

---

# CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA Z GASTROSTOMO IN JEJUNOSTOMO in posebnosti prehranjevanja

RIMSKE TERME

17. 04. 2009 do 18. 04. 2009

*Zbornik predavanj*

Organizator:



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE - ZVEZA  
STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH  
TEHNIKOV SLOVENIJE



SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V ENTEROSTOMALNI TERAPIJI

---

*Uredniki:*

mag. Tamara Štemberger Kolnik, dipl.m.s., ET  
Suzana Majcen Dvoršak, viš.med.ses.  
Boris Miha Kaučič, univ.dipl.org., pred.  
Darinka Klemenc, dipl.m.s. ET

*Organizacijski odbor:*

Boža Hribar, Tamara Štemberger Kolnik, Renata Batas, Jožica Hudoklin

*Strokovni odbor:* Suzana Majcen Dvoršak, Dragica Tomc Šalamun, Vanja Vilar

*Založila in izdala:*

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji

*Lektor:* Teo Šinkovec

*Grafično oblikovanje in priprava za tisk:* Manca Švara

*Tiskarna:* Tiskarna in papirnica TORI

*Naklada:* 150 izvodov

---

Avtorji prispevkov v celoti prevzemajo odgovornost za vse morebitne kršitve avtorskih pravic.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.33-089.86(082)  
616.343-089.86(082)

CELOSTNA obravnava pacienta z gastrostomo in jejunostomo in posebnosti prehranjevanja : zbornik predavanj, Rimske terme, 17. 4. 2009 do 18. 4. 2009 / organizator Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji ; [uredniki Tamara Štemberger Kolnik ... et al.]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 2009

ISBN 978-961-91336-6-8

1. Štemberger Kolnik, Tamara 2. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji

244964352

---

# Kazalo

Zborniku na pot

5

## ZAKAJ JE POTREBNA GASTROSTOMA ALI JEJUNOSTOMA?

**Maruša Kos Grašič** 8

*Indikacije in izpeljava gastrostome s tehnikami operacij*

**Polona Gorjup** 15

*Zdravstvena nega pacienta z gastrostomo*

**Helena Uršič** 21

*Zdravstvena nega pacienta z jejunostomo*

**Erika Šmid, Klavdija Medja, Angelca Kunst** 32

*Celostna obravnava otroka z gastrostomo*

## GASTROSTOMA IN JEJUNOSTOMA Z RAZLIČNIH VIDIKOV

**Polona Gorjup** 41

*Zdravstveno vzgojno delo s pacienti z gastrostomo in jejunostom – kaj jim povemo pred odpustom iz bolnišnice*

**Jožica Hudoklin** 49

*Zapleti s katerimi se srečujemo pri zdravstveni negi pacienta z gastrostomo v bolnišnici*

**Renata Batas** 54

*Pacient z gastrostomo in jejunostomo v domačem okolju*

---

**Darja Dokič, Aljana Semenič** 66  
*Oskrba pacienta z gastrostomo na oddelku za invalidno mladino Stara Gora*

**Mojca Trček** 73  
*Gastrostoma v patronažnem varstvu - študija primera*

## POSEBNOSTI PREHRANJEVANJA

**Boža Hribar** 80  
*Protibolečinska terapija pri pacientih z gastrostomo in jejunostomo*

**Darinka Panjan** 89  
*Posebnosti prehrane onkološkega pacienta*

**Laura Petrica** 98  
*Parenteralna prehrana na domu*

**Nada Rotovnik Kozjek** 103  
*Prehranski nadomestki in dopolnila v prehrani pacienta*

## PSIHOLOŠKI PRISTOP K PACIENTU Z GASTROSTOMO IN JEJUNOSTOMO

**Marja Strojín** 111  
*Psihološki vidiki obravnave kroničnega pacienta s spremenjeno telesno podobo*

**Nika Škrabl** 115  
*Realitetna terapija - osnova za zdravstveno vzgojno delo pri kroničnem pacientu*

## Zborniku na pot

*mag. Tamara Štemberger Kolnik, dipl.m.s., ET  
Zdravstveni dom Koper, Visoka šola za zdravstvo Izola*

Vsako leto večja pojavnost bolezni srca in ožilja, sladkorne bolezni tipa dva, prekomerno težkih in debelih ljudi. Prehrana na vsakem koraku, v časopisu, po televiziji, na plakatih,... Sodobna družba, usmerjena v človeško telo. Telo kot pomembno entiteto družbe, telo, ki postaja vedno bolj pomembno in popularno. Mediji so nasičeni s podobami telesa ter diskurzi o tem, kako ohraniti telo mlado, spolno poželjivo in lepo. Ključ, ki »čarobno« rešuje oba navedena pojma, torej zdravje in ohranjanje mladega, privlačnega telesa, je zdravo prehranjevanje in zadostna telesna aktivnost posameznika. Prehrana naj zajema pet obrokov na dan, odmerjeno količino posameznih hranilnih snovi, ki so nujno potrebne za delovanje človeškega telesa, vnos tekočin v okviru potreb organizma, omejen vnos alkohola in še in še. Hrana kot simbol, nagrada, reševanje stresnih situacij, praznovanje, obeleževanje dogodkov. Vse to pomeni hrana ljudem.

V zborniku, ki je pred nami, avtorji predstavljajo zdravstveno obravnavo posebne skupine pacientov, ki jim je bilo odvzeto okušanje hrane in potešitev želje, ki se pojavi, ko oči vidijo privlačno hrano. Pacient hrano pozna samo še kot vir preživetja. Prehranska terapija, če jo lahko tako imenujemo, nasprotno od problemov današnje družbe (navedenih v prvem odstavku), rešuje paciente s kroničnimi obolenji podhranjenosti, ki je pri takem načinu prehranjevanja zelo pogosta.

Enteralno hranjenje ni problem ozko odbrane skupine pacientov. Potreba po vstavitvi gastrostome ali jejunostome se pokaže v vseh starostnih skupinah pacientov. Pri kroničnih pacientih se tak način hranjenja uporablja za zmanjšanje možnost aspiracije živil v dihalno pot in zmanjšuje ogroženost pacientov zaradi pomanjkanja beljakovin oziroma splošne podhranjenosti, ker se pacienti ne morejo prehranjevati preko ust. Pozitivno pa enteralno hranjenje vpliva tudi na fiziološko delovanje celotnega prebavnega sistema.

Pacienta z enteralno prehrano obravnavamo v bolnišničnem, prav tako pa tudi v domačem okolju. V domačem okolju se posameznik sam sooča s seboj in s svojo okolico. Ni dovolj samo preživetje, pomembna postane kakovost življenja. Posebna obravnava pacienta s strani medicinske sestre pripomore k lažjemu prilagajanju novim življenjskim navadam. Medicinske sestre naučimo pacienta novih, drugačnih načinov reševanja težav.

V publikaciji, ki je pred nami, je skozi prispevke razbrati strokovna navodila, postopke in informacije za obravnavo posameznikov s t.i. posebnimi potrebami. Največji poudarek namenjamo tistim, ki našo skrb in profesionalno obravnavo najbolj potrebujejo in pričakujejo, torej pacientom. Ob tem pa ne gre pozabiti na tiste, ki skrb nudijo, torej na svojce in druge bližnje, s katerimi se srečujemo pri pacientih s kroničnimi obolenji, zlasti v domačih okoljih. In nenazadnje: naj bo naša skrb namenjena tudi nam samim.

## **Zakaj je potrebna gastrostoma ali jejunostoma?**

## **Indikacije in izpeljava gastrostome s tehnikami operacij**

*Maruša Kos Grašič, dr.med.*

*Oddelek za kirurgijo*

*Splošna bolnišnica Trbovlje*

### **Izvleček**

V prispevku so predstavljene indikacije in tehnike operacij gastrostome, ki omogočajo enteralno prehrano pacientov. Nova spoznanja o številnih ugodnih učinkih enteralne prehrane, izboljšane tehnike naprave gastrostome, boljši materiali katetrov in sond, številne prilagojene hranilne formule ter dobro usposobljen kader, ki izvaja pravilno nego – vse to so razlogi, da se enterostome vse pogosteje uporabljajo in tako pomembno izboljšajo učinkovitost zdravljenja in kakovost življenja pacientov.

### **Ključne besede:**

gastrostoma, PEG, enteralno hranjenje.



## Uvod

Prehranska terapija pacienta je pomemben del zdravljenja, saj je podhranjenost pri pacientih pogosta in velikokrat neprepoznana. Podhranjeni pacienti imajo dokazano več zapletov pri zdravljenju, večjo umrljivost in daljšo hospitalizacijo. Vnos hranilnih snovi v telo lahko poteka bodisi preko prebavnega trakta (enteralno hranjenje), bodisi preko vnosa hranilnih snovi v žilo (parenteralno hranjenje). Enteralno hranjenje ima pred parenteralnim številne prednosti. Je cenejše, ne poškoduje žilne stene, manj je septičnih zapletov, ohranja zdravo črevesno sluznico in tako omogoča organizmu obrambo pred številnimi patogenimi bakterijami v črevesnem lumnu. Kadar pa je funkcija prebavnega trakta pacienta tako prizadeta, da ne prenese zadostne količine hrane, se odločimo za mešano parenteralno in enteralno hranjenje. Poznamo več vrst enterostom – nazogastrično sondo, gastrostomo in jejunostomo. (Srpčič, 2006; Štupnik, 2006-2007).

Sprva so bile gastrostome le domena kirurgov, v letu 1980 pa se je pojavila tudi perkutana endoskopska gastrostoma (PEG), kot alternativa klasični kirurški tehniki gastrostome. Sodobna medicina pa je omogočila tudi razvoj laparoskopskih tehnik naprave gastrostome. (Dajčman, Pernat, Skalicky, 2005)

## Indikacije in kontraindikacije

Osnovni razlog za izpeljavo gastrostome je vedno nezadostna količina zaužite hrane. Bistven pogoj je delujoč prebavni trakt od želodca dalje. Nekatere paciente z napravo gastrostome in enteralnim hranjenjem le pripravimo na kirurški poseg, ki bo odpravil vzrok motnje hranjenja, druge hranimo le krajši čas, nekateri pa bodo za vedno odvisni od takšne vrste hranjenja.

Najpogostejše indikacije za enteralno hranjenje so:

- *Bolezni grla in požiralnika*: tumorji, poškodbe, vnetja, stenoze.
- *Nevrološki vzroki*: pacient po možganski kapi, z malignimi boleznimi glave, po poškodbah glave, po možganskih operacijah, pacient z multiplo sklerozo, parkinsonovo boleznijo, hudo demenco.
- *Kritično bolni*: nezavest, politravma, opekline.
- *Gastrointestinalne bolezni*: pankreatitis, vnetje črevesja, sindrom kratkega črevesja, malabsorpcija.
- *Otroci*: prirojene anomalije zgornjih prebavil (atrezija požiralnika), hud gastroezofagealni refluks, Crohnova bolezen, otroci, ki težko požirajo zaradi nevroloških motenj, malabsorpcija, sindrom kratkega črevesa, maligne bolezni.

Kontraindikacije za operativno vstavev gastrostome:

- predhodne operacije v trebuhu, po katerih so nastale zarastline, ki onemogočajo premikanje želodca proti sprednji trebušni steni;

- peritonitis;
- koagulacijske motnje.

Kontraindikacije za perkutano endoskopsko gastrostomo (PEG):

- kadar gastroskopija ni mogoča;
- koagulacijske motnje;
- peritonitis;
- karcinoma peritoneja;
- huda oblika debelosti oz. kadar ni mogoče presvetliti mesta na trebušni steni;
- ascites, obsežne gastrične varice, portalna hipertenzivna gastropatija;
- stanje po delni resekciji želodca;
- morebitne brazgotine, infekti ali tumorji trebušne stene na mestu PEG (Štupnik 2006 in Gvardijančič 2007).

## Tehnike izpeljave gastrostome

Gastrostoma je dokaj preprost kirurški poseg, pri katerem del želodca pričvrstimo na trebušno steno, vanj napravimo odprtino ter vanjo skozi trebušno steno pod levim rebrom ustavimo gastrostomsko cevko. Poznamo več načinov oblikovanja gastrostome.

### 1. Klasičen kirurški pristop, ki zahteva laparotomijo.

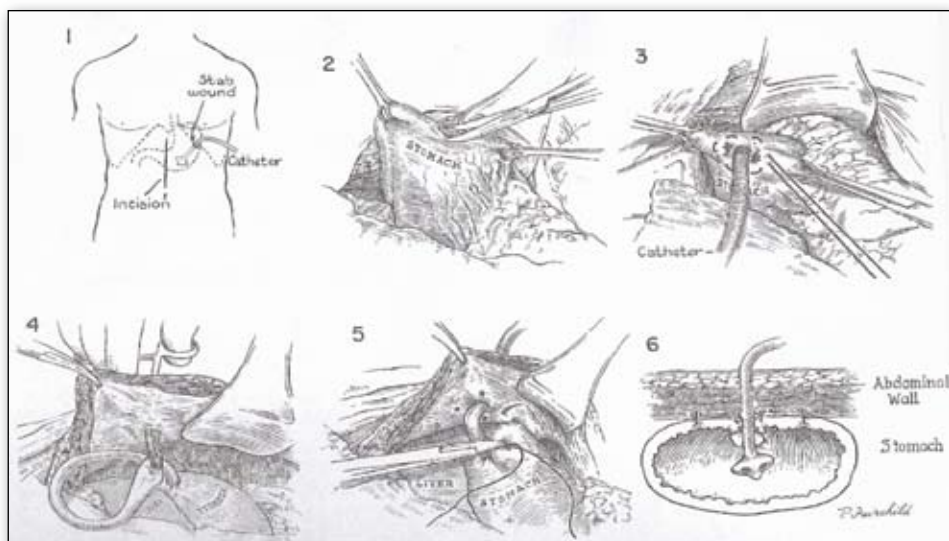
V splošni anesteziji napravimo zgornjo mediano laparotomijo. Incidiramo sprednjo steno želodca, nastavimo cirkularni šiv, kateter uvedemo v želodec, okoli njega našijemo serozo želodca, želodec nato prišijemo na trebušno steno.

*Slika 1:* Normalna anatomija želodca in položaj gastrostome v želodcu in trebušni steni.



Vir: Medline Plus. Gastrostomy tube placement – series illustrations (dostopno na internetu <http://www.nlm.nih.gov/MEDLINEPLUS>).

*Slika 2:* Kirurška tehnika izdelave klasične gastrostome: 1 – anatomija, 2 – incidiranje sprednje stene želodca, 3 – napeljava cirkularnega šiva in vstavitvev gastrostomske cevke v želodec, 4 – gastrostomsko cevko potegnemo skozi trebušno steno, 5 – šivanje želodca na trebušno steno, 6 – končni položaj gastrostome



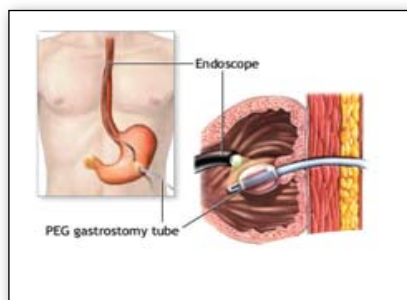
Vir: Zollinger RM. Zollinger's atlas of surgical operations.

## 2. Perkutana endoskopska gastrostoma (PEG).

Ločimo tri osnovne tehnike vstavljanja PEG – potezno (pull technique), potisno (push) in vbodno (introducer). Pri vseh treh kateter uvedemo s pomočjo endoskopa brez laparotomije.

Najpogosteje se pri nas uporablja potisna tehnika. Pri tej metodi z endoskopom presvetlimo prednjo steno želodca. Na tem mestu nato v lokalni anesteziji incidiramo kožo, uvedemo vodilo, skozi potisnemo nit v želodec, nato z gastrooskopom izvlečemo nit skozi usta, nanjo navežemo stomski kateter, ga z nitjo povlečemo v željeni položaj in ga tam fiksiramo. (Dajčman, Pernat, Skalicky, 2005; Gvardijančič, 2006-2007)

*Slika 3:* PEG.



Vir: Medline Plus. Gastrostomy tube placement – series illustrations (dostopno na internetu <http://www.nlm.nih.gov/MEDLINEPLUS>).

### 3. Laparoskopna tehnika izpeljave gastrostome

Napravimo incizijo v predelu popka, insufiliramo plin v trebušno votlino, uvedemo trokarje in optiko, incidiramo sprednjo steno želodca in vanj vstavimo gastrostomsko cevko, ki jo fiksiramo, fiksiramo želodec na trebušno steno.

Gastrostomske cevke so običajno izdelane iz PVC materialov, debele so od 4 – 8 mm. Na konci imajo balonček, ki ga moramo napolniti z 10 – 20 ml vode, da kateter ostane v želodcu. Na cevki je pred balončkom nameščen tudi silikonski disk, s katerim cevko pritrdimo na kožo in poskrbi za primerno tesnjenje balončka ob želodčno steno. Pravilen položaj stome preverimo tako, da jo pravokotno na kožo narahlo izvlečemo. Pri tem se mora silikonski disk za nekaj mm odmakniti od kože. Če se ne, potem obstaja nevarnost, da pride do nekroze trebušne stene. V primeru, da je disk preveč odmaknjen od kože pa lahko pride do iztekanja želodčne tekočine in hrane. Gastrostomsko cevko moramo po vsakem hranjenju oz. nekajkrat dnevno prebrizgati, da se ne zamaši. Cevko pa je potrebno vsaj vsakih nekaj mesecev zamenjati. (Štupnik, 2006-2007)

Slika 4: Gastrostomska cevka.



Vir: Dostopno na internetu <http://img.nextag.com/image/Ross-Technology-Gastrostomy-Tube>.

S hranjenjem po gastrostomi pričnemo v naslednjih dneh, glede na funkcijo črevesja – peristaltiko. Sprva pričnemo hraniti s tekočino, kasneje postopno preidemo na gostejšo hrano. Poznamo več načinov hranjenja po gastrostomi – hranjenje v bolusu (s pomočjo brizge), hranjenje v bolusu po principu gravitacije, intermitentno ali pa kontinuirano hranjenje s pomočjo električne črpalke. Če zdravstveno stanje to dopušča, pacienta čimprej naučimo samostojnega hranjenja in ga nato odпустimo v domačo oskrbo. (Štupnik, 2006-2007)

### Zapleti

Do zapletov lahko pride že med samim posegom ali kmalu po njemu. Zapleti in posledično odpoved enteralnega hranjenja pa se lahko pojavijo tudi več mesecev ali let po vstavitvi gastrostome.

Najpogostejši zapleti so:

- krvavitve;
- infekti na mestu gastrostome, peritonitis;

- želodčni ulkusi oziroma nekroze želodčne stene, zaradi pritiska balončka;
- perforacije črevesa, poškodbe jeter in drugih sosednjih organov;
- fistule v sosednje organe;
- ileus;
- vraščanje tkiva v gastrostomo, ugrezanje lijaka hranilne sonde;
- iztekanje želodčne vsebine ob gastrostomi; spontani ali naključni izpad gastrostome; napenjanje in driske (McClaven, Chang, Complications of enteral access, 2003; Dajčman, Pernat, Skalicky, 2005)

Krvavitev je največkrat posledica poškodbe tkiva med samim posegom. Kadar se pojavi kasneje, je večinoma vzrok erozija sluznice ali pa nastanek ulkusa zaradi mehanskega draženja hranilne sonde.

Okužbe vstopnega mesta stome so dokaj pogost zaplet, med dejavnike tveganja spadajo sama tehnika vstavljanja gastrostome, sladkorna bolezen, debelost, nizka teža pacienta, dolgotrajno zdravljenje s kortikosteroidi, neizkušenos operaterja oz. endoskopista, neustrezna ali pomanjkljiva antibiotična zaščita, neustrezna nega po vstavitvi. Običajno se okužbe dobro odzivajo na ustrezno antibiotično zdravljenje. Pomembna pa je tudi pravilna nega in dobro tesnenje sonde. Peritonitis kot zaplet takšne okužbe je redek pojav.

Iztekanje želodčne vsebine se največkrat pojavi zaradi čezmernega stika stome s korozivnimi sredstvi, med katere spadajo izločanje želodčne kisline (kadar ni zaščitnega zdravljenja z zaviralci protonske črpalke), dolgotrajno parenteralno nadomeščanje askorbinske kisline in prepogosto izpiranje vstopnega mesta stome z močnimi razkužili (vodikov peroksid). Lahko pride do iztekanja tudi pri kroničnih vnetjih stome in pri nekrozah zaradi mehanskega pritiska sonde. V takšnih primerih je potrebna začasna vstavitev nazogastrične sonde, po umiritvi stanja se hranilna sonda zamenja ali pa se na novo napravi gastrostoma.

Driske so običajno posledica premrzle hrane, redkeje so vzrok bakterijski infekti prebavil.

V primeru, da gastrostomska cevka izpade (lahko je vzrok razrahljan šiv ali popusti balonček v lumnu želodca), moramo nemudoma vstaviti novo cevko, sicer se bo enterostomski kanal zaprl.

## Sklep

Pacienti, ki zaradi različnih razlogov ne morejo zaužiti dovolj hrane, potrebujejo dodaten vnos tekočin in hranilnih snovi preko enterostom, ena izmed njih je tudi gastrostoma. S pravilno tehniko naprave gastrostome lahko dosežemo dober funkcionalni rezultat in zmanjšamo možnost zapletov. Če ni posebnih kontraindikacij, napravimo perkutano endoskopsko gastrostomo, sicer se poslužimo bodisi klasične ali laparoskopske kirurške tehnike. Gastrostoma lahko predstavlja veliko psihično obremenitev za pacienta, toliko bolj, kadar to predstavlja definitivno stanje pri neozdravljivi bolezni. Pri obravnavi, negi, in izobraževanju tako pacientov samih kot tudi njihovih

svojcev je pomembna vloga enterostomalnega terapevta ter dobro medsebojno sodelovanje vsega zdravstvenega osebja.

## Literatura

- Dajčman D, Pernat C, Skalicky M. *Zapleti enteralnega hranjenja preko perkutane endoskopske gastrostome (PEG) – petletne klinične izkušnje*. Zdrav Vestn 2005; 74: 97–101.
- Gvardijančič D. *Črevesne stome pri otroku*. Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije. Ljubljana: Področje za zdravstveno nego, Klinični center, 2006-2007: 127-30.
- McClaven SA, Chang WK. *Complications of enteral access*. Gastrointest Endosc 2003; 58: 739-51.
- Srpčič M. Enterostome. *Zbornik predavanj XLI. Podiplomskega tečaja kirurgije*, 10 - 11.februar 2006. Ljubljana: Kirurška klinika, Klinični center, 2006: 26-29.
- Štupnik T. *Gastrostoma in jejunostoma*. Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije. Ljubljana: Področje za zdravstveno nego, Klinični center, 2006-2007: 158-63.
- Zollinger RM Jr, Zollinger RM Sr. *Zollinger's atlas of surgical operations*, Eighth Edition. New York: The McGraw-Hill Companies; 2003.

