplina (družinska medicina) bo prestopila v drugo fazo razvoja. Prva faza, trajala bo okoli pet let, je (bo) romantična faza »medenih mesecev«, ko se tudi učiteljski potencial počasi utrdi, vpelje in je sprejet v fakultetnem okolju.

V začetku družinska medicina nima svoje definicije, nima prave podpore. zato gre najprej za zbiranje podatkov, metodologijo, opisovanje, kar pravzaprav ni pravo raziskovanje. To je dopisna faza razvoja nove akademske discipline. Vse so šle po isti poti. V tej fazi razvoja je tudi družinska medicina podrejena drugim kliničnim disciplinam, ker je center njenega delovanja zunaj bolnišnic, etiketiranih ustanov s kliničnim, fakultetnim, akademskim prizvokom. Potrebni so drugačni pristopi, drugačni tipi informacij. Posameznika gledamo kot osebnost, kot člana družine, kot člana družbe; doma, na delu, v prostem času. Potrebno je znanje o posamezniku, družini in populaciji.

Vsaka družinska praksa ne more biti raziskovalna enota. Lahko pa podatke zbira in jih daje na razpolago ustreznim enotam (seveda zaščitene, razosebljene s kavtelami zaščite). Družinske prakse »z licenco« bodo morale odgovoriti pozitivno na veliko večino doslej postavljenih vprašanj o ocenjevanju kvalitete dela glede na osnovne principe družinske medicine.

Pa še na multidisciplinarno potrebo splošnomedicinskih raziskav ne smemo pozabiti. Tako družinska kot splošna medicina mora pritegniti strokovnjake drugih področij, predvsem družboslovnega, sociološkega in socialnega področja.

10. Delo s ČLOVEKOM:

Zadnji princip dela družinske medicine, prvenstveno delo s **človekom**, bi pravzaprav moral biti na prvem mestu. Naj zato z »zadnjim« principom

zaokrožimo naše potovanje na začetek izvirne problematike vsakega, ne samo družinskega, zdravnika: osnovna moralno-etična in deontološka vprašanja zdravniškega poklica.

V modernem času informacijske tehnologije so občutljiva vprašanja zdravnikove odgovornosti, molčečnosti, spoštovanja življenja in smrti, spoštovanja bolnikove osebnosti, zaupnosti in zaupljivosti podatkov tako pomembna, da jih moramo poudarjati na vsakem mestu, ob vsakem času, ker bomo le tako ohranili naš osnovni stik s človekom.

Zaključek

Preventivno skrb za zaupano populacijo smo opredelili kot integralni element družinskega zdravstvenega varstva.

Zato bi bila naša prva naloga izdelati preventivne smernice (preventivne algoritme) glede na omenjene preventivne skupine znotraj devetih življenjskih ciklusov in to na akademskem nivoju in najkasneje v naslednjih treh letih. Razvoj primarne zdravstvene dejavnosti (predvsem zasebna praksa) v naslednjih letih jasno postavlja zahtevo po večji standardizaciji na področju praktične (družinske) preventivne medicine.

Zusammenfassung

ELEMENTE DER FAMILIENMEDIZIN MIT BETONUNG AUF VORBEUGUNG

Im Kampf der Gesellschaft um eine ausgeglichene Entwicklung der Gesundheitstätigkeit, vor allem der primären Gesundheitsfürsorge, im Kampf um eine ausgeglichene Entwicklung betreffs Kosten und Mittel, hat es den Anschein, daß Familienmedizin der Schlüssel zum Gesundheitssystem in der Zukunft sei.

Wir alle nehmen die Internmedizin als ein »Integralzweig« der Medizin als Verantwortung tragende für Innenkrankheiten an. Familienmedizin ist »integral« im Hinblick auf das Grundelement der Gesellschaft – Familie. Das ist die erste Einmaligkeit ihres Wirkens.

Familienmedizin identifiziert man mit wenigstens zehn Elementen:

1. Funktion des ersten Kontaktes (Primärkontakt)
2. Kontinuität der Patientenfürsorge
3. Gesamtbeitritt, Integrationsrolle der Gesamtmedizin
4. Koordination
5. Behandeln des Einzelnen und der Familie innerhalb der Umgebung und der Gesellschaft
6. Familie als ein einmaliger Wirkungsbereich
7. Vorbeugungstätigkeit
8. Erziehung und Bildung
9. Forschungsarbeit
10. Primäraufgabe: Arbeit mit dem Menschen

Am wichtigsten ist die Familie, die die erste soziale Institution und eine vollständige Umgebung ist, die mit physiologischen, psychologischen, emotionalen, ökonomischen und kulturellen Kräften einen Einfluß auf die Gesundheit des Einzelnen hat. Neben den primären Beziehungen übt Familie noch eine Wirtschaftsmission aus und bedeutet gleichzeitig auch eine Fürsorgeanstalt und Gesundheitsambulanz. Sie ist der Träger einiger Rechtsfunktionen in Beziehung zur weiteren Gemeinschaft.

Jede Familie unterliegt in ihrer dynamischen Entwicklung neun Lebenszyklen. Jede Stufe der Familienentwicklung ist einmalig, mit ihren Interesseneinflüssen, mit außengesellschaftlichen Einflüssen und mit spezifischen Reaktionen der Familie auf Außeneinflüsse. Der Übergang von einem Entwicklungszyklus auf den anderen bedeutet für Familie ein Streß.

Präventive Fürsorge für anvertraute Population ist ein Integralelement des Familiengesundheitsschutzes. Der erste Schritt zu einer wahren präventiven Orientierung der Familienmedizin ist ein Gespräch mit allen oder wenigstens mit einer Mehrzahl vor Familienmitgliedern – eine Einschließung der Familie, nicht nur die Behandlung eines Einzelnen im Familienkreis. Der Arzt kommt ins Haus und unterhält sich mit allen Familienmitgliedern, er versucht ihnen entsprechend zu raten.

Aber er soll nur raten, nie soll er sich ins Familienleben einmischen. Präventivmedizin durch einen Familien-, Natur-, Entwicklungszyklus ist eine perspektive Form der primären Gesundheitsfürsorge für eine zukünftige Organisation des Grundgesundheitsschutzes.

Das letzte Element der Familienmedizin, primäre Arbeit mit dem Menschen, müßte eigentlich auf der ersten Stelle stehen. In der modernen Zeit der Informationstechnologie sind empfindliche Fragen der ärztlichen Verantwortung, Verschwiegenheit, Lebens- und Todesachtung, der Achtung der Patientenpersönlichkeit, der Vertraulichkeit und Datenzutraulichkeit so wichtig, daß sie immer wieder betont werden müssen, um jede Zeit, weil nur so der Grundkontakt mit dem Menschen erhalten werden kann. Darum ist das Letzte immer auf der ersten Stelle: der Mensch.