# Zdravstvena nega pacienta z gastrostomo

*Polona Gorjup, dipl.m.s.*

*Klinični oddelek za torakalno kirurgijo*

*Univerzitetni klinični center Ljubljana*

## Izvleček

Pri pacientih, ki imajo uvedeno gastrostomo z operativno ali endoskopsko tehniko, ima medicinska sestra veliko in pomembno vlogo že takoj po opravljenem posegu. Pacienta opazuje, mu svetuje, pomaga, ga spodbuja, prisluhne njegovim željam, se z njim in svojci pogovarja, obvešča zdravnika o stanju in razpoloženju pacienta, se z njim posvetuje glede oskrbe vhodnega mesta gastrostome, uporabe materialov za zaščito kože okrog vhodnega mesta in glede poteka hranjenja ter vrste hrane, ki jo bo pacient prejemal po gastrostomi. Medicinska sestra ima samostojno vlogo v procesu zdravstvene nege in kot član celotnega zdravstvenega tima sodeluje in izvaja določene diagnostične posege pri pacientu z gastrostomo. Opažanja, ki jih medicinska sestra pridobi z izkušenim motrenjem in pogovori s pacientom in jih posreduje zdravniku, lahko bistveno vplivajo ali prispevajo k dobremu psihofizičnemu stanju in počutju pacienta.

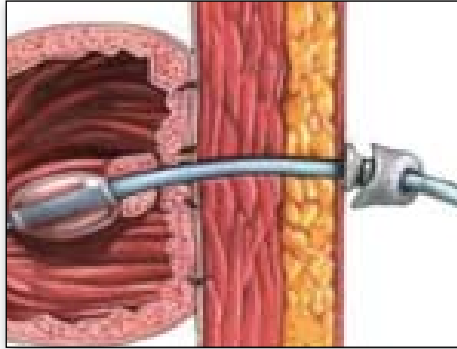
## Ključne besede:

gastrostoma, perkutana endoskopska gastrostoma, zdravstvena nega, medicinska sestra, pacient.

## Uvod

Gastrostoma je kirurško narejena odprtina skozi trebušno steno v želodec. Skozi odprtino je uvedena cevka, ki omogoča hranjenje neposredno v želodec.

*Slika 1: Operativno uvedena gastrostoma*



Vir: Šubic, 2005

Vstavi se s pomočjo operativnega posega v splošni narkozi ali s pomočjo gastro-skopa v lokalni anesteziji, ko se cevka za hranjenje vstavi skozi zareze na trebušni steni.

Pri odprti ali kirurški gastrostomi kirurg naredi majhno odprtino na zgornjem delu trebuha, da ima vpogled na želodec. Nato naredi odprtino v želodec in vanj vstavi cevko, ki jo napelje skozi trebušno steno, levo pod rebrenim lokom. Trebuh zašije, napihne mehurček in cevko pritrdi na podlogo.

*Slika 2: Različni debelini gastrostome z napihnjnim balončkom*



Vir: Gorjup, 2004

PEG naredi zdravnik s pomočjo gastroskopa, ki ga uvede skozi usta v želodec. Želodec nato napolni z zrakom, da se poveča. Skozi trebušno steno, ki jo lokalno omrtviči, uvede v želodec iglo z mehko žico. Iglo v želodcu ujame z gastrooskopom in jo potegne do ust, kjer nanjo naveže hranilno cevko, to pa skozi usta, požiralnik in



želodec potegne nazaj skozi odprtino na trebuhu. Cevka nima notranjega mehurčka, ki bi ji omogočil fiksacijo, pač pa je na kožo pritrjena s podložko.

*Slika 3:* Perkutana endoskopska gastrostoma. PEG.



Vir: Šubic, 2005

Gastrostomo potrebujejo pacienti, ki imajo motnje požiranja hrane in tekočine (disfagija) ali pa jo ne morejo požirati (afagija) zaradi različnih vzrokov, medtem ko jim prebavila normalno delujejo.

Pri pacientu z gastrostomo ima medicinska sestra pomembno vlogo in samostojno izvaja zdravstveno nego, hkrati tudi sodeluje s celotnim zdravstvenim timom, se posvetuje in ukrepa v okviru svojih pristojnosti.

Po operaciji ali endoskopsko uvedeni gastrostomi je na kliničnem oddelku za torakalno kirurgijo medicinska sestra pozorna na stanje pacienta, morebitno prisotnost bolečin in mora pravilno ukrepati. Določi stopnjo bolečine, jo dokumentira in če je potrebno, po navodilih zdravnika aplicira analgetik. Zdravnik določi ali je na operativni dan gastrostoma odprta na vrečko ali zaprta. Če je gastrostoma odprta, mora medicinska sestra opazovati izločeno vsebino v vrečki in beležiti njeno barvo, morebitne primesi in količino.

*Slika 4:* Na operativni dan je gastrostoma priključena na vrečko



Vir: Gorjup, 2008

Če je gastrostoma zaprta, mora medicinska sestra opazovati videz trebuha in oceniti morebitno stopnjevanje bolečine v predelu trebuha.

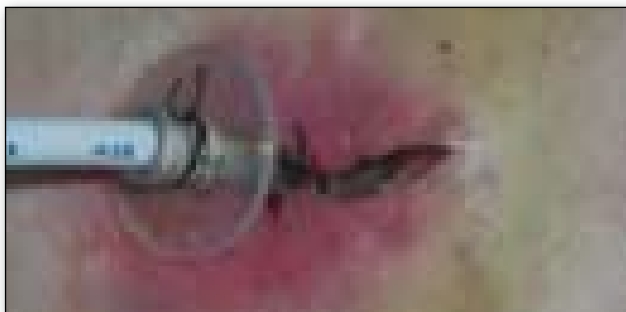
Zdravnik določi in naroči vzorec in količino hranjenja po gastrostomi. Medicinska sestra mora zagotoviti predpisano enteralno hrano, pripomočke za hranjenje, urediti okolico in namestiti pacienta v pravilen položaj. Glede urejanja okolice naj medicinska sestra poskrbi, da se hkrati s hranjenjem v sobi ali celo pri istem pacientu ne izvaja kakšna druga aktivnost zdravstvene nege ali določeni diagnostično terapevtski posegi. Pri hranjenju mora biti pozorna na pravilen položaj cevke v želodcu, morebitne komplikacije glede iztekanja hrane ob gastrostomi, merjenje morebitnih zaostankov prejšnjega obroka. Vsa opažanja zabeleži, obvesti zdravnika in se z njim posvetuje glede ukrepanja pri morebitnih nastalih težavah. Ko pacienta medicinska sestra hrani, se z njim pogovarja, sprašuje ga po počutju, morebitnem nelagodnem občutku, tiščanju v želodcu. Poleg hrane lahko medicinska sestra aplicira po gastrostomi tudi zdravila. Poskrbeti mora, da so zdravila dobro raztopljena, cevko pa mora dobro sprati, da se ne zamaši. Tudi sicer je po vsakem hranjenju potrebno poskrbeti za prehodnost gastrostome s prebrizgavanjem z nesladkanim čajem. Medicinska sestra mora dobro poznati potek hranjenja po gastrostomi in prepoznati morebitne težave, ki pri hranjenju nastopijo. Zelo pomemben je tudi vzorec odvajanja blata. Medicinska sestra mora opozoriti zdravnika, če pacient ne odvaja redno oziroma vsak drugi dan. Zdravnik se odloči ali je potrebno odvajalo.

*Slika 5: Hranjenje po gastrostomi*



Vir: Šubic, 2005

Tudi videz vhodnega mesta je zelo pomemben. Pri prevezah je potrebno oceniti stanje okolice in tudi samo vhodno mesto. Ob morebitnih spremembah, bolečinah, neprimernem zunanjem videzu, mora medicinska sestra obvestiti zdravnika in se z njim posvetovati glede oskrbe. Zdravstvena nega vhodnega mesta je zelo pomembna. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri izbiri in posvetovanju z zdravnikom glede uporabe materiala pri prevezi.

*Slika 6:* Granulirajoče tkivo ob gastrostomi (divje meso);*Slika 8:* Vnetje in nekroza ob gastrostomi

Vir: Gorjup, 2008; Vir: Gorjup, 2004

V času bivanja v bolnišnici medicinska sestra pripravlja pacienta na odpust v domačo oskrbo. Skuša pridobiti in razviti čim večjo stopnjo samostojnosti pacienta pri hranjenju, njegovo voljo in sodelovanje. Tudi sodelovanje in edukacija svojcev je izredno pomembna in koristna.

*Slika 9:* Medicinska sestra svetuje, uči in spodbuja svojce pri hranjenju po gastrostomi

Vir: Gorjup, 2005

## Metode

Z opazovanjem, zbiranjem in dokumentiranjem ugotovljenega stanja pacienta ter izkušnjami in strokovnim znanjem medicinske sestre je pacient z gastrostomo celostno obravnavan. Strokovno izobraževanje in izpolnjevanje na tem področju zagotavlja kakovostno zdravstveno nego pacienta z gastrostomo.

## Rezultati

Medicinska sestra na našem kliničnem oddelku z vsakodnevno uporabo procesne metode dela in sodelovanjem celotnega zdravstvenega tima poskrbi za dobro

psihofizično počutje pacienta in tudi svojcev. S celovito in kvalitetno obravnavo pacienta je omogočeno dobro stanje kože in vhodnega mesta gastrostome. Medicinska sestra ima pomembno vlogo v procesu zdravljenja in pri skrbi za pacienta z gastrostomo. Zdravnik poda navodila glede hranjenja ali ukrepanja pri morebitno nastalih težavah. Pri izvajanju aktivnosti hranjenja po gastrostomi, oskrbi vhodnega mesta gastrostome, opazovanju in svetovanju pacientu in svojcem pa ima medicinska sestra samostojno vlogo.

## Sklep

Pri pacientu z gastrostomo je na začetku opazovanje zelo pomembno, kajti znaki, ki jih medicinska sestra pravočasno opazi, in če pri tem pravilno ukrepa, lahko prepreči marsikatero nastalo težavo glede hranjenja po gastrostomi. Zato mora medicinska sestra pri opazovanju uporabiti svoje strokovno znanje in ga tudi izpopolnjevati ter se pogosto posvetovati o pacientih.

## Literatura

- Berčič J. *Otorinolaringologija, 2. izdaja*. Univerza v Mariboru. Visoka Zdravstvena šola Maribor. 2002. <http://www3.kclj.si/admin/organigram/00016b-000202.doc>
- Kocijančič B. *Perkutana endoskopska gastrostoma*. Interna medicina 2001 - novosti in aktualnosti. urednik M. Gričar. Ljubljana : Lek, 2001. Str. 251-257.
- Smrkolj V. *Kirurgija*. Ljubljana. Državna založba Slovenije. 1995.

# Zdravstvena nega pacienta z jejunostomo

*Helena Uršič viš. med. ses., ET*

*Onkološki inštitut Ljubljana*

## Izvleček

Pacientu, ki se zaradi različnih vzrokov ne more prehranjevati po naravni poti, zdravnik vstavi hranilno stomo (Smrke Kumer B., 2006/7). Zdravstvena nega pacienta z gastrostomo, jejunostomo in ezofagostomo.

Jejunostoma je hranilna stoma po kateri pacientu dovajamo hrano za zadovoljitev energijskih in hranilnih potreb. Katetersko jejunostomo napravi kirurg z operativnim posegom, s katerim preko trebušne stene v mišično plast začetnega dela tankega črevesa - jejunuma uvede silikonski ali PVC kateter različnih debelin, a brez balončka. Debelejše cevke so uvedene neposredno v jejunum. Kirurg uvede kateter v jejunum z laparotomijo ali z minimalno invazivno kirurško metodo PEJ (perkutana endoskopska jejunostomija), (Štupnik, 2006/7).

## Ključne besede

jejunostoma, enteralno hranjenje, kakovost življenja.

## Uvod

Prehranjevanje je osnovna življenjska aktivnost, ki je bistvena za človekov obstoj. Enteralno hranjenje pomeni vnos hranljivih snovi v telo preko prebavnega trakta s hranjenjem skozi usta ali po drugih poteh, kot so hranilne cevke, katetri in enterostome (Štupnik, 2006/7). Hranjenje po hranilnih cevkah je lahko začasno (priprava pacienta na operacijo ali po operaciji) in stalno - doživljenjsko (paliativna oskrba).

Po enterostomah lahko pacienta hranimo s farmacevtsko pripravljeno hrano (za katetrške stome obvezno) ali/ in s hrano pripravljeno iz živil.

Hranjenje lahko izvajamo s pomočjo črpalke (intermitentno ali kontinuirano) ali v bolusu s pomočjo brizgalke.

## Zdravstvena nega pacienta z jejunostomo

Jejunostoma je hranilna stoma, po kateri pacienta hranimo, kadar ima motnje v delovanju želodca (resekcija ali počasno praznjenje želodca, nevrološke motnje, zaradi katerih je velika nevarnost aspiracije), (Ivanuša, 2008) ali kadar zgornji del gastrointestinalnega trakta ni funkcionalen.

Hranjenje po jejunostomi poteka po sondi, ki je vstavljena skozi trebušno steno v proksimalni del jejunuma in je potrebno enteralno hranjenje več kot 6 tednov. Sondo v jejunum vstavijo operativno s pomočjo laparatomije, PEG (perkutana endoskopska gastrostoma) s podaljškom v jejunum ali transgastrično.

Indikacije za jejunostomo so: želodčna zapora, resnejša gastrorefluksna bolezen, fistule tankega črevesja, kjer stoma namestijo distalno od fistule, obstrukcija zgornjega intestinalnega trakta (GIT), operacije zgornjega dela GIT (gastrektomija, ezofagektomija, pankreatektomija).

Kontraindikacije za jejunostomo so: obstrukcija distalnega dela GIT, visoke fistule tankega, debelega črevesja, ascites... (Ivanuša, 2008).

## Izvajalci posega - hranjenja po jejunostomi

- srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik,
- viš. m.s./dipl.m.s.,
- pripravnik pod nadzorom mentorja.

## Vodila dobre prakse

### 1. Preveza stome:

- Prevezo jejunostome naredimo prvič dva dni po vstavitvi, nato pa vsak dan 1x.
- Kožo okrog jejunostomske cevke oziroma okrog diska (v primeru, da ima jejunostomska cevka disk) očistimo s fiziološko raztopino, okrog katetra namestimo preklano vpojno oblogo 10 x 10 cm. Oblogo fiksiramo na kožo s fiksacijskim obližem, ki najmanj draži kožo in je pri odstranitvi ne poškoduje.

- V primeru, da mesto ob jejunostomi kaže znake infekcije: rdečina, oteklina, bolečina in eksudat, o tem obvestimo lečečega zdravnika in upoštevamo standard za nego inficirane rane.
- V primeru zatekanja hrane ob katetru, ki ni posledica preobilnega obroka, izpada katetra in je pri pacientu običajno, zaščitimo kožo ob sondi z zaščitnim mazilom ali hidrokolooidnim obližem (hidrokolooidni obliž ima funkcijo zaščite in zdravljenja poškodovane kože).

## *2. Izbira in oskrba pripomočkov:*

- brizgalko za hranjenje pacienta menjamo na 24 ur,
- brizgalko po merjenju rezidualnega volumna črevesne vsebine po uporabi zavržemo,
- sistem za enteralno črpalko uporabljamo 24 do 48 ur, hkrati zamenjamo tudi Lopezovo valvulo,
- sistem za hranjenje s pomočjo težnosti menjamo na 24 ur, hkrati zamenjamo tudi Lopezovo valvulo,
- na sobni temperaturi je lahko farmacevtsko pripravljena hrana v odprtem sistemu 8 ur (odprt sistem je v primeru, ko farmacevtsko formulo sondne hrane prelivamo iz steklenice v hranilno vrečko), v zaprtem sistemu pa 24 ur (zaprt sistem je v primeru, ko na steklenico farmacevtske formule sondne hrane priključimo sistem za hranjenje),
- pri imunsko oslABLjenem pacientu (pacient v enoti za intenzivno terapijo, pacient z neutropenijo) sistem za hranjenje menjamo na 24 ur,
- pri imunsko oslABLjenem pacientu (pacient v enoti za intenzivno terapijo, pacient z neutropenijo) uporabljamo za spiranje sistema za hranjenje in jejunostomskega katetra sterilno vodo.

## *3. Izbira enteralne prehrane*

- izberemo farmacevtsko pripravljeno enteralno prehrano, ki je hipoosmolarna in namenjena za hranjenje pacienta po jejunostomi (AKE Recommenatoins, 2002).

## *4. Označitev jejunostome*

- jejunostomalni kateter na mestu izstopa iz kože označimo z vodoodpornim označevalcem, ki omogoči preverjanje ustreznosti lege katetra, pri tem preverimo razdaljo od izstopa katetra iz kože in do oznake, ki mora biti vedno enaka.

## *5. Aplikacija zdravil*

- Zdravila dajemo pri vseh treh načinih hranjenja po metodi bolusa. Pred aplikacijo zdravil moramo jejunostomski kateter sprati s 30 ml vode. Prav tako moramo jejunostomski kateter sprati po vsaki aplikaciji zdravila z 20 ml ustekleničene vode.

- Priporoča se uporaba zdravil v obliki: kapljic, solucij, suspenzij, sirupov in dobro topnih tablet.
- Odsvetuje se uporaba:
  - a) zdravil v retard obliki
  - b) zdravil, ki dražijo črevesno sluznico
  - c) zdravila, pri katerih je potreben želodčni sok za resorbcijo
  - d) zdravila, ki se resorbirajo v želodčni sluznici (AKE Recommendations, 2002).

### **Ukrepi ob komplikacijah**

- Odvajanje tekočega blata: če pacient odvaja tekoče blato večkrat na dan, obvestimo zdravnika.
- Slabost ali bruhanje: če je pacientu med hranjenjem slabo ali celo bruha, hranjenje prekinemo in preverimo količino črevesne vsebine. V primeru, da je rezidualnega volumna za dvakratno količino vnesene hrane, hranjenje prekinemo in obvestimo zdravnika, v nasprotnem primeru pa zmanjšamo hitrost hranjenja in/ali zmanjšamo količino obroka ter o vsem obvestimo zdravnika.
- Napenjanje: ob napenjanju lahko zamašek na jejunostomskem katetru odpremo, da se izločijo eventualni plini iz črevesja.

### **Ugotavljanje stanja - potreb pacienta z jejunostomo:**

- Seznanimo se z zdravnikovim navodilom: vrsta hrane, količina, pogostost, pota dajanja, način hranjenja (bolus, kontinuirano...).
- Ocenimo pacientovo stanje: motnje v požiranju, stanje zavesti, operacija na prebavilih, potrebe po dolgotrajnem enteralnem hranjenju.
- Ocenimo pacientovo alergijo na hrano.
- Ocenimo delovanje prebave. Če pacient nima peristaltike, obvestimo zdravnika.
- Zagotovimo podatek o pacientovi telesni teži in laboratorijske izvide.
- Pregledamo mesto stome zaradi poškodbe kože, draženja ali iztekanja.

### **Negovalne diagnoze**

Analiza zbranih podatkov lahko odkrije naslednjo negovalno diagnozo pri pacientu, ki potrebuje hranjenje:

- Neuravnotežena prehrana (manj kot telo potrebuje).

Vzroki so individualni in temeljijo na pacientovem zdravstvenem stanju ali njegovih potrebah (Ivanuš, 2008).

### **Načrtovanje**

1. Individualni cilji hranjenja po jejunostomi glede na postavljeno negovalno diagnozo:
  - Zagotovimo pacientove energijske in hranilne potrebe.



- Preprečimo izgubo telesne teže, ohranjamo pacientovo fizično moč in kondicijo.
  - Zagotovimo pacientove potrebe po tekočini.
  - Zagotovimo pacientovo psihofizično ugodje.
  - Preprečimo kontaminacijo hrane in pripomočkov za enteralno hranjenje.
  - Preprečimo možne komplikacije hranjenja pacienta po jejunostomi.
  - Zagotovimo suho intaktno kožo ob stomi.
2. Pacientu pojasnimo hranjenje.
  3. Umijemo in razkužimo si roke.
  4. Pripravimo hrano, ki mora biti ogreta na sobno temperaturo.
  5. Za občasno hranjenje pripravimo brizgalko.
  6. Pacientu dvignemo vzglavje postelje za 30 do 45 stopinj (Ivanuša, 2008).

## **Bolusno hranjenje pacienta po jejunostomi**

### **Potrebni pripomočki za izvajanje posega**

- ledvička za enkratno uporabo (v primeru, da bomo rezidualni volumen po merjenju vrnil nazaj v črevo, uporabimo sterilno ledvičko),
- staničevina,
- zaščitna podloga,
- 50 ml brizgalka s kateterskim nastavkom,
- hrana za hranjenje pacienta po jejunostomi,
- tekočina za spiranje jejunostome (ustekleničena voda, pri imunsko oslABLjenem pacientu uporabimo sterilno vodo),
- 3 sterilni zloženci a 5x5 cm,
- blago razkužilno sredstvo, ki je na seznamu KOBO tekočega leta za razkuževanje j. katetra,
- Lopezova valvula ali pean,
- zamašek za sondo, če imamo sondo brez zamaška,
- vzaščitne pregledovalne rokavice,
- razkužilo za roke.

### **Priprava pred izvedbo posega**

1. Higijensko si umijemo roke.
2. Pripravimo prostor in pripomočke za izvedbo hranjenja. Pripomočke si pripravimo na tasi, enteralno hrano serviramo na pladnju
3. Pacienta psihično pripravimo na hranjenje in si pridobimo njegovo privolitev za začetek hranjenja.
4. Ležečega pacienta namestimo v ustrezen položaj tako, da dvignemo vzglavje za 30-45° in mu pod jejunostomsko cevko namestimo zaščitno podlogo.
5. Razkužimo si roke in natakneemo zaščitne pregledovalne rokavice.
6. Pred hranjenjem preverimo lokacijo markacije na jejunostomskem katetru ter stanje šivov.

7. Proksimalni del jejunostomskega katetra primemo in ga očistimo z zloženci namočenimi v razkužilu. Proksimalni del katetra nato odložimo na zaščitno podlogo. Petelinček na Lopezovi valvuli obrnemo tako, da onemogočimo vdor zraka v jejunostomski kateter in nato odpremo eno od vhodnih odprtih na Lopezovi valvuli (v primeru, ko uporabimo pean, z njim stisnemo jejunostomski kateter, nato odstranimo zamašek in ga položimo na zaščitno podlago).
8. Proksimalni del katetra podložimo z zložencem, vanj vstavimo 50 ml brizgalko s kateterskim nastavkom, napolnjeno z enteralno prehrano.

### **Izvedba posega**

1. Z obratom petelinčka na Lopezovi valvuli omogočimo dohod hrane oziroma sprostimo pean. S pomočjo bata na brizgalki apliciramo hrano s hitrostjo 30 ml na minuto. Priporočena količina hrane v obroku je od 150 do 180 ml, število dnevih obrokov je 14. S hranjenjem pričnemo ob 6 uri zjutraj in zaključimo ob 22 h.
2. Farmacevtski preparat enteralne prehrane mora biti sobne temperature.
3. Pred vsako izpraznitvijo brizgalke zapremo Lopezovo valvulo oziroma jejunostomski kateter ponovno stisnemo s peanom.
4. Med hranjenjem spremljamo pacientovo počutje.
5. Po končanem bolusnem hranjenju jejunostomski kateter speremo s 30 ml ustekleničene vode.
6. Ko smo jejunostomski kateter sprali, petelinček na Lopezovi valvuli obrnemo tako, da preprečimo iztekanje tekočine iz jejunostomskega katetra oziroma proksimalni del zamašimo z zamaškom.
7. Ko smo jejunostomski kateter sprali, petelinček na Lopezovi valvuli obrnemo tako, da preprečimo iztekanje tekočine iz jejunostomskega katetra, oziroma proksimalni del zamašimo z zamaškom (Mlakar- Mastnak, Uršič, Petrijčanin in dr., 2006).

### **Oskrba pacienta in izvajalca po posegu**

1. Po zaključenem hranjenju ležečemu pacientu odstranimo zaščitno podlogo in ga še vsaj za pol ure pustimo v polsedečem položaju.
2. Higienko si umijemo roke.

### **Ureditev pripomočkov po posegu**

Po vsakem bolusnem hranjenju, brizgalko speremo pod tekočo vodo in jo shranimo v čisti ledvički za enkratno uporabo, obloženi s staničevino. Brizgalko za hranjenje menjamo na 24 ur.

### **Dokumentiranje posega**

Količino zaužite hrane, pacientovo počutje in odziv na hranjenje dokumentiramo na terapevtski list oziroma obrazec za evidenco količine zaužite hrane in pijače.

## Hranjenje pacienta po jejunostomi s pomočjo težnostnega sistema

### Potrebni pripomočki za izvajanje posega

- ledvička za enkratno uporabo (v primeru, da bomo rezidualni volumen po merjenju vrnil nazaj v črevo, uporabimo sterilno ledvičko),
- staničevina,
- zaščitna podloga,
- 50 ml brizgalka s kateterskim nastavkom (v primeru, da bomo merili rezidualni volumen želodčne vsebine),
- farmacevtsko pripravljena formula sondne hrane,
- tekočina za spiranje sonde (ustekleničena voda, pri imunsko oslABLjenem pacientu uporabimo sterilno vodo),
- 3 sterilni zloženci a 5x5 cm,
- blago razkužilno sredstvo, ki je na seznamu KOBO tekočega leta, za razkuževanje jejunostomskega katetra,
- Lopezova valvula ali pean,
- zamašek za sondo, če imamo sondo brez zamaška,
- zaščitne pregledovalne rokavice,
- razkužilo za roke,
- sistem za hranjenje z vrečko,
- sistem za hranjenje z nastavkom za steklenico,
- infuzijsko stojalo.

### Priprava pred izvedbo posega

1. Higiensko si umijemo roke.
2. Pripravimo prostor in pripomočke za izvedbo hranjenja. Pripomočke si pripravimo na tasi, enteralno hrano serviramo na pladnju
3. Pacienta psihično pripravimo na hranjenje in si pridobimo njegovo privolitev za začetek hranjenja.
4. Ležečega pacienta namestimo v ustrezen položaj tako, da dvignemo vzglavje na 30 - 45° in mu pod jejunostomsko cevko namestimo zaščitno podlogo.
5. Razkužimo si roke in nataknemo zaščitne pregledovalne rokavice.
6. Pred hranjenjem preverimo lokacijo markacije na jejunostomskem katetru ter stanje šivov.
7. Proksimalni del jejunostomskega katetra primemo in ga očistimo z zloženci namočenimi v razkužilo. Proksimalni del katetra nato odložimo na zaščitno podlogo

### Izvedba posega

1. Pri tem načinu hranjenja uporabimo dva sistema za hranjenje, in sicer:
  - a) Sistem za hranjenje z vrečko.
  - b) Sistem za hranjenje z nastavkom za steklenico farmacevtsko pripravljene formule

sondne hrane.

Sistem za hranjenje z vrečko napolnimo z ustekleničeno vodo (za spiranje sistema po hranjenju) in jo obesimo na infuzijsko stojalo. Na steklenico farmacevtsko pripravljene formule sondne hrane namestimo infuzijski sistem za hranjenje in ga napolnimo s sondno hrano, nato ga obesimo na infuzijsko stojalo.

2. Petelinček na Lopezovi valvuli obrnemo tako, da onemogočimo vdor zraka v jejunostomski kateter in nato odpremo eno od vhodnih odprtin na Lopezovi valvuli (v primeru da uporabimo pean, z njim stisnemo jejunostomski kateter, nato odstranimo zamašek in ga položimo na zaščitno podlago).

Primemo proksimalni del katetra, ga podložimo z zložencem in ga spojimo s sistemom za hranjenje s steklenico sondne hrane.

3. Z obratom petelinčka na Lopezovi valvuli sprostimo dohod hrane oziroma sprostimo pean. S stiščkom na infuzijskem sistemu reguliramo hitrost pretoka hrane. Priporočeni čas hranjenja je do 10 minut. Priporočena količina hrane v obroku je od 150 do 180 ml, število dnevih obrokov je 14. S hranjenjem pričnemo ob 6 uri zjutraj in zaključimo ob 22 h.

4. Med hranjenjem spremljamo pacientovo počutje.

5. Po zaključenem hranjenju s pomočjo težnostnega sistema zamašimo sistem za hranjenje s steklenico in s pomočjo sistema za hranjenje z vrečko speremo jejunostomski kateter s 30 ml ustekleničene vode.

6. Pri zamenjavi sistemov moramo zapreti Lopezovo valvulo oziroma jejunostomski kateter stisniti s peanom.

7. Ko smo jejunostomski kateter sprali, petelinček na Lopezovi valvuli obrnemo tako, da preprečimo iztekanje tekočine iz jejunostomskega katetra oziroma proksimalni del zamašimo z zamaškom (Mlakar- Mastnak, Uršič, Petrijevčanin in dr., 2006).

## Oskrba pacienta in izvajalca po izvedenem posegu

1. Po zaključenem hranjenju ležečemu pacientu odstranimo zaščitno podlogo in ga vsaj za pol ure pustimo v polsedečem položaju.

2. Higienško si umijemo roke.

## Ureditev pripomočkov po posegu

Pri hranjenju s pomočjo težnostnega sistema, sistem za hranjenje z vrečko menjamo na 24 ur, sistem za hranjenje z nastavkom za steklenico pa zavržemo po zaključenem celodnevem hranjenju.

## Dokumentiranje posega

Količino zaužite hrane, pacientovo počutje in odziv na hranjenje, dokumentiramo na terapevtski list oziroma obrazec za evidenco količine zaužite hrane in pijače.

## Hranjenje pacienta po jejunostomi s pomočjo enteralne črpalke

### Pripomočki potrebni za izvajanje posega

- zaščitna podloga,
- farmacevtsko pripravljena formula sondne hrane,
- tekočina za spiranje sonde (ustekleničena voda, pri imunsko oslABLjenem pacientu uporabimo sterilno vodo),
- 3 sterilni zloženci a 5x5 cm,
- blago razkužilno sredstvo, ki je trenutno na seznamu KOBO tekočega leta za razkuževanje jejunostomskega katetra,
- Lopezova valvula ali pean,
- zamašek za sondo v primeru, da imamo sondo brez zamaška,
- zaščitne pregledovalne rokavice,
- razkužilo za roke,
- enteralna črpalka,
- sistem za hranjenje, kompatibilen z enteralno črpalko,
- infuzijsko stojalo.

### Priprava pred izvedbo posega

1. Higijensko si umijemo roke.
2. Pripravimo prostor in pripomočke za izvedbo hranjenja. Pripomočke si pripravimo na tasi, enteralno hrano serviramo na pladnju.
3. Pacienta psihično pripravimo na hranjenje in si pridobimo njegovo privolitev za začetek hranjenja.
4. Ležečega pacienta namestimo v ustrezen položaj tako, da dvignemo vzglavje na 30-45°- Fowlerjev položaj ( Elkin, Perry, Potter, 2002) in mu pod jejunostomski kateter namestimo zaščitno podlogo.
5. Razkužimo si roke in nataknemo zaščitne pregledovalne rokavice.
6. Pred hranjenjem preverimo lokacijo markacije na jejunostomskem katetru ter stanju šivov.
7. Proksimalni del jejunostomskega katetra primemo in ga očistimo z zloženci namočenimi v razkužilu. Proksimalni del katetra nato odložimo na zaščitno podlogo.

### Izvedba posega

1. Pri tem načinu hranjenja lahko uporabimo dve tehniki za hranjenje:
  - a) Vrečko s sistemom za hranjenje po enteralni črpalci.
  - b) Originalno platenko s sondno hrano s prilagojenim sistemom za hranjenje po enteralni črpalci.

V primeru, da uporabimo vrečko s sistemom za hranjenje po enteralni črpalci, v vrečko vlijemo predpisano farmacevtsko formulo sondne hrane, z njo napolnimo sistem, ga vstavimo v enteralno črpalko in priklopimo na proksimalni del jejunostomskega katetra.

V primeru, da uporabimo originalno platenko s sondno hrano, nanjo pričvrstimo

prilagojen sistem za hranjenje po enteralni črpalki in ga napolnimo s sondno hrano, nato ga vstavimo v enteralno črpalko in priklopimo na prokismalni del jejunostomskega katetra.

Enteralno črpalko vključimo in nastavimo predpisano hitrost hranjenja.

2. Z obratom petelinčka na Lopezovi valvuli sprostimo dohod hrane oziroma sprostimo pean in pričnemo s hranjenjem. Pacienta hranimo po kontinuiranem programu hranjenja, ki ga predpiše zdravnik.

3. Med hranjenjem spremljamo pacientovo počutje.

4. a) Po zaključenem hranjenju s pomočjo vrečke s sistemom za hranjenje po enteralni črpalki, jejunostomski kateter speremo s 30 ml ustekleničene vode.

b) Po zaključenem hranjenju s pomočjo originalne platenke s sondno hrano in prilagojenim sistemom za hranjenje po enteralni črpalki sistem za hranjenje zavržemo. Jejunostomski kateter speremo s pomočjo brizgalke s 30 ml ustekleničene vode.

5. Ko smo jejunostomski kateter sprali, petelinček na Lopezovi valvuli obrnemo tako, da preprečimo iztekanje tekočine iz jejunostomskega katetra oziroma proksimalni del zamašimo z zamaškom (Mlakar - Mastnak, Uršič, Petrijevčanin in dr., 2006).

### **Oskrba pacienta in izvajalca po izvedenem posegu**

1. Po zaključenem hranjenju ležečemu pacientu odstranimo zaščitno podlogo in ga vsaj še za pol ure pustimo v polsedečem položaju.

2. Higienško si umijemo roke.

### **Ureditev pripomočkov po posegu**

Pri hranjenju s pomočjo sistema za enteralno črpalko hranilno vrečko in sistem speremo s toplo vodo. Vrečko in sistem za hranjenje menjamo na 24 do 48 ur.

### **Vrednotenje**

1. Vrednotimo, kako pacient prenaša hranjenje. Kontroliramo zastoj hrane vsakih 8 do 12 ur.

2. Vsakih 6 ur kontroliramo krvni sladkor pri pacientih s sladkorno boleznijo oz. po naročilu zdravnika.

3. Vsakih 8 ur merimo sprejeto in izločeno tekočino.

4. Pacienta tehtamo 3- krat na teden.

5. Kontroliramo krvne preiskave (albumini...).

6. Ocenimo stanje kože ob stomi (Ivanuša, 2008).

### **Dokumentiranje posega in poročanje**

1. Dokumentiramo količino in vrsto hrane, pacientov odziv na hranjenje, prehodnost cevke, kakršenkoli zaplet, stanje in ukrepe glede mesta stome.

2. Pri predaji poročamo o vrsti hranjenja, stanju stome. Pacientovem stanju in drugih zapletih.

## Zaključek

Hranjenje po sondah se v različnih oblikah uporablja že 400 let, vendar je postala za paciente bolj sprejemljiva v zadnjem desetletju prav zaradi tehničnih izpopolnitev (tanjše in mehkejše cevke, nove kirurške tehnike in številne hranilne formule...). V sedanjem času enterostome vse pogosteje uporabljamo, predvsem začasne, za premostitev kritičnih obdobj pacientove bolezni. Enteralna prehrana je lep primer sodelovanja zdravnikov, medicinskih sester, nutricionistov, kliničnih dietetikov in drugih članov medicinskega tima.

## Literatura

- AKE Recommendations: enteral and parenteral nutritional support in adults.* Dunaj: Austrian society of clinical nutrition, 2002.
- Ivanuša A., *Standardi aktivnosti zdravstvene nege.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstveno vede, 2008, 277- 281.
- Smrke Kumer B., *Zdravstvena nega pacienta z gastrostomo, jejunostomo in ezofagostomo.* Gavrilov N (ur.). *Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije.* Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego, 2007, 171-176.
- Štih L., *Priprava enteralne prehrane.* Gavrilov N (ur.). *Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije.* Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego, 2007, 249- 254.
- Štupnik T., *Gastrostoma in jejunostoma.* Gavrilov N (ur.). *Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije.* Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego, 2007, 158-163.
- Šubic J., *Zdravstvena nega pacienta s hranilno stomo in postopek hranjenja.* Batas R (ur.). *Dobra priprava na operacijo - manj zapletov po njej: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, zdravilišče Radenci, 9. in 10. marec 2006, 43- 74.*
- Mlakar-Mastnak D, Uršič H, Petrijevcinanin B, Petrica L, Šelih A., *Hranjenje bolnika po jejunostomi* (interni standard Onkološkega inštituta), 2006.
- Elkin M, Perry A, Potter P. A. *Nursing Interventions & Clinical Skills, (2nd ed.)* St. Louis: C. V. Mosby, 2000, 775- 790.

# Celostna obravnava otroka z gastrostomo

*Erika Šmid, dipl.m.s.,*

*Klavdija Medja, dipl.m.s.,*

*Angelca Kunst, dipl.m.s.*

*Klinični oddelek za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko*

*Pediatrična klinika Ljubljana*

## Izveček

Endoskopska vstavitev gastrostome je izbirna metoda za enteralno hranjenje odraslih in otrok. Najpogosteje jo uporabljamo pri otrocih z nevrološkimi okvarami in motnjami požiranja. Zapleti so relativno pogosti, večinoma lažji. Najpogostejša sta bakterijsko ali glivično vnetje kože ob cevki.

Pri odraslih se poseg izvaja večinoma v lokalni anesteziji, pri otrocih pa v skladu z doktrino v splošni anesteziji, redko v globoki sedaciji.

Starši so prisotni v času otrokove hospitalizacije, da se priučijo samostojne nege otroka, ki jo bodo izvajali v domačem okolju. Seznanimo jih s teoretičnim in praktičnim znanjem o življenju otroka z gastrostomo. Podamo jim informacije o hranjenju, negi kože, o možnih zapletih in jih čim prej aktivno vključimo v vse faze procesa zdravstvene nege.

V štirih do petih dneh so starši usposobljeni za samostojno negovanje otroka v domačem okolju. Ob odpustu dobijo pisna navodila o negi otroka po perkutani vstavitvi gastrostome.

## Ključne besede:

gastrostoma, endoskopija, otrok, zdravstvena nega, zdravstvena vzgoja staršev.



## Uvod

Hranjenje je ena od najpomembnejših osnovnih življenjskih funkcij. Pri otroku je pravilno hranjenje pomembno zaradi ustreznega razvoja in rasti. Mnoge otroke je zaradi hude kronične bolezni težko hraniti oziroma se niso sposobni sami prehranjevati skozi usta. V tem primeru je potrebno enteralno hranjenje. Pri pričakovanem daljšem enteralnem hranjenju je za otroka najprimernejša perkutana endoskopska gastrostoma (Homan, 2006).

Večina teh otrok ni samostojnih, potrebujejo popolno pomoč in oskrbo. Celostna obravnava otroka z gastrostomo ne zajema le pogovora s starši in izvedbo posega, ampak tudi edukacijo staršev za samostojno nego otroka v domačem okolju. Izobraževanje staršev otrok z gastrostomo je zato izjemnega pomena.

Pri otrocih se poseg večinoma izvaja v splošni anesteziji. Ko je otrok vitalno stabilen, se vrne na bolniški oddelek, kjer nadaljujemo zdravstveno nego otroka in zdravstveno vzgojo staršev. Po posegu so starši na oddelku aktivno vključeni v usposabljanje za samostojno hranjenje po gastrostomi in nego otroka doma. Naučijo se pripraviti in shranjevati hrano, hranjenja po gastrostomi, čiščenja pribora, nege kože okoli gastrostome in prepoznavanja ter pravočasnega ukrepanja ob zapletih.

## Priprava otroka na perkutano endoskopsko gastrostomijo

Zdravnik gastroenterolog endoskopist pri prvem pregledu otroka za vstavev perkutane endoskopske gastrostome (PEG) starše in otroka natančno seznanj s predlaganim posegom, z morebitnimi zapleti ter s prednostmi PEG. Bolni otroci so zaradi bolezni praviloma nezmožni sodelovanja in odločanja o sebi. Starši po tehtnem premisleku pisno potrdijo, da se s posegom strinjajo.

Starši želijo informacije o samem posegu, o življenju otroka s stomo, zlasti o načinu prehranjevanja, umivanju, tuširanju in o možnih zapletih. Ob pogovoru dobijo tudi pisna in slikovna gradiva, pokažemo tudi gastrostome, da se lažje odločajo o posegu (Kunst, 2006).

Endoskopsko ekipo sestavljata dva zdravnika (prvi za endoskopijo, drugi za uvajanje PEG, oziroma operater) in dve medicinski sestri (prva asistira pri endoskopiji, druga pri uvajanju PEG).

Pri otrocih se poseg izvaja večinoma v splošni anesteziji.

## Izvedba posega

Poznamo dva načina uvajanja PEG: z izvlekom »pull« in s potiskom »push«. Na Pediatrični kliniki v Ljubljani otrokom uvajamo PEG s prvo metodo. Posege izvajamo v splošni anesteziji v Univerzitetnem kliničnem centru.

Otrok med posegom leži na hrbtu. Zdravnik endoskopist izvede gastrokopijo, s katero ugotovi prehodnost in stanje sluznice zgornjih prebavil. Želodec napolni z zrakom in presvetli želodčno steno. Skupaj z drugim zdravnikom - operaterjem do-

ločita mesto vstavitve stome, ki ga operater tudi označi. Mesto vstavitve gastrostome je najpogosteje tik ob epigastriju pod levim rebrnim lokom.

## Postopki in zdravstvena nega otroka po posegu

Ko je otrok vitalno stabilen, se vrne na bolniški oddelek, kjer nadaljujemo zdravstveno nego otroka in zdravstveno vzgojo staršev. Po posegu so starši na oddelku aktivno vključeni v usposabljanje za samostojno hranjenje po gastrostomi.

Otrok dobiva i.v. hidracijo, po potrebi prejme analgetično terapijo. Po osmih urah zdravnik prebrizga gastrostomo s 30 ml sterilne fiziološke raztopine. Po posegu otrok ostane 24 ur tešč. Naredimo prevezo, stomo ponovno prebrizgamo s sterilno fiziološko raztopino. Če ni zapletov, začnemo otroka postopoma hraniti z manjšimi količinami sterilnih polimernih pripravkov, dokler ne dosežemo predvidene količine hrane, ki jo bo otrok prejemal za primerno pridobivanje telesne teže.

Otroka opazujemo, pozorni smo na možne zaplete.

## Menjava gastrostome

Najhitreje en mesec po vstavitvi stome, še raje pa po treh mesecih, lahko klasično stomo zamenjamo za »gumb« stomo, če se je stomalni kanal zarasel. S tem se izboljša otrokova kakovost življenja v estetskem in funkcionalnem smislu. Estetsko sprejemljivejše in manj moteče »gumb« stome smo začeli vstavljati na Pediatrični kliniki v Ljubljana pred enim letom.

## Zdravstvena nega

Naslednjih nekaj dni otrok ostane v bolnišnici (odvisno od hranjenja in počutja). V tem času je potrebno starše naučiti priprave in shranjevanja hrane, hranjenja po gastrostomi, čiščenja pribora, nege kože okoli gastrostome in prepoznavanja zapletov ter pravočasnega ukrepanja.

### Nega kože

Pred prevezo stome si roke vedno razkužimo ali vsaj umijemo z milom. Prvi teden po posegu naredimo sterilno prevezo stome enkrat dnevno, ker je stomalni kanal kot rana. Kasneje je potrebno očistiti okolico stome dvakrat tedensko ali po potrebi. Kožo, stomo in trikotno ploščico čistimo z milnico in toplo vodo. Zelo pomembno je, da očiščene dele dobro osušimo, ker s tem preprečimo draženje kože. Ob čiščenju je potrebno stomo premakniti in obrniti, s čimer preprečimo njeno zaraščanje v stomalni kanal. To je še posebno pomembno prve dni po vstavitvi gastrostome. Ob tem moramo trikotno ploščico namestiti v tak položaj, da se stoma ne more veliko premikati, a tudi ne sme premočno pritiskati na kožo. Na ta način preprečimo poškodbo tkiva, ki nastane zaradi mehničnega pritiska. Prve dni po posegu je okolica stome blago pordela (do 0.5 cm) in je prisoten minimalen iztok. Ko je rana suha in

zacepljena, zloženci niso več nujno potrebni oziroma ne prej kot dva tedna po vstavitvi stome. Takrat se otrok lahko začne tudi tuširati (Šmid, 2008).

Pri nemirnih pacientih stomo zaščitimo z zložencem ali z mrežico in tako prečimo nehoteno odstranitev stome.

## Hranjenje

Nekaj ur po vstavitvi stome (od 6 do 8 ur) prebrizgamo stomo s fiziološko raztopino. Štiriindvajset ur po posegu prvič previjemo stomalno mesto in če se rana normalno celi, poskusimo z manjšim obrokom hiperkalorične tekočine. Postopoma povečujemo odmerke hiperkaloričnih obrokov do največ 250 ml naenkrat. Količina je prilagojena starosti otroka. Nadaljujemo z dobro pretlačeno mešano hrano. Doma je otrok hranjen po navodilih zdravnika in dietetika. Hrana je lahko že industrijsko pripravljena ali jo starši pripravijo sami. Biti mora dobro pretlačena, da se gastrostoma ne zamaši. Industrijsko pripravljena hrana je uravnotežena, prilagojena določeni bolezni, je energijsko bogata in vsebuje vitamine in mineralne snovi (Homan, Kunst, 2005).

Pred hranjenjem in po njem pa je vedno potrebno stomo prebrizgati s 30 do 50 ml tople vode, da se cevka ne zamaši. Otroka hranimo vedno v polsedecem položaju. V takem položaju naj ostane še vsaj pol ure po zaključku hranjenja. Na ta način zmanjšamo možnost bruhanja in zatekanja hrane nazaj v požiralnik. Med hranjenjem se z otrokom pogovarjamo.

Pred novim obrokom moramo izmeriti zaostanek hrane v želodcu, še posebej v primeru, ko povečujemo obrok. Če je vsebina, ki jo aspiriramo iz želodca, večja od 100 ml, je potrebno hranjenje preložiti za dve uri. Ob tem vsebino vrnemo nazaj v želodec. V primeru, da je zaostanek hrane po dveh urah še vedno večji od 100 ml, otroka ne hranimo in o tem obvestimo zdravnika (ibid).

Praden hrano apliciramo po stomi, mora biti vedno ogreta na sobno temperaturo. V primeru napihovanja želodca, bolečin ali bruhanja hranjenje prekinemo in pokličemo zdravnika.

Stoma je primerna za hranjenje z dobro pretlačeno ali tekočo hrano po brizgalki, ki jo dajemo počasi.

Občasno čiščenje in prebrizgavanje hranilne stome je potrebno tudi, če otroka po stomi ne hranimo.

## Dajanje zdravil

Po stomi se lahko dajejo tudi zdravila v obliki praškov, zdrobljenih tablet in sirupov, ki jih pomešamo z izdatno količino tekočine. Tudi pri aplikaciji zdravil stomo prebrizgamo s 30 do 50 ml vode. Zdravil med sabo ne mešamo zaradi morebitnega medsebojnega učinkovanja. Izogibamo se aplikaciji določenih preparatov, kot so kalij, železo in antacidi, ker so inkompatibilni z enteralnimi formulami in povzročajo obloge na steni hranilne cevke (Šubic, 2006).

## Možni zapleti

Otroci, ki potrebujejo enteralno hranjenje po gastrostomi, so kronični pacienti, ki imajo enega ali več dejavnikov tveganja in je zato možnost zapletov večja. Dejavniki tveganja so: nizka telesna teža ali debelost, sladkorna bolezen in dolgotrajno imunosupresivno zdravljenje. Dejavnike tveganja predstavljajo tudi neizkušena endoskopska ekipa, pomanjkljiva antibiotična zaščita in neustrezna nega otroka po vstavitvi stome (Homan, 2006).

Po vstavitvi gastrostome lahko pride do zgodnjih ali poznih zapletov. Zapleti po vstavitvi PEG so večinoma povezani s posegom skozi trebušno votlino. Pojavljajo se sorazmerno pogosto in sicer pri otrocih med 9 in 40 odstotki. Večinoma gre za lažje zaplete, ki ne potrebujejo posebnega zdravljenja (ibid).

Lažji zapleti so: dislokacija PEG in razni zapleti s stomo, vnetje kože v okolici stome, neprimerna fiksacija, granulacijsko tkivo ob stomi ali v stomalnem kanalu, povečanje stomalne odprtine, pretesno pritrjena ploščica, poškodbe in zamašitev hranilne stome (Gjergek, 2004).

Težji zapleti so redkejši. Večinoma se pojavijo v prvih dneh po vstavitvi stome, ko je otrok še v bolnišnici in zahtevajo operativno zdravljenje. Resnejši zapleti so: absces, peritonitis, aspiracija, sepsa in krvavitev. Pogosteje se pojavijo pri hudo bolnih (ibid).

### Vnetje kože v okolici stome

Med lažjimi zapleti je najpogostejši pojav rdečina kože v okolici stome. Ponavadi gre za bakterijsko ali glivično okužbo. Zdravimo jo lokalno z antibiotičnimi mazili in mazili proti glivičnemu vnetju ter pogostim previjanjem stome, pri čemer kožo vedno dobro osušimo. V primeru širjenja vnetja občasno pacienti potrebujejo tudi sistemsko antibiotično terapijo. Do infekcije pride najpogosteje v prvih tednih po vstavitvi stome in sicer pri otrocih, ki imajo znižano splošno odpornost in zmanjšano sposobnost celjenja rane zaradi osnovne bolezni (Medja, 2008).

### Granulacijsko tkivo

Razraščanje rdečkastega tkiva (malih žil) iz območja stomalne odprtine ponavadi kaže na nastanek granulacijskega tkiva. To nastane kot reakcija tkiva na odprtino v koži, ki se ne more zaceliti zaradi cevke v trebuhu. Če tako spremembo opazimo, o tem obvestimo zdravnika. Zaplet zdravimo z lapizacijo granulacije, ki jo moramo ponavadi po nekaj dnevih ponoviti (Homan, Kunst, 2005).

### Velika odprtina na mestu stome

Nastane zaradi premočno ali preslabo pritrjene gastrostome. Ob stomi zatekata hrana in želodčni sok ter kemično dražita kožo. Pride do kemičnega vnetja in razjed. Tudi v tem primeru moramo o tem obvestiti zdravnika (ibid).

## Izpad gastrostome

Stoma včasih izpade ali jo pacient izvleče. O tem takoj obvestimo zdravnika, saj se že v nekaj urah stomalni kanal lahko zaraste.

## Zapora gastrostome

Stoma se lahko zamaši, če ne upoštevamo navodil glede pravilne priprave hrane in postopkov pred hranjenjem, med in po njem. Če stoma ni prehodna, najprej sprememo položaj otroka za hranjenje, nato poskušamo s pomočjo manjše brizgalke (5 ml) prebrizgati stomo s toplo vodo. Če stomalne cevke kljub temu ne moremo prebrizgati, pokličemo zdravnika. V primeru neprehodnosti stome ne smemo poskušati s hranjenjem na silo (ibid).

## Edukacija staršev

Že pri prvem pogovoru zdravnik starše seznani, da imajo možnost sobivanja z otrokom v bolnišnici, kjer bodo pridobili potrebno teoretično in praktično znanje ter veščine za samostojno nego otroka doma.

Pomembno je, da otroke s perkutano endoskopsko gastrostomo in njihove starše obravnava izkušen tim strokovnjakov, ki vključuje zdravnika pediatra gastroenterologa, medicinsko sestro, dietetika in po potrebi psihologa.

Starši so po uvedbi gastrostome hospitalizirani skupaj z otrokom, da se lahko priučijo negovanja in hranjenja otroka v domačem okolju. Izobraževanje poteka v sproščenem, domačem, in prijaznem okolju. Pri učenju so prisotni starši in ena ali dve medicinski sestri, brez prisotnosti drugih otrok in staršev. Na ta način so ob učenju bolj sproščeni. Poudarek je predvsem na ločevanju na čisto in umazano ter na umivanju rok. Naučimo jih tudi improvizirati, saj doma nimajo vedno pri roki vseh pripomočkov in primerne prostora, tako kot v bolnišnici. Za starše je najtežji del učenja nega stome, zlasti rotacija. Stomo je potrebno enkrat dnevno zavrteti in premakniti, da se v stomalnem kanalu ne zaraste. Otroku pri tem ni prijetno, zato se staršem to opravilo zdi še toliko težje, saj se jim otrok smili. Staršem veliko pomeni pozornost zdravstvenih delavcev, predvsem potrebujejo duševno in čustveno podporo. Nuditi jim morajo pogovor in toplo besedo. Zdravstveni delavci jim morajo dajati upanje in vlivati pogum (Šmid, 2008).

Medicinska sestra staršem med edukacijo pokaže tudi slikovni material možnih zapletov in jih seznani z novimi pripomočki za hranjenje. Dobijo tudi pisna navodila za lažjo in hitrejšo pridobitev tehničnih pripomočkov.

Ob odpustu otroka dobijo starši zloženko Navodila za starše otrok po perkutani vstavitvi gastrostome. Zloženka predstavi PEG, vsebuje navodila in nasvete glede priprave hrane, hranjenja, oskrbe kože ter nasvete glede preprečevanja in reševanja nastalih zapletov. (Podlogar, 2006). Po odpustu imajo starši ob zapletih ali kakšnih drugih vprašanjih zmeraj možnost poklicati medicinsko sestro ali zdravnika.

## Kakovost življenja otrok po vstavitvi gastrostome

Maja 2008 smo dvajsetim staršem, katerih otroci so imeli vstavljen gastrostomo v okviru zdravljenja na Pediatrični kliniki v Ljubljani, poslali anketni vprašalnik. Želeli smo ugotoviti stopnjo poučenosti staršev in kakovost življenja otroka z gastrostomo. Od dvajsetih poslanih vprašalnikov so jih starši enajst izpolnili in vrnili.

Iz rezultatov ankete je razvidno, da so starši dobro poučeni o hranjenju po gastrostomi, kakor tudi o možnih zapletih. Večina staršev meni, da so pisna navodila uporabna, praktična, razumljiva in primerna. Hkrati pa so ta pisna navodila tudi dokument o gastrostomi. Na njih so napisani: datumi vstavitve ali menjave, tip stome in kontaktne telefonske številke, kamor se starši obrnejo v primeru zapletov.

Tudi na vprašanja o pridobljenem znanju v bolnišnici so starši večinoma odgovarjali, da so zadovoljni, s čimer so potrdili naše uspešno delo.

Predvsem pa je zelo pomembno, da večina staršev meni, kako se je kakovost življenja otrok in njih samih precej izboljšala po uvedbi gastrostome. Za hranjenje porabijo precej manj časa, ni več pogostih menjav nazogastrične sonde v zdravstvenih ustanovah. Otroci so bolje prehranjeni in manj bolni, kajti ni več aspiracij in zaletavanja hrane. Staršem pa ostaja več časa za druge družinske člane in zase, kar je za kakovost življenja družine ogromnega pomena (Šmid, 2008).

## Zaključek

Endoskopska vstavitev gastrostome je varen in učinkovit način zagotavljanja dolgotrajne enteralne prehrane.

Z vstavitvijo PEG pri otroku želimo izboljšati njegovo prehranjenost in s tem kakovost njegovega življenja.

Večina staršev otrok s PEG je zelo zadovoljna z enteralnim hranjenjem po stomi. Ti otroci namreč lepo pridobivajo telesno težo in napredujejo v rasti in razvoju.

Naloge medicinske sestre so: sodelovanje v pripravi otroka in staršev na poseg, sodelovanje pri posegu, zdravstvena nega otroka in zdravstvena vzgoja staršev.

Starši postanejo v domačem okolju pravi strokovnjaki v improvizaciji. Medicinske sestre ob ponovnih srečanjih s starši z veseljem sprejemamo njihove praktične rešitve ob drobnih vsakdanjih problemih in jih posredujemo drugim staršem s podobnimi težavami.

## Literatura

- Gjergje T., *Komplikacije pri perkutani gastrostomi (PEG)*. Gastroenterolog 2004; 8: 341–44.
- Homan M., Kunst A., *Navodila za starše otrok po perkutani vstavitvi gastrostome*. Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika, Ljubljana, 2005.
- Homan M., Orel R., Breclj J., Sedmak M., *Perkutana endoskopska gastrostomija*. Izbrana poglavja iz pediatrije 18. Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, Ljubljana 2006; 36–42.
- Kunst A., *Vloga medicinske sestre pri endoskopski vstavitvi PEG*. Slov Pediat 2006; 13: 88–90.

- Medja K., *Zapleti pri otrocih z gastrostomo. Zbornik predavanj 1. simpozija enterostomalne terapije v obdobju otroka in mladostnika*; Portorož 2008: 58-62.
- Podlogar N., *Zdravstvena vzgoja staršev otrok z gastrostomo. Slov Pediat* 2006; 13: 95-9.
- Šmid E., *Vpliv izobraževanja staršev na kakovost življenja otroka s stomo. Zbornik predavanj 1. simpozija enterostomalne terapije v obdobju otroka in mladostnika*; Portorož 2008: 63-70.
- Šubic J., *Zdravstvena nega pacienta s hranilno stomo in postopek hranjenja. Zbornik predavanj s strokovnega srečanja*; Zdravilišče Radenci 2006: 59-63.

# **Gastrostoma in jejunostoma z različnih vidikov**



# **Zdravstveno vzgojno delo s pacienti z gastrostomo in jejunostomo - kaj jim povemo pred odpustom iz bolnišnice**

*Polona Gorjup, dipl.m.s.*

*Klinični oddelek za torakalno kirurgijo*

*Univerzitetni klinični center Ljubljana*

## **Izvleček**

Medicinska sestra mora pacienta že v času njegovega bivanja v bolnišnici pripravljati na življenje s hranilno stomo v domačem okolju. Zato je zelo pomembna anamneza medicinske sestre ob sprejemu pacienta v bolnišnico, iz katere so razvidne njegove navade, življenjske okoliščine, kakšni so svojci, s katerimi komunicira v času bivanja v bolnišnici. Medicinska sestra ima tudi vlogo učitelja. Njen cilj je, da poda dovolj informacij glede hranjenja po hranilni stomi, o uporabi primerne hrane, ki je lahko industrijsko ali doma pripravljena, o oskrbi mesta in kože okrog vstopa hranilne stome in o ukrepanju ob morebitnih težavah. Z zdravnikom sodeluje in se posvetuje glede pripravljenosti pacienta za domačo oskrbo. Pred odpustom je zelo pomembna povezava in komunikacija s patronažno medicinsko sestro, ki bo po odpustu iz bolnišnice obiskovala pacienta doma.

## **Ključne besede:**

hranilna stoma, gastrostoma, jejunostoma, medicinska sestra, pacient.

## Uvod

Na Kliničnem oddelku za Torakalno kirurgijo medicinske sestre v proces učenja o hranjenju po gastrostomi, jejunostomi, oskrbi in negovanju vhodnega mesta hranilne stome in o ukrepanju pri morebitnih nastalih težavah vključijo poleg pacienta tudi njegove svojce, zlasti osebo, ki bo v domači oskrbi zanj skrbela. Zelo pomembno je, da je njeno učenje sistematsko in natančno. Cilj medicinske sestre je, da pacient in svojci pred odhodom v domačo oskrbo obvladajo in poznajo hranjenje po hranilni stomi, postopek čiščenja in oskrbe vhodnega mesta hranilne stome ter ukrepe pri morebitnem pojavu težav in problemov. Proces učenja se začne takoj po operaciji.

## Vrste hrane, hranjenje in zdravila

Za hranjenje se uporablja posebna tekoča hrana, ki vsebuje vse ali večino potrebnih hranilnih snovi in se jo lahko kupi v lekarni. Industrijsko pripravljena hrana je najbolj priporočljiva. Tudi na naši kliniki jo največ uporabljamo. Zagotavlja uravnoteženo prehrano in vsebuje vse potrebne vitamine in minerale. Nekatere vrste hrane vsebujejo tudi vlaknine, ki ohranjajo normalno delovanje črevesja, čeprav pacient ne more jesti sadja, zelenjave in druge hrane bogate z vlakninami. Najbolj poznane znamke z ali brez vlaknin so: Ensure, Jevity, Nutricomp, Prosure. Najpogosteje jih je mogoče dobiti v pločevinkah po 200 ml ali v steklenicah po 500 ml.

Slika 1: Industrijsko pripravljena hrana



Vir: Gorjup, 2005

Doma pripravljena hrana je prav tako primerna, vendar zahteva natančno pripravo. Predhodno jo je potrebno skuhati in pretlačiti, nato pa malo razredčiti, da se cevka ne bi zamašila. Pred odhodom domov se lahko skupaj z medicinsko sestro dietetikom pogovori in sestavi plan prehranjevanja, ki pacientu najbolj ustreza. Priložimo tudi pisno navodilo, recept za pripravo hrane.

## Kako poteka hranjenje?

Tako kot na oddelku je tudi doma pred začetkom hranjenja potrebno preveriti prehodnost cevke z odvzemom tekočine iz želodca, pri čemer se uporabi 50 ml brizgalka. Pri kontinuiranem hranjenju je to potrebno narediti vsakih osem ur. Odvzeto tekočino imenujemo zaostanek in jo je potrebno ponovno vbrizgati, da ne pride do izgube elektrolitov in hranilne vrednosti. Če je zaostanek večji od 150 ml, s hranjenjem ne smemo nadaljevati. To kaže na upočasnjeno praznjenje želodca. Postopek ponovimo čez štiri ure. Če je zaostanek nespremenjen, je potrebno poklicati zdravnika. Pri hranjenju po jejunostomi zaostanka ne merimo.

Medicinska sestra se pogovori in posvetuje o najprimernejšem načinu hranjenja glede na vrsto hranilne stome, zdravstvenega stanja pacienta, njegovih potreb in okoliščin v domačem okolju. V proces učenja vključi pacienta in njegove svojce. Hranjenja po gastrostomi, jejunostomi se pacient začne učiti kmalu po operaciji.

Hranjenje v bolusu pomeni aplikacijo določene količine hrane, ki si jo pacient z brizgalko vnese v enkratnem odmerku, običajno v 15-20 minutah.

Slika 2: Hranjenje v bolusu



Vir: Šubic, 2005

Hrano lahko s pomočjo brizgalke potiska po cevki ali pa pusti, da po principu gravitacije teče sama. Hitrost prilagaja z dviganjem oziroma spuščanjem brizgalke.

Slika 3: Hranjenje preko brizgalke po principu gravitacije in preko hranilne črpalke



Vir: Šubic, 2005

Kontinuirano hranjenje poteka počasi, običajno več ur in zanj potrebuje električno hranilno črpalko. Ta način hranjenja se uporabi predvsem pri hranjenju po jejunostomi.

Po hranjenju je potrebno cevko vedno prebrizgati s 30-50 ml mlačne vode. To preprečuje, da bi se hrana ali zdravila zalepila na cevko in jo sčasoma naredila neprehodno. Cevka se ne sme nikoli prebrizgavati s silo. Če je cevka zamašena, je potrebno poklicati zdravnika. Da tekočina pri menjavi brizge nebi iztekala, uporabimo pean ali bolj praktično ščipalko za obešanje perila. Da ne umažemo obleke, uporabimo čisto, zlikano kuhinjsko krpo.

Kakšen je položaj telesa med hranjenjem?

Hranjenje poteka v sedečem položaju oz. polsedečem pri vsaj za 30 stopinj dvignjenem vzglavju. Pacient naj ostane v enakem položaju vsaj še 30 do 60 minut po hranjenju, s čimer se prepreči, da bi hrana zatekala nazaj in šla v sapnik, kar bi lahko povzročilo pljučnico.

## Količina enega obroka

Dnevna količina hrane in število obrokov je odvisno od pacientovega zdravstvenega stanja in mnogih drugih dejavnikov. Zdravnik in medicinska sestra vetujeta, kolikšna količina je najprimernejša. Običajna količina obroka je od 250 ml do 500 ml na vsakih 4 do 6 ur. (Šubic, 2005)

## Ali lahko jem in pijem na usta?

Če požiranje ni popolnoma ovirano in hrana ne zastaja v požiralniku ter povzroča nelagodnosti, je uživanje tekočine ali hrane na usta dovoljeno. V takem primeru je hranjenje po gastrostomi le dodatek. Pri hranjenju po jejunostomi pa se je potrebno držati predpisanega vzorca kot edinega načina hranjenja, ker hrana obide pot v želodec, kar pomeni, da pot preko ust, požiralnika do želodca ni mogoča (Šubic, 2005).

## Kaj storim, če sem žejen?

Če tekočine ni mogoče zaužiti na usta, si je med obroki potrebno dodajati tekočino po hranilni stomi, kar bo žejo ublažilo. Redno je potrebno vzdrževati ustno higieno, si umivati zobe in vlažiti ustnice.

## Kako ravnati s hrano?

Pred rokovanjem s hrano si moramo dobro umiti roke.

Slika 3: Umivanje rok



Vir: Gorjup, 2004

Hrana naj ima sobno temperaturo. Ostanek hrane je nujno potrebno hraniti v hladilniku in jo 30 minut pred obrokom pogreti na sobno temperaturo. Mehanično pregrevanje hrane ni primerno. V pregreti in nepravilno shranjeni hrani se razmnožijo bakterije, ki povzročajo prebavne motnje. Vse ostanke hrane po 24 urah zavržemo.

## Kako jemljem zdravila?

Zdravila je mogoče vnašati preko gastrostome ali jejunostome, toda potrebno se je pogovoriti z zdravnikom ali jih lahko drobimo, da bo učinek resorpcije enak, ali mogoče obstaja zdravilo v tekoči obliki. Vsako tableto je potrebno raztopiti s 5 do 20 ml vode in jo vbrizgati po cevki. Cevko med vsakim zdravilom speremo z 20 ml vode. Tablete drobimo z drobilcem, ki ga lahko kupimo v lekarni. Na koncu cevko speremo s 30 - 50 ml vode z namenom, da se odstranijo obloge, ki bi cevko lahko zamašile.

## Kako čistim pribor po hranjenju?

Brizgalko po vsakem hranjenju dobro speremo pod tekočo vodo in jo osušimo. Enkrat dnevno jo prekuhamo ali 10 minut namakamo v okisani vodi (1:4) ter jo nato dobro speremo in posušimo.

## Oskrba gastrostome, jejunostome

### Kako čistim okolico hranilne stome?

V prvih tednih po vstavitvi hranilne stome opravlja preveze patronažna medicinska sestra. Ko se vstopno mesto zaceli, postane nega bolj enostavna. Okolico vstopnega mesta vsakodnevno čistimo z mokro gazo, lahko uporabimo tudi blago milnico. Po oskrbi je potrebno mesto dobro osušiti, lahko se uporabi tudi fen za sušenje las.

### Postopek dnevne oskrbe gastrostome, jejunostome

Pred rokovanjem si je potrebno dobro umiti roke. Po hranjenju preverimo kožo in se prepričamo, da ni iztekanja tekočine. Koža mora biti suha. Nežno očistimo kožo v okolici stome, zavrtimo cevko in preverimo oznako, ki določa globino. Vsak dan ali po potrebi zamenjamo prevezo v okolici stome.

### Kako preverim pravilen položaj gastrostome?

Položaj preverimo tako, da cevko rahlo povlečemo navzven (balonček se mora nasloniti na trebušno steno). Brizgo nastavimo na cevko in bat povlečemo navzven. Običajno se pojavi vsaj nekaj želodčne vsebine, ki pa jo vbrizgamo nazaj in cevko prebrizgamo z 20 ml vode. Preverimo oznako globine.

### Kako preverim pravilen položaj jejunostome?

Preverimo lahko le oznako globine.

### Kako preverim napolnjenost balončka pri gastrostomi?

Enkrat tedensko preverimo količino vode v balončku in jo po potrebi dopolnimo. Tekoča voda ali fiziološka raztopina za polnjenje balončka nista primerni, ker vsebujeta soli in druge primesi, ki balonček zamašijo. Uporabimo sterilno destilirano vodo. Tudi zrak ni primeren za polnjenje balončka. Balonček preverjamo na obarvanem kraku gastrostome, preko katerega nikoli ne smemo vnašati hrane. Pri jejunostomi tega balončka ni, pač pa je pritrjena s šivom na kožo, kar prepreči izpad.

### Zakaj je potrebno cevko obračati?

Z vsakodnevnim nežnim obračanjem cevke preprečimo zaraščanje tkiva na cevko, pritiskanje cevke in posledične poškodbe kože ter omogočimo, da zrak kroži.

## Ukrepi za reševanje težav

### Zamašena cevka

V primeru, da se cevka zamaši, napolnimo brizgalko s toplo vodo in z nežnim pritiskanjem in aspiracijo poskusimo odstraniti zaporo. Če je zapora nad nivojem

kože, cevko nežno gnetemo med prsti. Izogibamo se močnim pritiskom ali uporabi ostrih predmetov. Če zapleta ne odstranimo, poiščemo pomoč zdravnika.

### Zatekanje ob gastrostomi

Zatekanje ob gastrostomi nastane lahko zaradi premalo napolnjenega balončka, premika plastičnega diska višje, nad nivo kože, zaradi razširjenega vstopnega mesta, ki nastane ob izgubi telesne teže. Vzroki so lahko tudi počen balonček, prepoln želodec ali neredno odvajanje blata. Vzrok je potrebno ugotoviti in ga odstraniti, sicer se je potrebno posvetovati z zdravnikom. Pri jejunostomi je lahko razširjeno vhodno mesto ali ovirano odtekanje črevesne vsebine.

Slika 4: Rast granulacijskega tkiva (divje meso)



Vir: Gorjup, 2005

Razraščeno tkivo ob vstopnem mestu nastane lahko zaradi zavračanja cevke kot tujka, lahko se cevka ne prilagaja dobro in je nastalo trenje. Rasti začne svetlo rdečkasto tkivo, ki zakrvavi. V tem primeru je potrebno oditi k zdravniku. (Šubic, 2005)

### Zaostajanje hrane v želodcu in spahovanje

V primeru, da se zaostanki hrane ponavljajo, je potreben posvet z zdravnikom, ki lahko predpiše zdravila za boljše praznjenje želodca. Količino obroka zmanjšamo in povečamo število obrokov. Pomemben je pravilen položaj pri hranjenju.

### Slabost, bruhanje, driska

Težave lahko povzroči prehitra aplikacija hrane ali preveč hrane v enkratnem odmerku, neprimerna temperatura hrane, močne začimbe, nova zdravila (npr. antibiotiki, nekatera zdravila za zdravljenje srčnih težav, zdravila v tekoči obliki...).

### Izpad gastrostome, jejunostome

Gastrostoma je z notranje strani pritrjena z balončkom, z zunanje pa s plastičnim diskom. Če balonček počí, je potrebno odprtino pokriti z debelejšo gazo ali brisačo in takoj oditi k zdravniku. Hitro ukrepanje je pomembna, saj se odprtina zapre že po nekaj urah. Pri jejunostomi se odprtina zelo hitro zapre, zato poskus ponovne vstavitve ni mogoč, razen z operacijo.

## Razprava

Z zbiranjem podatkov na podlagi delovnih, strokovnih in večletnih izkušenj pri delu, s pogovori s pacienti z gastrostomo in jejunostomo ter njihovimi svojci so oblikovana navodila, ki so potrebna za olajšano življenje z gastrostomo ali jejunostomo v domačem okolju.

Z oblikovanimi navodili in celovito obravnavo smo ugotovili, da je pacientu z gastrostomo ali jejunostomo po odhodu v domačo oskrbo lažje, tudi psihično je boljše pripravljen. Težav je manj in tudi možnost, da lahko od doma vedno pokliče zdravnika ali medicinsko sestro, če potrebuje nasvet, prispeva k lažjemu sprejemanju in boljšemu psihofizičnemu počutju pacienta.

Priprava in učenje pacienta z gastrostomo ali jejunostomo na življenje doma, v bližnji okolici, je kontinuiran proces, ki se začne že pred pripravo pacienta na operacijo in takoj po njej. Ta kontinuiran proces se mora nadaljevati tudi, ko je pacient že doma. Zato je povezovanje medicinskih sester na oddelku s patronažnimi medicinskimi sestrami zelo pomembno, prav tako je tudi pomembna izmenjava izkušenj in strokovnih mnenj.

## Sklep

Kontinuiran proces učenja in prilagajanja je za pacienta z gastrostomo ali jejunostomo zelo pomemben, zato je potrebno in pomembno sodelovanje celotnega zdravstvenega tima ter dobro in strokovno povezovanje tudi s službami izven bolnišničnega oddelka (služba za dietno prehrano, patronažno zdravstveno varstvo...).

## Literatura

Šubic J. *Življenje z gastrostomo. Informacije za paciente in svojce*. Klinični center Ljubljana. Odelek za torakalno kirurgijo. Dostopno na: [www3.kclj.si/admin/organigram/00016b-000202.doc](http://www3.kclj.si/admin/organigram/00016b-000202.doc)



# Zapleti s katerimi se srečujemo pri zdravstveni negi pacienta z gastrostomo v bolnišnici

*Hudoklin Jožica, dipl.m.s., ET*

*Splošna bolnišnica Novo mesto*

## Izvleček

Virginia Henderson je v svojem teoretičnem modelu opredelila štirinajst temeljnih življenjskih aktivnosti. Na drugo mesto je uvrstila prehranjevanje in pitje, saj je hrana za človeka življenjskega pomena. Medicinska sestra se z aktivnostjo hranjenja sreča pri vsakem hospitaliziranem pacientu. Pri izvajanju celovite zdravstvene nege pacienta z gastrostomo v bolnišnici se medicinska sestra srečuje z moteno aktivnostjo prehranjevanja in z zapleti, ki so povezani z prehranjevanjem.

## Ključne besede:

gastrostoma, zaplet, zdravstvena nega.

## Uvod

Z razvojem medicine se je razvijal način prehranjevanja pacientov, ki ne morejo zaužiti potrebne količine hrane in tekočine po naravni poti. Enteralno hranjenje je vsaka oblika dovajanja hrane v gastrointestinalni trakt preko hranilnih gastrostom.

### *Indikacije za enteralno hranjenje so:*

- nevrološko degenerativna obolenja,
- cerebrovaskularni inzult,
- poškodbe glave,
- maligna obolenja vratu, požiralnika in želodca ( Dajčman, Pernat, Skalicky 2005 ).

Hranjenje po gastrostomi lahko spremljajo zapleti, ki jih delimo na:

- mehanične,
- gastrointestinalne,
- metabolne,
- posebne zaplete (Šubic, 2006 cit. po Stround, 2003).

Zapleti lahko nastanejo ob sami nastavitvi ali kasneje.

### *Med mehanične zaplete uvrščamo:*

- zamašitev hranilne gastrostome,
- nehoteno odstranitev gastrostome,
- nepravilna lega gastrostome,
- fistula skozi sosednje organe.

### *Gastrointestinalni zapleti:*

- diareja in obstipacija,
- napenjanje in krči,
- slabost in refluks,
- aspiracija,
- interakcija z zdravili.

### *Posebne komplikacije:*

- zatekanje hrane v trebušno votlino in posledično peritonitis,
  - zatekanje želodčne vsebine ob hranilni cevki navzven in okužba na mestu vstavitve,
  - vraščanje tkiva ali vgrezanje lijaka gastrostome v trebušno steno (Smrke Kumer, 2007)
- Med metabolne zaplete uvrščamo motnje v elektrolitskem ravnotežju, ki lahko nastanejo med enteralnim načinom hranjenja (Štor, 2006).

## Zdravstvena nega

Medicinska sestra izvaja celovito zdravstveno nego pacienta z gastrostomo. Ugotavlja potrebe po zdravstveni negi, jo načrtuje, izvaja in vrednoti. Za izvajane zdravstvene nege pacienta z gastrostomo mora poznati zaplete, ki lahko nastanejo pri hranjenju. Poznati mora standard prehranjevanja po gastrostomi, vrsto enteralne prehrane in načine prehranjevanja.

Zapleti, ki lahko nastanejo pri hranjenju po gastrostomi predstavljajo za zdravstveno nego velik negovalni problem.

### **Zamašitev gastrostome**

Je mehanični zaplet prehranjevanja. Vzrok za zamašitev je lahko: nepravilna gostota hrane, nezadostno izpiranje hranilne cevke, nepravilna aplikacija zdravil. Ukrepi zdravstvene nege za preprečitev nastanka zamašitve:

- prebrizgavanje gastrostome pred in po vsakem hranjenju,
- uporabo ustrezne enteralne hrane,
- uporabo primerne oblike zdravil.

Posebna previdnost je potrebna pri uporabi neindustrijsko pripravljene hrane, ki mora biti tekoča in ne sme vsebovati večjih kosov.

Najprimernejša zdravila za aplikacijo po gastrostomi so zdravila v obliki sirupa. Če aplikacija v obliki sirupa ni možna, je potrebno vsako vrsto zdravila posebej zdrobiti v prah in ga pred aplikacijo razredčiti z vodo. Zdravil se med sabo ne sme mešati.

V primeru zamašitve gastrostome lahko medicinska sestra poskuša prebrizgati stomo z mlačno vodo ali nesladkanim čajem (ne sadni čaj). Za prebrizgavanje uporabi brizgalko. Če gastrostome ne uspe prebrizgati, o tem obvesti zdravnika.

Z upoštevanjem standardov prehranjevanja po gastrostomi lahko medicinska sestra odpravi vzroke, ki pripeljejo do zamašitev gastrostome.

### **Spontani izpad ali naključna samoodstranitev gastrostome**

Do izpada pride, kadar popusti balonček, ki je napolnjen z destilirano vodo (kengaroo cevka). Šivi, s katerimi je fiksirana gastrostomska cevka, lahko popustijo in posledično lahko pride do izpada cevke. V literaturi je navedeno, da je zgodnji izpad posledica nizke telesne teže pacienta. Nemirni pacienti lahko sami izvlečejo gastrostomsko cevko.

Ukrepi zdravstvene nege za preprečitev zapleta:

- preverjanje napolnjenosti balončka,
- kontrola šivov, s katerimi je cevka fiksirana,
- dodatna zaščita cevke pri nemirnih pacientih

V primeru, ko je izpad odkrit dovolj zgodaj, je možnost ponovno uvesti gastrostome skozi isto stomo. Če menjava ni mogoče izvesti pravočasno, se uvede v stomalni kanal urinski kateter, ki preprečimo zaraščanje. O izpadu gastrostome mora medicinska sestra obvestiti zdravnika.

### **Diareja**

Diareja je najpogostejši zaplet, ki se pojavi pri hranjenju pacienta po gastrostomi. Ob pojavu zapleta je potrebno izključiti možnost infekcije z bakteriološko preiskavo blata.

Naloge medicinske sestre za preprečitev oziroma zmanjšanje zapleta:

- umivanje in razkuževanje rok po standardu,
- pravilna uporaba rokavic,
- hranjenje naj poteka počasi, tudi če poteka s pomočjo črpalke,
- preverjanje postopka shranjevanja hrane in njen transport na bolnišnični oddelek,
- shranjevanje tekoče hrane v hladilniku,
- ustrezna temperatura hrane (telesna temperatura)
- preverjanje roka uporabe industrijsko pripravljene hrane,
- prebrizgavanje gastrostome s prekuhano vodo ali nesladkanim čajem,
- sistem za hranjenje se zamenja vsakih 24 ur in se z njim ravna aseptično.

V primeru, ko se izključi vse možne dejavnike, ki lahko vplivajo na nastanek diareje se medicinska sestra posvetuje z zdravnikom ter dietetikom o zamenjavi hrane s katero se pacienta prehranjuje.

### **Obstipacija**

Obstipacija je zaplet, ki je lahko rezultat upočasnjene peristaltike, zmanjšanega vnosa tekočin (dehidracija) ali pomanjkanja vlaknin. Obstipacijo je potrebno ločiti od obstrukcije črevesa. Reši se jo lahko z zadostnim vnosom tekočin in uporabo hrane, ki vsebuje vlaknine (Štor, 2006)

### **Napenjanje in slabost**

Slabost in napenjanje je tudi zaplet, ki se pojavi pri pacientih z gastrostomo. Možen vzrok je zapoznelo praznjenje želodca (ibid). Napenjanje in slabost lahko povzroči tudi hrana. Medicinska sestra z opazovanjem pacienta ugotovi, ali se po določeni hrani pojavijo težave. Tudi v takem primeru poskušamo z zamenjavo hrane zaplet rešiti.

### **Aspiracija**

Možnost, da pride do aspiracije želodčne vsebine v dihalno pot je 1- 4%. Faktorji, ki vplivajo na aspiracijo:

- zmanjšana zavest,
- nevrološke motnje,
- gastrointestinalni refluks,
- velik želodčni rezidualni volumen,
- hiatus hernija,
- ležeči pacient (ibid).

Ukrepi zdravstvene nege za preprečitev zapletov:

- hranjenje pacienta v pol sedečem položaju,
- vsaj pol ure po hranjenju naj ostane pacient v pol sedečem položaju,
- preverjati je potrebno tudi količino zaostale hrane z aspiracijo želodčnega soka pred hranjenjem.

Z izvedbo ukrepov se zmanjša možnost aspiracije.

## Zatekanje želodčne vsebine ob stomi

Vzroki za zatekanje so lahko:

- večja stomalna odprtina kot je dimenzija gastrostome,
- slabo pritrjena in ohlapna gastrostomska cevka.

Cevka se v takem primeru lahko odmakne in pride do zatekanja želodčnega soka.

Medicinska sestra lahko v primeru, ko se je cevka odmaknila z rahlim nategom povleče cevko do trebušne stene. Če je odprtina vstopa gastrostome prevelika, je potrebno gastrostomo zamenjati in namestiti drugo z večjim premerom.

Z ustrezno nego in zaščito kože okoli stome preprečimo vnetje, ki ga povzroči iztekanje želodčnega soka. Kožo se zaščitimo z uporabo terapevtskih oblog.

## Sklep

Hranjenje težko bolnih po gastrostomi spremljajo zapleti, ki so za pacienta zelo moteči. Medicinska sestra s pravilnim hranjenjem, s skrb za nego kože, z ustreznim ravnanjem s pripomočki za hranjene in pravilno aplikacijo zdravil, prepreči oziroma zmanjša možnost nastanka zapletov.

## Literatura

- Dajčman D., Pernat C., Skalicky M. *Zapleti enteralnega hranjenja preko perkutane endoskopske gastrostome (PEG) -petletne izkušnje*. Zdrav Vestn, 2005; 74:97-101.
- Smrke Kumer B., *Zdravstvena nega pacienta z gastrostomo, jejunostomo in ezofagostomo (oskrba in hranjenje)*. Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije, Ljubljana 2006-2007 ; 171-176.
- Stround M.et al *Guidelines for enteral feeding in adult hospital patients*.GUT. 52 (7):1 -2.2003
- Štor Z. *Prehranjevanje po sondi*, Gastroenterolog, 2006;vol.10; 22:15-23

# Pacient z gastrostomo in jejunostomo v domačem okolju

*Renata BATAS, dipl. m.s., ET*

*Patronažno varstvo*

*Zdravstveni dom Ljubljana-Šiška*

## Izvleček

Za vzdrževanje optimalnega zdravja je pomembna ustrezna zdrava prehrana. Ključnega pomena je še posebno pri zdravstveni oskrbi pacientov, ki imajo zaradi različnih bolezni težave z uživanjem hrane per os. V takih situacijah je enteralni način hranjenja lahko ena izmed rešitev. Za tak način hranjenja se odločijo že v bolnišnici, kjer tudi v naprej planirajo ali bo treba nadaljevati z enteralnim hranjenjem doma, bodisi po gastrostomi, nasogastrični sondi in zelo redko po jejunostomi. Namen nadaljevanja enteralnega hranjenja doma je zagotavljanje ustrezne prehrane pacienta in čimprejšnja vključitev v družinsko oziroma domače okolje. Vse to omogoča posamezniku čimprejšnjo rehabilitacijo, torej večjo stopnjo samooskrbe in pozitiven vpliv na samopodobo. Za optimalno vključitev pacienta s hranilno stomo v domače okolje je pomembna kontinuirana obravnava s strani patronažne medicinske sestre. Ta je pomembna zaradi poučevanja pacienta in njegovih svojcev glede načina prehranjevanja po hranilni stomi, preprečevanja in reševanja možnih zapletov pri hranjenju in stanju kože okoli hranilne stome ter nenazadnje kot psihološka opora.

## Ključne besede:

hranilna stoma, samooskrba, patronažno varstvo.

## Uvod

Po odpustu iz bolnišnice je pacientu s hranilno stomo omogočena nadaljna oskrba in zdravstvena nega patronažne službe. To daje posamezniku ter svojem občutek varnosti in s tem lažje privajanje na življenje s hranilno stomo. Etične dileme se pojavljajo pri terminalnih pacientih in pacientih z demenco (Batas, 2006). V teh situacijah mora glede kakovosti življenja presoditi multidisciplinaren tim (zdravnik, medicinska sestra, socialni delavec, dietetik).

Zaradi podhranjenosti lahko pride do dolgotrajnih psiholoških in fizioloških učinkov, ko se telo poskuša adaptirati na obstoječe stanje premajhnega, nepravilnega vnosa hranil (Anon, 2004). Te posledice so lahko:

- oslABLJENA imunska-obrAMBNA funkcija;
- dolgotrajnejše celjenje ran;
- večja možnost poškodb tkiva;
- oslabeLOst mišic in slabotnost, ki lahko prizadene respiratorno funkcijo, srčno funkcijo in gibljivost;
- spremenjena struktura tankega črevesa, ki lahko vodi v malabsorpcijo;
- povečANO tveganje pooperativnih komplikacij;
- apatija in depresija;
- občutek splošne oslabeLOsti in bolezen.

Podhranjenost lahko vodi v porast obolevnosti, smrtnosti in stroškov, povezanih z okrevanjem.

Pacient naj bi bil enteralno hranjen kadar ni zmožen varno in udobno zaužiti ustrezne prehrane skozi usta, ima funkcionalen gastrointestinalni trakt in pristaja na to intervenco. Kadar pacient za več kot 5 dni ni zmožen oz. je kontraindicirano hranjenje per os, je potrebna umetna prehrabena podpora v obliki hranjenja skozi enteralno cevko.

## Indikacije za enteralni način hranjenja

### 1. Kot začasni ukrep:

A . za premostitev akutne bolezni povzročene s pomanjkanjem vnosa;

- zmedenost,
- akutna kap,
- depresija,
- anoreksia, povzročena s sistemskim obolenjem.

B . do zadostitve povečanega energetskega vnosa kot v naslednjih situacijah;

- razjeda zaradi pritiska,
- medoperativno obdobje,
- opekline,

- umetna ventilacija,
- sepsa.

## 2. Kot trajni ukrep pri:

### A. nevromuskularni disfagiji;

- kap-CVI,
- poškodba glave,
- Parkinsonova bolezen,
- polyomiositis.

### B. kronični anoreksiji;

- kronična bolezen,
- demenca.

### C. premostitev mehanične zapore;

- neoplazma,
- po radioterapiji,
- operacij.

## Poti dostopa za izvajanje enteralnega prehranjevanja

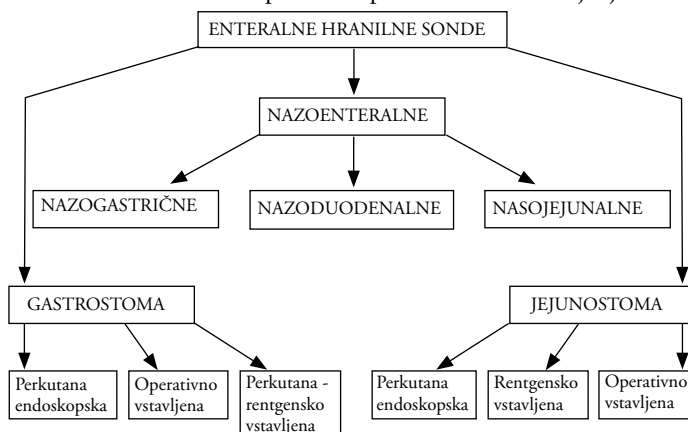
Ko je odločeno, da bo pacient prejemal enteralno prehrano, je pomembno, da je dostop-način:

- Ustrezen in v skladu s kliničnim stanjem pacienta;
- varen in udoben za pacienta;
- zanesljiv.

Poznamo tri načine, poti dostopa za enteralno hranjenje (Slika. 1):

- nasoenteralno po nasogastrični sondi,
- gastrostoma,
- jejunostoma

Slika 1. Načini – poti dostopa za enteralno hranjenje:



Vir: Anon. Guidelines for the management of Enteral Tube Feeding in Adults. CREST (Clinical Resource Efficiency Support Team). April 2004. Dostopno na: <http://www.crestni.org.uk/tube-feeding-guidelines.pdf>

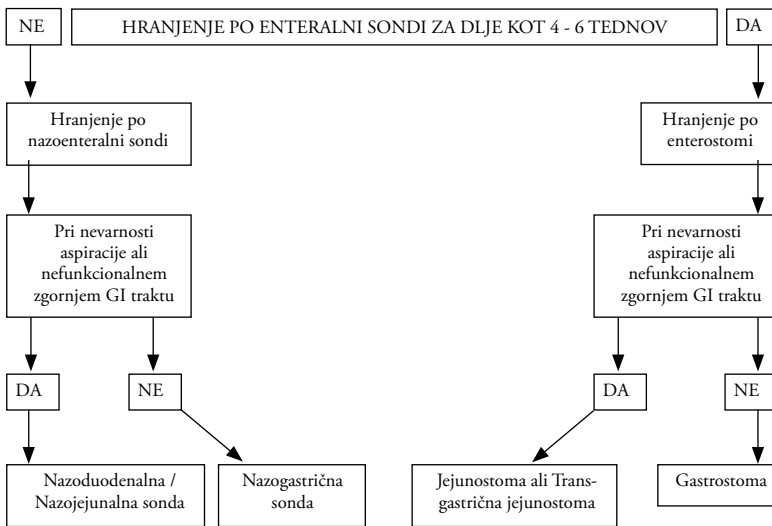


## Izbiranje poti izvajanja enteralnega hranjenja

Način ali pot izvajanja je odvisna od (slika. 2):

- pričakovane dobe hranjenja;
- funkcionalnega stanja GI trakta;
- možnosti, nevarnosti za aspiracijo;
- pacientove splošne zdravstvene kondicije;
- pacientove prognoze bolezni;
- potencialnih možnih komplikacij ob vstavitvi sonde.

Slika. 2 Kriteriji za izbiranje poti enteralnega hranjenja:



Vir: Anon. Guidelines for the management of Enteral Tube Feeding in Adults. CREST (Clinical Resource Efficiency Support Team). April 2004. Dostopno na: <http://www.crestni.org.uk/tube-feeding-guidelines.pdf>

## Hranjenje po nazogastrični sondi

je dajanje hrane neposredno v želodec po sondi, vstavljeni skozi nos. Za tak način hranjenja se odloči zdravnik takrat, ko hranjenje per os iz različnih razlogov ni možno, gastrointestinalni trakt (GIT) normalno deluje in bo tak način hranjenja potreben manj kot 6 tednov. Tak način hranjenja ima prednost pred parenteralnim hranjenjem, ker:

- ohranja normalno delovanje črevesja;
- ohranja normalno zgradbo in resorptivno sposobnost črevesne sluznice;
- ohranja vlogo pankreasa in jeter v prebavnem procesu;
- hranjenje je varnejše in cenejše.

***Hranjenje po nasogastrični sondi potrebujejo pacienti, ki :***

- ne zmorejo normalno jesti (nezavestni pacienti z normalnim delovanjem GIT, pacienti z nevrološkim obolenjem in / ali umetno ventilacijo);
- ne jedo dovolj (pacienti z rakom, sepso, opeklino, poškodbo glave, infekcijo);
- nočejo jesti (stari, zmedeni, psihiatrični; etične dileme);
- imajo vnetje trebušne slinavke ali črevesja in potrebujejo hranjenje v črevo.

***Kontraindikacije*** za tak način hranjenja so, če (Anonim, 2004):

- bo hranjenje trajalo več kot 6 tednov;
- strikture požiralnika;
- fistule s perforacijo požiralnika;
- nosne frakture in krvavitve;
- frakture lobanjske baze.

Varice požiralnika niso kontraindikacije za tak način hranjenja, vendar je potrebna predvsem skrajna previdnost pri vstavljanju nasogastrične sonde (NGS).

## **Hranjenje po gastrostomi**

Gastrostoma je posebna sonda, vstavljena skozi trebušno in želodčno steno v želodec, kjer mora ležati v smeri proti požiralniku. Sonda je iz silikona, na koncu ima lahko 20 - ml balon, ki sondo fiksira v želodcu, da ne izpade. Vstavijo jo lahko kirurško - s pomočjo laparatomije, s pomočjo rentgenske kontrole ali pa s perkutano endoskopsko tehniko (PEG - čedalje pogostejše). Pri gastrostomi je želodec prišit na trebušno steno.

***Indikacije*** za vstavev gastrostome so enake kot pri NGS, in sicer kadar

- je potrebno enteralno hranjenje več kot 6 tednov;
- pri malignih obolenjih, obstrukciji zgornjega dela prebavne cevi ( ustna votlina, požiralnik).

***Kontraindikacije*** za gastrostomo so (Anon, 2004):

- mehanska zapora GIT (pilorus in črevesje);
- bližajoč se oz. grozeči exitus;
- ascites;
- enteralne fistule, idr.

***Komplikacije*** pri vstavitvi gastrostome so lahko (Anon. 2004):

- zgodnje (perforacija črevesja, krvavitev, peritonitis, aspiracija);
- pozne (diareja, različne metabolne težave, spremembe v absorpciji zdravil in metabolizmu, infekcija ob vstopni rani, granulacijsko tkivo, parastomalni izloček, zamašitev sonde, izpad gastrostome).

## **Hranjenje po jejunostomi**

poteka po sondi, ki je vstavljena skozi trebušno steno v proksimalni del jejunuma in je potrebno enteralno hranjenje več kot 6 tednov. Sondo v jejunum vstavijo operativno s pomočjo laparatomije, PEG s podaljškom v jejunum, transgastrično s pomočjo fluoroskopije.

*Indikacije* za jejunostomo so (Anon, 2004):

- želodčna zapora;
- resnejša gastrorefluksna bolezen;
- fistule tankega črevesja, kjer jejunostomo namestijo distalno od fistule;
- obstrukcija zgornjega dela GIT;
- operacije zgornjega dela GIT (gastrektomia, oesophagectomia, pancreatectomia).

*Kontraindikacije* za jejunostomo so (Anon, 2004):

- absolutne (obstrukcija distalnega dela GIT, visoke fistule tankega/debelega črevesja, rožec exitus, ascites,...);
- relativne (poprejšnja operacija tankega črevesja, MB.Crohn, hujše diareje,)

## Patronažno varstvo

Zdravstvena nega pacienta s hranilno stomo na domu je del polivalentnega patronažnega zdravstvenega varstva. Zdravstveno nego izvajamo po sodobni procesni metodi dela, ki zajema:

- ugotavljanje potreb pacienta s hranilno stomo;
- načrtovanje zdravstvene nege;
- izvajanje zdravstvene nege;
- vrednotenje zdravstvene nege;
- dokumentiranje zdravstvene nege.

V patronažnem varstvu se s pacienti, ki imajo nasogastrično sondo, gastrostomo ali jejunostomo, ne srečamo zelo pogosto. Največkrat so to pacienti z rakavimi obolenji, v terminalni fazi bolezni, redkeje imajo hranilno stomo zaradi drugih obolenj (npr. gastrostoma-pacientka z ALS). Pacienti z gastrostomo, jejunostomo ali nasogastrično sondo se zelo redko hranijo sami. Ponavadi prevzamejo skrb za to najbližji svojci, ki hrano tudi pripravljajo (Batas, 2006).

## Pacient z gastrostomo na domu

Patronažna medicinska sestra obišče pacienta s hranilno sondo na podlagi delovnega naloga izbranega osebnega zdravnika, po naročilu iz bolnišnice.

### 1. Ugotavljanje stanja-potreb pacienta z gastrostomo (Ivanuša, Železnik, 2002):

- seznanimo se z zdravnikovimi navodili: vrsta hrane, količina, pogostost, pota dajanja;
- ocenimo pacientovo stanje: težave v požiranju, stanje zavesti, operacija na prebavilih, potrebe po dolgotrajnem enteralnem hranjenju;
- ocenimo pacientovo alergijo na hrano;
- ocenimo delovanje prebave. Če ima pacient težave z odvajanjem-obstipacija, slaba peristaltika črevesja, lahko nastopijo zapleti zaradi možnega bruhanja in aspiracije. V takih primerih se povežemo z zdravnikom;

- spremljamo pacientovo telesno težo, poskrbimo za beleženje oz. merjenje sprejete in izločene tekočine. Enteralno hranjenje je namenjeno izboljšanju ali vzdrževanju pacientove prehranjenosti;
- pregledamo mesto stome zaradi poškodbe kože, draženja ali sekrecije. Infekcija, pritiskanje sonde ali sekrecija lahko poškodujejo kožo;
- seznanimo se s pacientovo poučenostjo oz. poučenostjo svojcev glede načina izvajanja hranjenja po gastrostomi in pripravi hrane.

### *Negovalne diagnoze*

Na podlagi zbranih podatkov lahko postavimo naslednjo negovalno diagnozo pri pacientu, ki potrebuje enteralno hranjenje:

- moteno prehranjevanje pacienta (manj kot telo potrebuje) zaradi nastalega bolezenskega stanja (vzroki so individualni in temeljijo na pacientovem zdravstvenem stanju ali njegovih potrebah);
- možnost vnetja pacientove kože ob gastrostomi;
- možnost aspiracije, diareje ali obstipacije pacienta zaradi nepravilnega hranjenja po gastrostomi;
- možnost izpada ali zamašitve pacientove gastrostome zaradi nepravilnega rokovanja;
- zaskrbljenost pacienta oz. svojcev glede hranjenja po gastrostomi.

## **2. Načrtovanje zdravstvene nege**

Na podlagi negovalne diagnoze postavimo individualne cilje:

- pacientova prehranjenost bo vzdrževana, se bo povečala telesna teža;
- koža okrog stome bo suha in nepoškodovana;
- pacient ne bo imel respiratornih težav;
- pacient bo redno odvajal, brez zapletov;
- pacientova gastrostoma bo pravilno zaščitena pred izpadom in dobro prehodna za hranjenje;
- pacient in svojci bodo poučeni glede načina hranjenja po gastrostomi in usposobljeni za samooskrbo.

## **3. Izvedba**

- hranjenje po gastrostomi 5-6 krat dnevno (količina obroka 300-400 ml; čas hranjenja vsaj 20 do 30 min.);
- oskrba izstopišča gastrostome vsak dan in po potrebi;
- poučevanje glede tehnike hranjenja po gastrostomi;
- poučevanje glede priprave hrane za hranjenje po gastrostomi, uporabi industrijske enteralne prehrane, shranjevanju enteralne prehrane;
- skrb za preprečitev izpada gastrostome;
- poučevanje glede preprečevanja zapletov pri hranjenju;
- poučevanje glede ukrepov v primeru zapletov pri hranjenju po gastrostomi.

Obiske na domu v začetku načrtujemo vsak dan, dokler se pacient in svojci dovolj ne osamosvojijo glede hranjenja po gastrostomi, potem poredko. V primeru dodatnih težav obiske izvajamo temu primerno pogosteje, in sicer v dogovoru z izbranim zdravnikom.

## Hranjenje po gastrostomi na domu

Pacienti z gastrostomo se običajno doma hranijo intermitentno oz. v bolusu s pomočjo brizgalk. Pacient sam ali svojci so ob odpustu iz bolnišnice že poučeni o tem, vendar so še negotovi pri izvajanju hranjenja. Zato potrebujejo ob odpustu oskrbo, dodatna navodila in psihično podporo patronažne medicinske sestre (Batas, 2006).

## Priprava hrane za hranjenje po gastrostomi

Hrana, pripravljena za hranjenje po enterostomi, mora biti biološko polnovredna, uravnotežena zdrava prehrana. To pomeni, da mora vsebovati:

- hranilne snovi (vir energije):

- beljakovine (15%)
- ogljikovi hidrati (55%)
- maščobe (30%)

- zaščitne snovi (vitamine in minerale);

- pomemben je tudi ustrezen vnos vode, da ne bi prišlo do dehidracije. Dnevne potrebe po vodi znašajo 30-35 ml/ kg telesne teže na dan. Pri stanjih, kjer je izguba tekočin večja, pa se potrebe temu primerno povečajo.

Za hranjenje po gastrostomi si kupujejo industrijsko pripravljeno hrano ali pa jo pripravljajo sami. Dobra stran industrijsko pripravljene hrane (pr. Nutricomp, Fresenius,...) je, da je po konsistenci idealna za hranjenje po gastrostomski sondi, ker je tekoča, hkrati pa pokriva energetske potrebe posameznika kot tudi potrebe po zaščitnih snoveh. Slaba stran je v tem, da jo morajo kupovati in je precej draga.

Pripravljanje hrane doma je cenejše, vendar bolj zamudno, vsak dan mora biti sveže pripravljena. Hranijo jo lahko v hladilniku, pred uporabo pa jo je treba segreti na telesno temperaturo (25-35 °C). Količina obroka je 300-400 ml oz. manjša, kadar je želodec zmanjšan zaradi resekcije ali vnetnih in tumorskih sprememb. Upoštevamo navodila iz bolnišnice.

Hrano, ki jo pripravijo doma, je treba dobro zmiksati in precediti skozi cedilo zaradi možnih večjih kosmičev, vlaken hrane, ki še ostanejo. Hrana mora biti dovolj tekoča, sicer težko potuje po gastrostomi in jo lahko zamaši (Batas, 2006).

### *Priprava osebe, ki hrani:*

- psihična priprava;
- fizična priprava (umivanje in razkuževanje rok).

### *Priprava pripomočkov:*

- 60 ml brizgalka;
- hrana za hranjenje po gastrostomi mora biti ogreta na sobno temperaturo oz.

doma pripravljena hrana, ogreta na telesno temperaturo ( 25–350 C); mrzla lahko povzroči prebavne motnje;

- lijak ali večja brizgalka (60 ml);
- zaščita za pacienta (podloga ali brisača);
- nesladkan čaj ali navadna voda (za spiranje sonde pred hranjenjem in po njem; 20-30 ml);
- čiste rokavice.

**Priprava pacienta:**

- psihična priprava: pacientu razložimo pomen in postopek hranjenja;
- fizična priprava: pacienta namestimo v polsedeč položaj (kot 30-45 stopinj, da preprečimo oz. zmanjšamo nevarnost aspiracije).

**Izvedba (Ivanuša, Železnik, 2002):**

- nataknemo rokavice, preverimo mesto sonde in zastoj hrane v želodcu;
- spojimo brizgalko s sondo in povlečemo vsebino; če je želodčne vsebine manj kot 100 ml, jo vrnemo v želodec; če je želodčne vsebine več kot 100 ml, počakamo s hranjenjem in obvestimo zdravnika;
- sondo speremo s 30 ml vode ali nesladkanim čajem, da zagotovimo čisto in prehodno sondo;
- stisnemo sondo, da preprečimo vdor zraka v želodec ali iztekanje želodčne vsebine;
- spojimo brizgalko brez bata s sondo in jo napolnimo s hrano;
- sprostimo sondo, da hrana prosto steče v želodec; dolivamo, dokler ne porabimo pripravljene količine hrane; med polnjenjem brizgalke sondo vedno zapremo; počasno hranjenje, brez pritiska, zmanjšuje nevarnost drisk in obremenjenost želodca;
- predpisano količino tekočine (vode) lahko dajemo pacientu skupaj ali med hranjenjem;
- sondo speremo s 30 ml vode ali nesladkanega čaja pred in po hranjenju (če se ne hrani, pa vsakih 4-6 ur), da preprečimo zamašitev sonde;
- tudi pred aplikacijo zdravil in po njej sondo speremo;
- po hranjenju sondo zapremo, zunanost umijemo s toplo vodo;
- pacienta uredimo, brizgalko in posodo za hrano umijemo in shranimo, material za enkratno uporabo zavržemo;
- snamemo rokavice, umijemo in razkužimo si roke;
- kadar se pacient hrani sam ali ga hranijo svojci, je dovolj temeljito umivanje rok.

**4. Vrednotenje (Ivanuša, Železnik, 2002)**

- Ocenjujemo, kako pacient prenaša hranjenje. Kontroliramo zastoj hrane.
- Pacienta tehtamo vsak dan, dokler ni dosežena predpisana količina hrane. Kasneje pa trikrat na teden. Nenadno povečanje telesne teže v 24 urah pomeni, da gre za obremenitev s tekočino.
- Merimo količino prejete in izločene tekočine.

- Ocenimo stanje kože ob stomi. Sekrecija iz želodca ob stomi lahko povzroči maceracijo, vnetje kože.

*Nepričakovani zapleti (Ivanuša, Železnik, 2002):*

- pacient lahko zaradi bruhanja aspirira želodčno vsebino; vzrok je počasno praznjenje želodca ali prehitro dajanje hrane; pacienta namestimo na bok, očistimo dihalne poti z aspiracijo, obvestimo zdravnika;
- pacient ima driske tri in večkrat v 24 urah, ker ne prenaša hrane ali pa je hranjenje prehitro; nekateri antibiotiki, ki vsebujejo sorbitol lahko tudi povzročijo drisko; hitrost hranjenja je treba upočasniti, obvestiti zdravnika in dajati predpisana zdravila in dieto;
- pacient ima nauzeo in bruha; hranjenje je treba prekiniti, obvestiti zdravnika, oceniti stanje prebave in napetost trebuha;
- koža okrog stome je pordela; zagotoviti je treba ustrezno oskrbo kože;
- ob robovih gastrostome raste granulacijsko tkivo; o tem je treba obvestiti zdravnika, ki odredi nadaljnjo oskrbo stome.

**Hranjenje po jejunostomi na domu**

V patronažnem varstvu se s pacientom, ki ima vstavljen katetersko jejunostomo srečamo zelo redko. Tako pacient kot svojci so ob odpustu iz bolnišnice poučeni o načinu hranjenja in pripravi hrane, vendar še vedno potrebujejo oskrbo patronažne službe. Tehnika hranjenja po kateterski jejunostomi se na domu izvaja v obliki bolusa ali intermitentno. Količina obroka je manjša, in sicer od 100 do 150 ml za en obrok. Število obrokov dnevno je zato večje, to je 6-8 ali več, če se hrani na dve uri. Pacienti kupujejo industrijsko pripravljeno hrano ali pa jo po navodilih iz bolnišnice pripravljajo sami. Pripravljena hrana mora biti sveža. Hraniti jo je treba v hladilniku, pred uporabo pa segreti na telesno temperaturo. Katetri za hranjenje po jejunostomi so zelo tanki, zato se lahko hitro zamašijo, če jih pred hranjenjem in po njem ne spiramo z 20 ml vode ali nesladkanega čaja. Patronažna medicinska sestra izvaja zdravstveno vzgojno delo, poučuje o načinu hranjenja, o možnih zapletih in o ustreznih ukrepih. Redno prevezuje izstopišče jejunostome, ob zapletih ukrepa in se poveže z zdravnikom (Batas, 2006).

**Aplikacija zdravil po enteralni sondi**

Pred vsako aplikacijo zdravil in po njej je treba sondo - cevko sprati z 20-30 ml vode ali nesladkanega čaja. Kadar apliciramo več zdravil, jih ne smemo mešati med seboj, temveč apliciramo vsako posebej. Med enim in drugim zdravilom speremo sondo s 5-10 ml vode ali nesladkanega čaja. Zdravil nikoli ne zmešamo s hrano. Zdravil ne zmešamo z mlekom. Zdravil, ki se dajejo pod jezik prav tako ne apliciramo po gastrostomi.

## Pacient z nazogastrično sondo na domu

Nazogastrične sonde so različne dolžine, debeline in iz različnih materialov. Za hranjenje v želodec so bolj primerne debelejšše sonde, za hranjenje v tanko črevo pa so primernejše tanjše, mehkejše in daljše sonde. Zaradi lažjega uvajanja sonde se da plastična sonda za 30 minut na led. Nasogastrična sonda mora biti pred uvajanjem navlažena, da laže drsi.

Ko je pacient odpuščen iz bolnišnice, ima že uvedeno nasogastrično sondo za hranjenje. Če sonda izpade, jo ponovno uvedejo v zdravstveni ustanovi.

### Preverjanje pravilne lege sonde

Pravilno namestitev sonde običajno preverimo z RTG - slikanjem, aspiracijo želodčne vsebine in z merjenjem pH (pH želodčnega soka je 1 - 4, črevesnega pa 6 - 7) ter poslušanjem vbrizganega zraka (po sondi) v želodec. Najbolj zanesljive RTG slikanje, aspiracija želodčne vsebine in merjenje pH, manj zanesljivo pa je poslušanje zvokov med vbrizgavanjem zraka v želodec (zvok se lahko prenaša tudi iz pljuč in požiralnika). Preverjanje položaja sonde je potrebno pred vsakim hranjenjem (Ivanuša, Železnik, 2002).

Postopek preverjanja položaja sonde:

- aspiriramo vsebino z brizgalko;
- zmerimo pH prebavnega soka (merimo pred hranjenjem ali 1 uro po hranjenju ali dajanju zdravil); v sondo vbrizgamo 30 ml zraka in aspiriramo vsebino;
- s slušalkami poslušamo v zgornjem levem kvadratu trebuha in istočasno vbrizgamo 10 – 20 ml zraka po sondi; zrak povzroči poseben zvok v želodcu, ki ga sliši s slušalkami. Ta način ni najbolj zanesljiv, ker se zvok lahko prenaša tudi iz pljuč in požiralnika.

### Hranjenje pacienta po nasogastrični sondi na domu

Postopek, vrsta in količina hrane so podobni kot pri gastrostomi, le da se hrani po nasogastrični sondi (NGS). Ob odpustu pacienta, so o načinu hranjenja in pripravi hrane poučeni svojci že v bolnišnici. Patronažna služba mora nadaljevati zdravstvenovzgojno delo, nadzor in vzpodbudo ter glede na potrebe pacienta izvajanje zdravstvene nege (Batas, 2006). Naloge patronažne medicinske sestre so (Ivanuša, Železnik, 2002):

- ugotoviti znanje pacienta in svojcev o načinu hranjenja po sondi;
- nadaljuje poučevanje hranjenja po NGS in svetovanje glede priprave hrane;
- opozorimo pacienta in svojce glede možnih zapletov, kot so: nevarnost nastanka rane na nosnici (sondo pritrdimo z obližem na nos tako, da lahko nemoteno premikamo njen zunanji del), možnih zapletov hranjenja po sondi (driske, bruhanje ali navzeja), nevarnost aspiracije, nevarnost izpada sonde;
- pacientu in svojcem pojasnimo, da je potrebna pogostejša ustna nega, vlaženje ustnic;

Pacient z nasogastrično sondo (NGS) na domu je redek, in še to za kratek čas, dokler se ne uredi sprejema v dom starejših občanov. Običajno so pacienti premeščeni tja direktno iz bolnišnice. Na domu je celostna in kontinuirana oskrba pacienta z



NGS večkrat dnevno neizvedljiva. Zakaj? Tak pacient potrebuje hranjenje večkrat na dan. Zavarovalnica nam tako pogostih obiskov ne prizna. Večji del oskrbe je prepuščen svojcem pacienta, ki morajo biti poučeni o vseh možnih zapletih pri hranjenju po NGS (možnost izpada, lahko zdrsi iz nosa in ne leži v želodcu, možna aspiracija,...) ter ustreznih ukrepov. Tu se postavlja vprašanje kompetenc in odgovornosti! (Batas, 2006)

### Ustna higiena pri pacientih z enterostomo

Pri pacientih, ki imajo nasogastrično sondo, gastrostomo ali jejunostomo, hrana obide normalno pot skozi usta-ustno votlino. Pacientu je tako odvzeta faza okušanja hrane in s tem tudi zadovoljstvo. Zato je pomembno, da se pogosteje izvaja ustna nega.

### Sklep

Pacientu, ki ima zaradi bolezni ali poškodbe težave s hranjenjem, je s pomočjo vstavitve sonde omogočeno ustrezno prehranjevanje glede na njegove potrebe za vzdrževanje optimalnega zdravja. Dobra edukacija pacienta in svojcev glede načina hranjenja, možnih zapletov in o ukrepih je ključnega pomena za dobro adaptacijo na življenje z enterostomo. Obravnava pacienta s strani patronažne službe omogoča kontinuirano zdravstveno nego na domu, pripomore k lažji in bolj kakovostni vključitvi posameznika v domače okolje. Ob prihodu domov so pacient in svojci še negotovi in potrebujejo vzpodbudo, edukacijo patronažne medicinske sestre. To jim daje občutek večje varnosti, preprečeni so morebitni sekundarni zapleti. Razmere doma, tako prostorske, materialne kot tudi socialne, so običajno drugačne, kot so videti oz. jih ocenijo med hospitalizacijo. Patronažna medicinska sestra ob obisku na domu lahko oceni dejansko stanje v družini in temu primerno načrtuje svoje delo. Poleg pacienta obravnava celotno družino, ki je lahko pacientu z enterostomo najboljša opora na poti k okrevanju (Batas, 2006).

### Literatura

Anon. *Guidelines for the management of Enteral Tube Feeding in Adults*. CREST (Clinical Resource Efficiency Support Team). April 2004. Dostopno na: <http://www.crestni.org.uk/tube-feeding-guidelines.pdf>

Batas R.(2006). *Zdravstvena nega pacienta s hranilno stomo v patronažnem varstvu*. V. (ured.) *Dobra priprava na operacijo – manj zapletov po njej: zbornik predavanj s strokovnega srečanja*, Zdravilišče Radenci, 09. In 10. Marec 2006, str. 64 – 74;

Ivanuša A., Železnik D. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2002; str. 213 – 225.

## **Oskrba pacienta z gastrostomo na oddelku za invalidno mladino Stara Gora**

*Darja Dokič, viš.med.ses.*

*Aljana Semič*

*Oddelek za invalidno mladino Stara Gora,*

*Splošna bolnišnica "Dr. Franca Derganca"*

*Nova Gorica, Šempeter pri Gorici*

### **Izvleček**

Enteralno hranjenje je za posameznika z motenim požiranjem dolgoročno varen in sprejemljiv način prehranjevanja.

Na oddelku za invalidno mladino Stara Gora se najpogosteje uporablja metoda hranjenja v bolusu z dnevno sveže pripravljeno hrano, ki bo predstavljena na primeru pacientke s cerebralno paralizo.

Celovita zdravstvena oskrba posameznega pacienta zajema zdravstveno nego in hranjenje ter komunikacijo s svojci, kar tudi prispeva k sprejemanju drugačnega načina hranjenja.

### **Ključne besede:**

razvojne motnje, enteralno hranjenje, hranjenje v bolusu, komunikacija s svojci.

## Uvod

Na oddelku za invalidno mladino Stara Gora izvajamo rehabilitacija otrok, mladostnikov in odraslih z motnjami gibanja in drugimi kombiniranimi motnjami je stičišče pacientov, strokovno usposobljenega kadra in staršev, kjer delovanje vsakega posameznika predstavlja pomemben del rehabilitacije vsakega posameznika. Zbranost in usposobljenost kadra je izredno pomembna, kot tudi njihova sposobnost vzpostavljanja medsebojne komunikacije in komunikacije s starši, ki morajo biti ustrezno seznanjeni s stanjem pacienta in jim mora biti strokovno predstavljen način prilagajanja in participacije pri rehabilitaciji le tega.

Pri svojem delu se srečujemo tudi s pacienti pri katerih je potrebno enteralno hranjenje. Pozornost negovalnega kadra je v teh primerih namenjena tako pripravi pacienta na hranjenje in postopkom le tega ter ukrepom za preprečevanje okužb in mogočih komplikacije, ki pri tem lahko nastanejo, kakor tudi staršem, ki so v vključeni v obravnavo. Postopki so vsakdanji in jih je potrebno dokumentirati.

## Dejavnost oddelka

Na oddelku za invalidno mladino Stara Gora, izvajamo rehabilitacijo otrok in mladostnikov z motnjami gibanja in drugimi kombiniranimi motnjami v razvoju (večinoma so to otroci s cerebralno paralizo, različnimi okvarami osrednjega živčevja: razvojne anomalije možganov, heredodegenerativne bolezni, kromosomopatije, okvare hrbtenjače in perifernega živčevja - mielomeningokele, obporodne okvare brahialnega pleteža, nevropatije, pa tudi otroci z nevromišičnimi boleznimi, razvojnim zaostankom, epileptičnimi sindromi), v zadnjih letih pa tudi odraslih z nevrološkimi motnjami in poškodbami glave. Oddelek deluje v sklopu Splošne bolnišnice "dr. Franca Derganca" Nova Gorica v Šempetru pri Gorici.

Dejavnost, ki je v slovenskem prostoru specifična, se odvija po konceptu zdravstvene nege in rehabilitacije. Izvaja se hospitalno, ambulantno in v obliki intenzivnih enotedenskih programov rehabilitacije s sočasno edukacijo staršev. Del rehabilitacije se prenaša v domače okolje. (Glasilo Splošne bolnišnice "Dr. Franca Derganca" Šempeter pri Gorici, 2002)

Novejši trendi družbene skupnosti in doktrinarna stališča stroke so v zadnjem obdobju narekovala sodobnejše oblike rehabilitacije, ki zajema integracijo oseb s posebnimi potrebami v domače in širše družbeno okolje. Kljub temu nekateri otroci in odrasli, ki zaradi različnih vzrokov, med njimi so huda stopnja prizadetosti in možnost najrazličnejših zapletov osnovne bolezni, še vedno potrebujejo kontinuirano, visoko strokovno zdravstveno oskrbo. Pacienti po premestitvi iz Pediatrične klinike UKC Ljubljana ali katerega drugega oddelka, klinike ali ustanove ostajajo na oddelku daljše obdobje.

Bolnišnični dejavnosti je namenjenih 55 postelj. Pacientom se zagotavlja celovita zdravstvena oskrba ter program celovite rehabilitacijske obravnave. Struktura populacije otrok se z leti spreminja, tako da se je število pacientov z gastrostomo v

zadnjih letih povzpelo na 17, kar predstavlja 56 odstotkov skupnega števila pacientov. Temu primerno je bilo potrebno izobraziti zdravstveno osebje in ga usposobiti za izvajanje novih aktivnosti in intervencij.

Za uspešen potek rehabilitacije je izjemno pomembno timsko delo, sodelovanje s strokovnjaki, ki sicer niso redni člani tima. Na področju zahtevnejše diagnostike in zdravstveno težjih zapletov poteka dobro sodelovanje s Pediatrično kliniko Kličnega Centra Ljubljana, specialisti šempetrske bolnišnice, z Inštitutom RS za rehabilitacijo in drugimi.

## Enteralno hranjenje

Zdravstveno nego na oddelku izvajajo srednje medicinske sestre oziroma zdravstveni tehniki in višje medicinske sestre oziroma diplomirane medicinske sestre. Zaradi težav v telesnem in duševnem razvoju, kakor tudi motenj hranjenja, je večina pacientov je popolnoma odvisnih od oskrbe in pomoči. Glede na zahteve zdravstvene nege je večina otrok po kriterijih kategorizacije zdravstvene nege kategoriziranih z kategorijo III.

Te motnje se pri nekaterih pacientih kljub, skrbnim negovalnim in terapevtskim postopkom, zaradi različnih vzrokov (slabša nevromišična kontrola, možnosti aspiracije), stopnjujejo do te mere, da je potrebno uvesti nazogastrično sondo. Po nazogastrični sondi se hranijo trije otroci in dva odrasla pacienta. Večkrat je potrebno napraviti tudi gastrostomo. Prek nje se hrani petnajst otrok in dva odrasla.

Kadar se pričakuje ponovni prehod na hranjenje preko ust, ali ko zdravstveno stanje pacienta ne dopušča posega za vstavev hranilne cevke in v primeru, ko se ne dobi soglasja pacienta ali svojcev, se ostaja pri hranjenju po nazogastrični sondi.

Uvedba enteralnega načina hranjenja predstavlja za varovance z nevrološkimi okvarami in motnjami požiranja varnejši način prehranjevanja, saj ni nevarnosti aspiracij. Na tak način se ohranja višjo raven kakovosti življenja. Zagotavlja se ustrezna prehranjenost in sprejemljivejši videz.

Tehniko hranjenja, vrsto in količino hrane določi zdravnik. Medicinska sestra, v okviru zdravstvene nege izvaja hranjenje in oskrbo hranilne stome, pri čemer sodeluje z zdravnikom, dietetikom iz centralne kuhinje ter ostalimi člani tima.

Posebnosti zdravstvene nege glede hranjenja na oddelku:

- vse paciente z gastrostomo hranimo v bolusu s potiskom;
- uporabljamo dnevno svežo hrana, pripravljeno v bolnišnični centralni kuhinji;
- primerno stopnjo hidriranosti vzdržujemo z dovajanjem čaja ali prekuhane vode preko sistema kapalnih vrečk na prosti pad v času med enim in drugim obrokom, enkrat zjutraj, drugič popoldne, potrebi tudi ponoči.
- paciente hranimo preko hranilnega sistema in črpalke le v primerih, ko je potrebno hraniti kontinuirano in počasi zaradi iztekanja ali bruhanja.

Priprava obrokov poteka na običajen način v centralni kuhinji bolnišnice. Nato

hrano zmiksamo. Po sestavi odgovarja vsem standardom, da ustrezajo dnevnim potrebam in dietnim predpisom.

V razdelilni kuhinji se pripravi odmerke za posameznega pacienta, po potrebi se hrano precedi in razredči s čajem ali prekuhano vodo, z mlekom se redčijo mlečni obroki do ustrezne tekočnosti, ki je primerna za uporabo v bolusu. Zatem se počaka, da se shladi na sobno temperaturo.

Iz centralne kuhinje se hrano dostavi v termičnih posodah. Medicinska sestra na oddelku pri prevzemu pripravljenih jedi upošteva pravila in predpise HACCP-a za varno hrano.

Priprava pacienta na hranjenje in samo hranjenje se izvaja po standardu in vključuje:

- pripravo pripomočkov za hranjenje,
- pripravo hrane,
- razkuževanje rok,
- pripravo pacienta (namesti se ga v položaj z dvignjenem vzglavjem 300 ),
- preverjanje prehodnosti cevke in zaostankov hrane v želodcu.

Za varno rokovanje in preprečevanje okužb se uporabljajo naslednji postopki:

- pred hranjenjem se umije in razkuži roke,
- po potrebi se uporabijo PVC predpasniki, rokavice in masko,

Postopek hranjenja:

- preveri se zaostala hrana v želodcu z aspiracijo; aspirirano hrano se ponovno vbrizga. Hranjenje se prestavi za eno uro. Če je po eni zaostanek še vedno večji od 100 ml se obvesti zdravnika,
- vedno se uporablja svežo hrano ogreto oziroma ohlajeno na sobno temperaturo,
- hranilno cevko pri gastrostomi se pred hranjenjem, po hranjenju ter aplikaciji zdravil prebrizga s čajem ali prekuhano vodo,
- hranilne cevke pri hranilni stomi se nikoli ne sme prebrizgavati s silo; če je cevka zamašena, se obvesti zdravnika,
- zdravila se zdrobijo s pomočjo drobilca in raztopijo v tekočini; s tem se prepreči zamašitev hranilne cevke,
- brizgalko se po obroku dobro izpere in dnevno zamenja,
- pogleda se kožo okolil gastrostome; iščejo se znaki vnetja ali iztekanja tekočine,
- pozornost je usmerjena na zunanji obroček hranilne cevke, da prekomerni pritisk ne povzroči razjede ali pa se ugreza in vrašča v trebušno steno,
- vstopno mesto hranilne stome se čisti s fiziološko raztopino, okolico z blago milnico
- koža okrog stome mora biti vedno suha.

Hranjenje traja najmanj 20 minut počasi. Po zaključenem vnosu hrane se cevko prebrizga z 30 ml vode, uredi se pacienta in okolico. V položaju z dvignjenem vzglavju ostane še najmanj 30 - 60 min. Postopek se dokumentira (količino in vrsto

hrane, pacientov odziv) v pacientovo in negovalno dokumentacijo. Izvajalci si razkuzijo roke (Gavrilov, 2006-2007).

### **Komplikacije pri hranjenju**

Pri zdravstveni negi in hranjenju po gastrostomi so možne številne komplikacije. Najpogostejše so:

- Iztekanje hrane: se uravnava z aplikacijo manjše količine hrane in zmanjšanjem trajanja posameznega obroka.
- Izpad hranilne cevke: hranilno cevko takoj ponovno vstavimo v pravilen položaj; za rokovanje s tovrstnimi zapleti so v ustanovi usposobljene višje oziroma diplomirane medicinske sestre.
- Vnetje vstopnega mesta: bakterijsko, glivično, kemično (draženje zaradi iztekanja želodčnega soka ob stomi). Po naročilu zdravnika je zdravljenje večinoma lokalno.
- Zamašitev hranilne cevke: cevko prebrizgavamo z brizgalko. Uporabimo jabolčni sok ali čaj pri čemer ne uporabljamo prevelike sile.
- Vgrezanje hranilne cevke v trebušno steno: cevko nežno potegnemo do trebušne stene.
- Razrast granulacijskega tkiva ob hranilni cevki: lapiziramo
- Poškodba hranilne cevke (počen cuff): potrebna je zamenjava hranilne cevke (Lewis, 2007).

### **Dokumentiranje**

Dokumentacija se vodi na temperaturnem listu in pa listu zaužite hrane in tekočine. Za varovance z gastrostomami se dodatno beležijo še naslednji parametri :

1. Vnos tekočin: voda in nesladkan čaj
2. Tehtanje: 2 krat tedensko
3. Nega kože in stome: dnevno se okolico stome čisti z blagim milom in vodo, vstopno in izstopno mesto se čisti z fiziološko raztopino

### **Vloga medosebne komunikacije s svojci**

Za starše je dejstvo, da je potrebno vstaviti gastrostomo, ki predstavlja edini še ustrezn način zagotavljanja dolgoročno varne prehrane, vsekakor stresno in boleče.

Izkušnje kažejo, da pri večini staršev sprejetje uvedbe enteralnega načina hranjenja vodi preko:

- a) spremljanja vsakodnevnega skrbnega, neutrudnega prizadevanja medicinske sestre, da bi pacienta kljub številnim težavam (odklanjanje hrane, motnje požiranja in posledične aspiracije, motnje oralne motorike) vendarle varno ter količinsko zadostno nahranili,
- b) spoznanj ob spremljanju hranjenja, ko medicinske sestre maksimalno prilagodijo čas in način hranjenja otroku, pa so kljub temu poskusi nahranitve neuspešni, da je gastrostoma dejansko edina rešitev.

Temu obdobju pa sledi čas prilagajanja na novonastalo situacijo. Starši si želijo odgovorov na številna vprašanja o delovanju stome, rokovanju z njo, zlasti pa si želijo pogostih informacij o stanju otroka.

Pomembna je vloga medicinske sestre, ki poleg strokovnega znanja v zvezi z enteralnim načinom hranjenja obvladuje tudi učinkovito medosebno komunikacijo s svojci in je sestavni del celovite zdravstvene oskrbe posameznega pacienta.

Komunikacija se ne nanaša le na posredovanje dejstev, temveč tudi na pomoč staršem pri prilagajanju na dane razmere, kjer se vloga medicinske sestre kaže tudi v zdravstveno vzgojnem delu s starši:

- starši imajo možnost spremljati delo medicinske sestre pri hranjenju,
- starše se uči samostojnega hranjenja otroka,
- starši samostojno hranijo otroka na oddelku ali doma.

V vseh primerih se seznanjajo s težavami (odklanjanje, ...) in spoznajo, da kljub maksimalnim prilagoditvam časa, načinu hranjenja in vrste hrane, otroka ni možno primerno nahraniti v razumnem času. Staršem predstavimo vse prednosti enteralnega hranjenja in morebitne zaplete.

## Hranjenje v bolusu pri deklici s cerebralno paralizo

### Predstavitev primera

Deklica S. O., rojena marca 1996, je premeščena iz Pediatrične klinike Univerzitetnega kliničnega Ljubljana zaradi programa rehabilitacije, kjer je ob kompletni zdravstveno-medicinski oskrbi vključena v redno nevrofizioterapevtsko obravnavo, obravnavo pri specialnem pedagogu in psihološko vodenje. Ob sprejemu je težka 12,6 kg. Zdravniške diagnoze so:

- a) hipoksično ishemična možganska okvara,
- b) spastična kvadriplegična cerebralna paraliza ,
- c) epilepsija,
- d) osteoporoza.

Gre za najtežjo razvojno motnjo, motnjo v duševnem razvoju in spastično tetraparezo s sekundarnimi komplikacijami na lokomotornem sistemu (kontrakture). Ima pogoste mioklonične napade. Potrebuje zahtevno zdravstveno oskrbo, pogoste aspiracije dihal, večkrat preboleva respiratorne infekcije z obilno gnojno sekrecijo iz spodnjih dihal. Odvaja s pomočjo klizme vsak tretji dan. Izvajajo se spremembe položaja telesa zaradi boljše predihanosti in preprečevanja razjede zaradi pritiska. Izvaja se redna nevrofizioterapija in respiratornafizioterapija.

Že v prvem letu starosti je bila vstavljena nazogastrična sonda zaradi težav (bruhanja, aspiracije in pogostih respiratornih infekcij). Pri starosti dveh let je napravljena gastrostoma.

Vrsta gastrostome: Kangaroo št. 20 (menjava po potrebi).

Hrani se v bolusu s potiskom.

Čas hranjenja: najmanj 20 minut na obrok.

Tekočina se aplicira z 50 ml brizgalko.

V *tabeli 1* je predstavljen dnevni vnos hrane pri obravnavani pacientki. Skupni dnevni vnos je cca 800 ml razporejen po posameznih vnosih. Glede sestave posameznih obrokov se sodeluje z bolnišničnim dietetikom.

*Tabela 1: Dnevni vnos hrane*

	Količina v ml	Vrsta hrane
zajtrk	180	Mlečno (mlečni zdrob, ...)
malica	120	Sadje
kosilo	180	Lahka dieta MIX
malica	120	Jogurt, sadne kašice
večerja	180	Lahka dieta MIX

Vir: Negovalna dokumentacija obravnavane pacientke

## Zaključek

Komunikacija je v tem smislu pomoč, starši pri sebi na osnovi spremljanja dela medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev, ter pogovorov o tem, kaj pacient dejansko zmore, spreminjajo in prilagajajo svoja stališča, ter iz tega izhajajoče delovanje. To delovanje pa ni vedno samo želja po napredovanju otroka, pač pa tudi opuščenje nerealnih, prezahtevnih pričakovanj.

Staršem se s tem pomaga pri oblikovanju realnejših stališč, kar naj bi zmanjševalo občutke, da morda za otroka ni bilo storjeno vse, kar je možno.

## Literatura

Gavrilov Neva. *Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije*. Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego, 2007

*Glasilo Splošne bolnišnice "Dr. Franca Derganca" Šempeter pri Gorici* (letnik junij 2002). Oddelk za invalidno mladino Stara Gora. Posebna izdaja ob 50 letnici.

Lewis, Heitkemper, Dirksen, O'Brien, Bucher. *Medical-Surgical Nursing*; St. Louis : Mosby Elsevier, cop. 2007



# Gastrostoma v patronažnem varstvu - študija primera

*Mojca Trček, dipl.m.s, ET*

*Patronažno varstvo in zdravstvena nega pacientov na domu*

## Izvleček

Ljudje se v starejšem življenjskem obdobju lažje prijaznimo s poslabšanjem zdravstvenega stanja in potrebnimi medicinskimi tehničnimi posegi, ki sledijo. V zgodnjem in najbolj občutljivem otroškem obdobju je sprejetje s kakršnokoli boleznijo zelo stresno. Marsikateri starši prebolijo psihičen in fizičen stres, ko svojega težko telesno in mentalno prizadetega otroka vzamejo v domačo oskrbo. Deklica, omenjena v članku, je kljub skromni intelektualni sposobnosti, omejeni komunikaciji, nesposobnosti samostojnega gibanja in opravljanja osnovnih življenjskih potreb, nizki stopnji čustvovanja, z vstavljenjo traheo in gastrostomo staršem v veselje. Namen članka je približati težko prizadetega otroka ter predstaviti način življenja in vsakodnevni-24 urni trud staršev prek življenjskih aktivnosti.

## Ključne besede:

gastrostoma, otrok, motnje v telesnem in duševnem razvoju.

## Uvod

Devet mesecev nosečnosti ni predolg čas, da se človek psihološko pripravi na prihod dojenčka in da mu uredi prostor v svojem življenju. Novorojenček je sicer čisto majhen. Ne govorimo le o opremi, ki jo je potrebno načrtovati, ampak predvsem o spremembah v življenju staršev, ki jih prinese s seboj prihod dojenčka. Starša sta s tem že pred rojstvom zelo zaposlena: treba je urediti njegov kotiček, izbrati in nakupiti opremo, posteljnino, oblačila, načrtovati varstvo. Ko se približa rok poroda, je treba pripraviti prtljago za v porodnišnico, napolniti domači hladilnik in se končno dogovoriti za otrokovo ime (Bacus, 2007).

Vendar se vedno ne izteče vse tako kot so načrtovali, si želeli ali pa prebrali v revijah in knjigah, ki nas danes obkrožajo.

Rojstvo otroka lahko pomeni tudi začetek stresa, v katerega zapadeta starša, še posebej, če je njun otrok nedonošen, prizadet ali se bori z življenjem. Stres ob rojstvu vpliva na nadaljnje načrtovanje potomstva. Taki starši potrebujejo pomoč in podporo s strani osebja, svojcev in razumevanje v svojem delovnem okolju (Urbančič, 1995).

Sedaj 7,5 letna deklica se je rodila samo 5 dni pred rokom. V nosečnosti ni nihče opazil, da bi bilo z otrokom karkoli narobe. A po porodu in v prvih dneh, tednih življenja se je izkazalo, da je vse narobe. Takoj po rojstvu je bila deklica z nizko porodno težo nameščena v inkubator. Dojiti se ni mogla, ker ni imela razvitega sesalnega refleksa. Takoj so jo začeli hraniti po nazogastrični sondi. Vsak pregled je pokazal določeno napako. S kariotipizacijo so ugotovili delno trisomijo IV. kromosoma. UZ je pokazal hipoplazijo levega srca, obojestransko displazijo ledvic, agenezia korpus kalozuma (razvojna nepravilnost možganov). Na teži ni pridobivala, hiralala je, pri treh mesecih je prišla domov s 1980 grami. Poleg palatoshize in oslabiljenega imunskega sistema se je kasneje pojavila še epilepsija, psihomotorni zaostanek, težka umska in gibalna nerazvitost.

Deklica je bila zaradi različnih respiratornih infektov pogosto hospitalizirana. Zaradi oslabiljenega imunskega sistema je bila brez odpornosti, rast in razvoj sta bila upočasnjena, imela je velike težave pri hranjenju. Hrano je zaradi slabega sesalnega in požiralnega refleksa polivala ali jo izbruhala. Prišlo je do aspiracije hrane in posledično do aspiracijskih pljučnic. Sledilo je 2 kratno zdravljenje na respiratorju. Uvedena ji je bila tudi nazogastrična sonda, izmenjaje preko noska in ust, vendar so se zaradi stalnih rdečin in razjed, ki so se pojavljala zaradi pritiskanja, odločili za gastrostomo, ki jo je dobila aprila 2003 (stara 1,5 leta). Decembra istega leta je dobila še dihalno kanilo.

Po prihodu domov so igrače v otroškem kotičku zamenjali navadni in prenosni aspirator, saturator, ročni dihalni (ambu) balon, koncentrator kisika na elektriko, dve prenosni jeklenki s kisikom in ostali potrebni pripomočki za nego kanile in gastrostome. Otroška soba je postala na začetku bolniška soba. Starša sta se v strokovnem zdravstvenem timu Kliničnega centra v Ljubljani zelo dobro priučila potrebnih postopkov zdravstvene nege in izvajanja tehničnih posegov, saj sta se zaradi številnih poslabšanj zdravstvenih stanj, infekcij in dolgotrajnih hospitalizacij, odločila, da

punčko obdržita doma. V Univerzitetni klinični center Ljubljana jo vozita na občasne preglede. Od leta 2004 opravljata vso zdravstveno nego na domu sama.

Deklica po posameznih življenjskih aktivnostih:

**1. Dihanje:** Zaradi traheostome ima spremenjen način dihanja. Potrebna je skrbna nega, ki jo starša izvajata po čisti metodi dela zjutraj in zvečer. V primeru poslabšanja stanja (infekt) je potrebna aspiracija in skrb za prehodnost kanile. Po potrebi ji aplicirajo kisik ali jo ob težkem dihanju preko koncentradorja kisika predihavajo s pomočjo dihalnega balona. Skrbeti morata za primerno ogrevan in dovolj vlažen prostor.

**2. Prehranjevanje:** dekllica ima uvedeno gastrostomo. Potreb po hranjenju ne izraža. Starša skrbita za vnos polnovredne in pestre prehrane. Vse obroke pripravljata sama. Sproti zapisujeta, koliko, kdaj in kaj je jedla oz. pila. Hranita jo v bolusu. Pripravljeno hrano vedno precedita ali jo dobro zmeljeta. Dnevno zaužije okoli 800 ml gostejše hrane in 600 ml čaja ali kompota. Glavne obroke ima tri, vsak obrok je zaužit v pol ure (npr: 180 ml zdroba naenkrat in po 20 minutah še 100 ml). Vmes dobi piti po 60 ml tekočin na enkrat.

### **Težave z gastrostomo:**

Z gastrostomo so se pričele težave že od začetka (april 2003). Sprva se ji po posegu ni celila operacijska rana, zato je hrana zatekala ob vstopišču. Zelo pogosto sta jo vozila na kontrole v Univerzitetni klinični center Ljubljana, kjer so zdravniki sprva le opazovali stomo in po potrebi zamenjali cevko (od julija 2004 dalje jo menjujeta starša sama). Vedno so jima zatrjevali, da je položaj stome dober, da hrana minimalno zateka ob stomi, da naj menjujeta zloženec večkrat dnevno in hranita otroka z manjšimi, a pogostimi obroki. Vse to sta storila. Koža pa je postala vneta, prišlo je do hipergranulacije, sprva na določenih mestih ob stomi (nekaj mm), nato na vrhu stome, kjer je večja obremenitev s pritiskom diska gastrostome na spodnji del rebernega loka (tu je granulacija še vedno prisotna). Le to so večkrat lapizirali. Mesec dni po posegu je bilo izvedenih pet lapizacij. Bistvenega izboljšanja glede tega ni bilo, zato so lapizacijo opustili. Sedaj hrana ne zamaka, zatekajo samo želodčni sokovi. Trenutno ob menjavi zloženca in občasno čez dan, ob večjih naporih (telovadba) zakrvari ob stomi. Ranjena sluznico še bolj granulira. Večkrat so za oblogo uporabili alginate, s čimer so začasno izboljšali stanje kože.

Od julija 2004 do aprila 2007 dekllica ni bila na nobenem pregledu, ker je bilo stanje stabilno. Aprila 2007 so se pojavile granulacije okoli vstopišča v premeru 2 cm (nekaj mm večjem od premera okroglega diska gastrostome). Odvzet je bil bris, ki ni pokazal nič posebnega. Zdravnik je svetoval mazanje z mastnim mazilom. Po lokalnih zdravljenjih se je luknjica začela širiti, viden je postal mehurček. V začetku je bila količina destilirane vode v mehurčku 15 ml; sedaj pa je 25 ml.

S prehodnostjo stome niso imeli večjih težav. Zamašila se je mogoče dvakrat zaradi pomarančnih, kivijevih ali jabolčnih pečk. V primeru, da se je cevka zamašila, so le to dobro prebrizgali ali jo zaradi neprehodnosti zamenjali.

Izločanje in odvajanje je nehotno. Uporabljajo otroške pleničke za 1 kratno

uporabo. Potrebna je skrbna kontrola nad uživanjem zadostne količine tekočine, še posebej, ker punčka ne izraža potrebe po žej. Pri odvajanju blata sproti sledijo kdaj in kako odvaja. Zaradi stome mora odvajati blato vsak dan. Če je blato predelano (ima vonj po blatu, ne po hrani) pomeni, da zaužije dovolj hrane. V primeru, da je hrane preveč, ta ostane v nepredelani obliki. Pogosto prihaja do nerednega odvajanja, pri čemer ji morajo mehansko pomagati. Prav tako ima del izločka preko traheostome, zato skrbijo za odstranjevanje sluzi in dodatno vlaženje zraka.

### **Gibanje:**

Deklica je nepremična; rok, nog in glave hoteno ne premika. V vsem je popolnoma odvisna od odraslih oseb. Zelo rada sedi v naročju, za spremembo lege poskrbijo še s sedenjem v vozičku in ležanju na boku. Enkrat tedensko jih obiskuje nevrofizioterapevtka za eno uro. Poleg tega je pomembno, da vsak dan tudi sama izvajata različne vaje.

Počitek in spanje: dekllica že eno leto čez dan nič ne spi. Zvečer zelo težko zaspi in vedno mora biti poleg nje eden od staršev, da jo drži za roko in boža. Zaspi od enajstih do polnoči ob nočni lučki. Ponoči se veliko zbuja, na dve do tri ure pa jo je potrebno tudi obračati. Najbolj trdno spi zjutraj, ko se začne daniti, do devete ure. Zaradi epilepsije nekaj let nazaj ni spala tudi po dva dni skupaj. Vsako noč je zaspala šele okrog petih zjutraj in je spala tudi do enajstih dopoldne.

### **Oblačenje:**

pri oblačenju je popolnoma odvisna od druge osebe. Ne ve, da mora dati roko v rokav, nogo v hlačnico. Oblači se jo sede ali leže. Pozimi mora biti zelo oblečena, ker jo zelo rado zebe, poleti se hitro spoti, zato jo je potrebno veliko preoblečiti. Vendar je videti, da se rada preobleči, ker se pri tem opravi luč vedno smeje. Zaradi traheo in gastrostome je potrebna posebna pozornost pri oblačenju majic in puloverjev čez glavo.

### **Vzdrževanje telesne temperature:**

potrebna je skrb za primerno temperaturo okolice in nadzor nad uravnavanjem telesne temperature.

### **Skrb za čistočo in urejenost:**

starša skrbita za popolno telesno nego in ustrezno nego gastro in traheostome.

### **Skrb za varnost:**

starša sta bila ob odpustu iz bolnišnice poučena o potrebnih ukrepih v primeru zamašitve ali izpada traheostome in gastrostome. Sama sta usposobljena za zamenjavo obeh pripomočkov. Pozorna morata biti na dekllico, da si ne izvleče traheo ali gastrostome, da ne pade iz višjih površin in da jo dobro pritrjita v vozičku. Gastrostoma je ob telo pritrjena z mrežico, čez katero ima oblačila. S tem ima dostop do gastrostome oviran in težje dostopen.

### **Komuniciranje:**

Deklico vzpodbujajo, da bi vzpostavili čim boljši kontakt z očmi, tako da bi razumela navodila z zvokom, barvami, dotiki. Potrebno jo je masirati, da pridobi čim več normalnih občutkov in možnost zavedanja. Potrebuje stimulacijo obraznih mišic (smeh, jok). Na primer: mamica se ji smeji, pokaže, da je huda (z močnejšim glasom reče, da tega ne sme, npr. drgniti z roko ob stomo). Včasih ima občutek, da se zaveda, kaj gleda. Ko nekdo stopi v sobo, se nasmeje in začne brcati. Njen pogled je miren, dalj časa usmerjen. Ko ji položijo v roke različne predmete, naguba čelo in dobi začuden obraz. Igrač ni sposobna slediti s pogledom, samostojno se ne obrača na hrbet – trebuh, vendar ob stimulaciji, s klicanjem dokonča obračanje v desno ali levo stran.

Izražanje čustev, mnenj in potreb: vesela je, ko se ji približajo, jo ogovorijo, vzamejo v naročje ali se z njo igrajo. Žalostna je, ko jo kaj boli ali ji rečejo, da ne sme »drgniti stome«. Drugače pa žalosti in razočaranja kot čustva ne zna izkazovati. Deklica ne izraža nobenih potreb zavestno, vse kar se pri njej izraža, so nehoteni gibi, ki se ponavljajo. Seveda se določene potrebe da razbrati. Če ji položaj pri sedenju, ležanju ali v naročju ne ustreza, postane nemirna ali začne jokati. To izraža s kremženjem obraza, brcanjem desne noge ob podlago, dvigovanjem obeh rok visoko nad glavo, s stisnjenimi pestmi ter »zvijanjem« telesa. V naročju noge otrdijo, začne dvigovati zadnjico, z rokami si »mane« oči. Kadar se ji ne izkazuje pozornosti, se naveliča trenutnega položaja (npr. pri sedenju v vozičku začne kašljati). Ko pa jo začnejo ogovarjati ali se ji približajo, se nasmehe in da roke v usta.

### **Rekreacija:**

za deklico je rekreacija fizioterapija, ki jo izvajajo tudi s pomočjo različnih pripomočkov. Zelo ji ustrezajo nekatere vaje z žogo. Rada tudi sedi v naročju ali v vozičku in leži na boku.

### **Učenje zdravega življenjskega sloga:**

namesto deklice sta se ves čas poučevala starša in ji ponudila v danih razmerah kar največ. Rojstvo je pomemben mejnik v življenju vsakega človeka. Spoznanje o spočetju zbudi v starših presenečenje, navdušenje, spremeni njihov vsakdan v pričakovanja in priprave (Leach, 1991).

Starši bolnih otrok prehodijo težko pot. Sprejeti morajo otrokovo telesno in/ali duševno odstopanje od normale, prestati vrsto psihičnih pretresov, spremeniti vrednote, se naučiti vseh potrebnih ukrepov in s tem kar najbolje pomagati svojemu otroku.

Vendar starši ne potrebujejo le pomoč strokovnega osebja pri izvajanju postopkov zdravstvene nege in medicinskih tehničnih postopkov, temveč tudi podporo psihologov, večkratne pogovore z osebjem o njihovih skrbih, dvomih, vprašanjih, morebitni krivdi, prihodnosti... In ko pridejo v domače okolje, jih ponovno čaka vrsta preizkušenj. Zapustijo varno obzidje javnih ustanov, kjer je medicinska pomoč

na doseg roke in kjer so nekako skriti pred javnostjo. Izpostavljeni so ožji in širši okolici – njihovim zbadljivim vprašanjem, povešenim pogledom, izogibanju stikov in srečanj. Namesto podpore pride večkrat do družbene izolacije. Tu lahko v veliki meri pomaga tudi pomoč in podpora patronažne službe v sodelovanju z ostalimi službami.

Za starše skoraj osemletne deklice, se je izkazalo, da je bila odločitev, da jo vzameta v domačo oskrbo, pravilna, saj je bila doma izpostavljenost infektom veliko manjša.

Težka telesna in duševna prizadetost zahteva 24 urni nadzor staršev, saj deklica ves dan potrebuje ciljno in trajno pomoč, pravilno rokovanje, skrbno nego in številna odrekanja. Po poteku porodniškega dopusta je mati prekinila delovno razmerje pri delodajalcu in se prijavila na Zavodu za zaposlovanje kot brezposelna oseba. Prejema minimalno plačo, teče ji delovna doba ter je zdravstveno zavarovana. To pravico ima dodeljeno do otrokovega 26. leta.

Kljub izredno težkemu zdravstvenemu stanju, preživljata starša ob njej tudi lepe in srečne trenutke. Mati in oče povesta, da jima je punčka resnično spremenila življenje, saj ob njej vidita stvari, katerih v normalnih razmerah niti opazili ne bi. Npr. koliko vaj je potrebnih, da opazi igračo; s koliko truda poje eno žličko sadja; ugotoviti, kaj jo boli; opazovati, kaj si želi, kaj jo moti in podobno. Danes sta vesela, da se je rodila ravno njima, ker vesta, da ji je pri njima lepo, ker ji nudita poleg ljubezni vse, kar potrebuje. Pričakovani nimata, želita si le, da bi bila »zdrava« in ostala doma. Trenutno zdravstveno stanje je že velik napredek, kakršnega zdravniki nikdar niso upali napovedati. Danes ugotavljata, da je bila njuna odločitev za še enega otroka pravilna, saj štirimesečna hčerka, ki je zdrava, zelo ugodno vpliva na počutje starejše deklice in staršev. Kljub povečani družini pa bo prvorojenka še vedno deležna vse pozornosti, ki jo potrebuje.

Materi in očetu se iskreno zahvaljujem za sodelovanje.

## Literatura

Bacus A., *Moj prvi dojenček*. Celje: Celjska Mohorjeva družba, 2007.

Leach P., *Otrok od rojstva do šole*. Ljubljana: Domus, 1991.

Urbančič K., *Zdravstvena vzgoja staršev prezgodaj rojenega otroka*. Obzor Zdr N 1995;29:136.

*Zdravniška dokumentacija Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana*

# Posebnosti prehranjevanja

# **Protibolečinska terapija pri pacientih z gastrostomo in jejunostomo**

*Boža Hribar, dipl.m.s., ET*

*Oddelek za anestezijo, reanimacijo in enoto intenzivne nege*

*Splošna bolnišnica Trbovlje*

## **Izvleček**

Bolečina je pacientova subjektivna izkušnja in je osebno doživeta. V članku je predstavljena kot kompleksen pojav. Opisane so vrste bolečin in njihovo zdravljenje. Za zdravstveno nego je obravnava pojava bolečin pomembna, ko se ugotavlja potrebe pacienta po zdravstveni negi in načrtuje intervencije. V nadaljevanju so opisani postopki prepoznavanja in ocenjevanja bolečin, cilji pri zdravljenju bolečin, intervencije zdravstvene nege in dokumentiranje pojava bolečin.

## **Ključne besede:**

bolečina, lajšanje bolečine, prepoznavanje in ocenjevanje bolečine, zdravstvena nega.



## Uvod

Bolečina je kompleksen pojav in je znak, da je z zdravjem nekaj narobe. Spremlja nas od rojstva do smrti. Je neprijetna čustvena izkušnja in vpliva na pacientovo počutje in kakovost življenja. Pacient doživlja bolečino osebno. Na njeno intenziteto vplivajo poleg osnovne bolezni tudi osebnostne lastnosti pacienta, njegove prejšnje izkušnje, starost in okolje iz katerega izhaja (Ščavničar, 1997; Ščavničar, 2004). Istočasno je bolečina tudi fiziološka lastnost in deluje kot obrambni mehanizem (odmik roke pred vročino). Bolečina nas opozarja tudi, da se v telesu dogaja nekaj neobičajnega, zato je pomemben anamnestični in diagnostični podatek. Pacienta prisili k mirovanju ali omejeni uporabi prizadetega dela telesa. Bolečine se ne da popolnoma odpraviti, mogoče pa jo je zdraviti in napraviti znosno (Obran, 2000).

Mednarodno združenje za proučevanje bolečine (IASP – International Association for Pain Study) je izpeljalo več definicij bolečine, ki se nanašajo na neprijetna občutenja, povezana s poškodbo tkiva in na bolečinski prag posameznika. Pri zdravstveni negi je najbolj uporabna definicija, ki jo je izpeljala medicinska sestra Margo McCaffry in pravi, da je bolečina prisotna kadarkoli jo posameznik opisuje, prisotna je tam, kjer jo opisuje in tako močna, kot jo opisuje (Ščavničar, 1997; Jagodic, Urbančič, 2005).

V strokovni literaturi najdemo več vrst bolečin in so razdeljene po različnih kriterijih. Glede na vrsto ločimo med akutnimi in kroničnimi; kronični bolečinski sindrom, kronično bolečino pri nemalighnih in bolečino pri malignih boleznih. Bolečine lahko razdelimo tudi glede na bolezen, ki jih je sprožila. Razlikujemo med pooperacijsko bolečino, bolečino po poškodbah, bolečino, ki spremlja različne internistične (revmatične, nevrološke, srčno - žilne) in rakave bolezni (Petek, Svilenković, 2006-2007).

## Vrsta bolečin

Bolečine delimo glede na čas trajanja (akutne, kronične), na izvor bolečinskega dražljaja (somatske, visceralne), na patogene dejavnike (vnetne, nevropatske), po mestu nastanka (periferne, osrednje) in po pomenu (fiziološke, patološke), (Obran, 2000).

## Akutna bolečina

O njej govorimo takrat, kadar nastane nenadoma. Njeno mesto je določljivo in traja do tri mesece. Je posledica bolezni ali poškodbe tkiva in mine z zacetitvijo poškodovanih delov ali ozdravitvijo. Huda akutna bolečina pacienta prisili k mirovanju in iskanju načinov lajšanja bolečine. Lahko jo spremljata močan strah in negotovost.

Spremlja jo odziv avtonomnega živčnega sistema in povečan mišični tonus. Huda akutna bolečina lahko sproži tahikardijo, dvig krvnega tlaka, pospešeno dihanje, znojenje in razširjenje zenic.

Med akutno bolečino sodi tudi pooperativna bolečina. Pacient jo občuti takoj, ko se prebudi iz splošne anestezije, ali ko začne popuščati učinek lokalne ali regionalne anestezije. S celjenjem tkiva se pooperativna bolečina zmanjšuje. Za paciente je pooperativna bolečina lahko najbolj neprijetna izkušnja v času hospitalizacije.

## Terapija bolečin

*Jemanje analgetikov peroralno* je za pacienta preprosto in enostavno. Učinkovito je pri zmerni bolečini. Pomembno je redno jemanje analgetikov in je primerno za manjše ambulantne posege ali kot dodatna analgetična terapija.

*Intramuskularni vnos* je za pacienta neugoden, zastarel in se ga ne uporablja več. Pri takšnem načinu vnosa so potrebni večji odmerki. Analgetični učinek je zapoznel. Resorpcija je nepredvidljiva, pojavljajo pa se tudi nihanja nivoja analgetika.

### *Intravenski vnos*

- v posameznih odmerkih v bolusu,
- v obliki infuzije neprekinjeno preko sistema za natančno doziranje,
- neprekinjeno preko PCA (patient controlled analgesia) črpalk.

### *Področni vnos po epiduralnem katetru*

- prek PCEA (patient controlled epidural analgesia) črpalke,
- v določenih odmerkih in določenih časovnih intervalih.

Uporaba PCA ali PCEA črpalk je učinkovita pri lajšanju bolečin, saj pacientom poleg neprekinjenega vnosa analgetične učinkovine omogoča tudi, da si ob povečanem zaznavanju bolečin, sami vbrizgajo manjše odmerke, ki so že v naprej načrtovani.

*Lokalni vnos:* neposredno v rano ali sklep. S to metodo se zmanjša bolečina v samem sklepu ali rani, zmanjša pa se tudi poraba intravenske analgezije. S takšnim načinom lajšanja bolečine je bolj učinkovito tudi fizikalno zdravljenje.

Rektalni vnos je primeren predvsem za otroke. Kombinira se lahko tudi z drugimi načini terapije bolečin (Petek, Svilenković, 2006-2007; Šmitek in sod., 2008; Pirc 2005).

## Kronična bolečina

je patološka in nepretrgoma traja več kot tri mesece oz. dlje od pričakovanega zdravljenja bolezn ali poškodbe. Ostaja tudi po odstranitvi osnovnega vzroka. Mesto bolečine in izvor pogosto nista jasna. Lahko je tudi posledica nezadostno zdravljene akutne bolečine. Kronična bolečina je bolezen s svojimi značilnostmi.

Pri kronični bolečini se pacient poskuša prilagajati. Hude spremembe doživlja pri vsakodnevnih življenjskih aktivnostih. Moteni so spanje, življenjske aktivnosti, delo in prosti čas. Zaradi izogibanja določenim gibom se zmanjšuje fizična zmogljivost. Pacienta spremljajo razdražljivost, brezvoljnost, nemoč in depresija.

Kronična bolečina celovito spremeni kakovost pacientovega življenja. Potrebni sta zahtevnejša diagnostika in zdravljenje. Potrebno je oceniti intenziteto in mesto bolečine, kaj jo sproža, kam izžareva in kako vpliva na vsakdanje življenje. Zelo po-

memben je pacientov opis bolečine; ali je topa ali ostra, zbadajoča ali stalna ali prihaja v zagonih. Za ocenjevanje bolečine se uporabljajo multidimenzionalni vprašalniki, ki povedo, kako je bolečina spremenila pacientovo življenje in kako jo le-ta doživlja. Največ se uporablja McGillov bolečinski vprašalnik.

Če medicinska sestra pozna potek kronične bolečine, pacientu poleg analgetične terapije nudi tudi psihično podporo. V enaki meri jo nudi tudi pacientovim svojcem. O razvoju in poteku bolečine obvešča tudi svoje sodelavce.

Tri večje skupine kroničnih bolečin so: kronična bolečina pri malignih obolenjih, kronična nemaligna bolečina in kronični bolečinski sindrom.

### **Kronična bolečina pri malignih obolenjih**

je akutna ali kronična. Povezana je z napredovanjem malignega obolenja (vračanjem malignih celic v druge organe ali pritiskanjem tumorja na sosednje organe ali živce). Lahko je tudi posledica invazivnega zdravljenja ali diagnostičnih posegov. Stopnja bolečine je povezana s stadijem bolezni.

Paciente je potrebno z bolečino in njenim vzrokom seznaniti. Z njimi se je potrebno pogovoriti glede jemanja zdravil in jih seznaniti z njihovimi stranskimi učinki.

### **Terapija bolečine**

Pri pacientih v terminalni fazi je pri zdravljenju bolečine potreben timski pristop. Zdravljenje se prilagaja vsakemu pacientu posebej. Za zdravljenje se lahko uporabijo vse protibolečinske terapije, kakršne se uporabljajo pri akutni bolečini.

Poleg tega se za zdravljenje uporabljajo tudi *transdermalni obliži*. Učinek obliža se pokaže po 12 urah. V vmesnem času pacient lahko zaužije zdravilo per os, hude bolečine pa je potrebno lajšati z intravenskimi odmerki opioidov (v kontinuirani infuziji ali z uporabo PCA črpalke). Napade prebijajoče bolečine se zdravi z odmerki morfija s hitrim učinkom.

Zaradi napredovane bolezni in spremljajočih simptomov so ti pacienti dehidrirani, podhranjeni in izmučeni od dalj časa trajajočih neznosnih bolečin, zato je potrebno tudi sistemsko zdravljenje, ki se lahko kombinira z antidepresivi, nevroleptiki, anksiolitiki in kortikosteroidi.

### **Kronična nemaligna bolečina**

je dolgotrajna bolečina in omejuje pacientove vsakodnevne aktivnosti. Zmanjša kakovost pacientovega življenja, vendar kljub temu le – ta še vedno ohranja določeno raven kakovosti. Predstavlja lahko socialni, ekonomski in zdravstveni problem. Opredeliti je potrebno osnovno bolezen, njeno napredovanje, tip bolečine in učinkovitost zdravil. Upoštevati je treba tudi vzrok nastanka kronične bolečine.

## Terapija bolečine

Za zdravljenje se uporabljajo enaki postopki kot pri zdravljenju akutne in kronične bolečine pri malignih obolenjih. Namen zdravljenja je olajšanje bolečine in preprečevanje ponovnega nastanka. Cilj zdravljenja je pacientu odpraviti bolečino, zato je smiselna tudi kombinacija s fizikalnim zdravljenjem (fizikalna terapije, TENS in različne blokade).

## Kronični bolečinski sindrom

Kronična bolečina pacienta prizadene do te mere, da se ne more več normalno odzivati na notranje ali zunanje potrebe in zahteve. Kakovost življenja je bistveno prizadeta. Pacient intenzivno išče možne načine lajšanja bolečine.

## Terapija bolečine

Za zdravljenje se uporabljajo vsi načini zdravljenja akutne in kronične bolečine pri malignih in nemalignih obolenjih (Petek, Svilenković, 2006-2007; Pirc 2005; Ščavničar, 1997; Šmitek in sod., 2008).

## Bolečina in zdravstvena nega

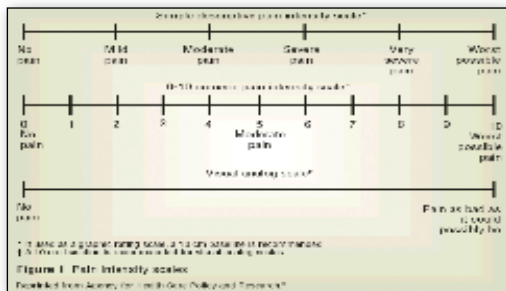
Pomemben del zdravstvene nege je lajšanje bolečine. Prepoznavanje in lajšanje bolečine je pomembna aktivnost medicinske sestre. Predpisovanje analgetika je v pristojnosti zdravnika, ugotavljanje prisotnosti bolečine, ocenjevanje njene jakosti in dokumentiranje pa je samostojna naloga medicinske sestre. Kakovostna obravnava pacienta z bolečino je odvisna od znanja medicinske sestre o bolečini in kakšen pomen ima bolečina zanj (Petek, Svilenković, 2006-2007).

## Prepoznavanje in ocenjevanje bolečine

V normalnih razmerah je bolečina odsotna, zato je smiselna opredelitev (American Pain Society), da bolečina predstavlja peti vitalni znak. Pri pacientih se pri merjenju vitalnih funkcij ocenjuje tudi prisotnost bolečine, katere pa ni mogoče objektivno izmeriti. Bolečina se lahko izmeri le na osnovi pacientovega poročanja, saj je doživljanje pojava bolečine subjektivno. Medicinska sestra mora pacientu verjeti in z njim vzpostaviti zaupen odnos. Prisotnost bolečine zato zahteva njeno spremljanje. To pomeni ocenjevanje, dajanje protibolečinskih sredstev in ocenjevanje učinkov. Merjenje bolečine je pomembno za diagnosticiranje bolezni, določanje njene jakosti in za oceno učinka analgezije.

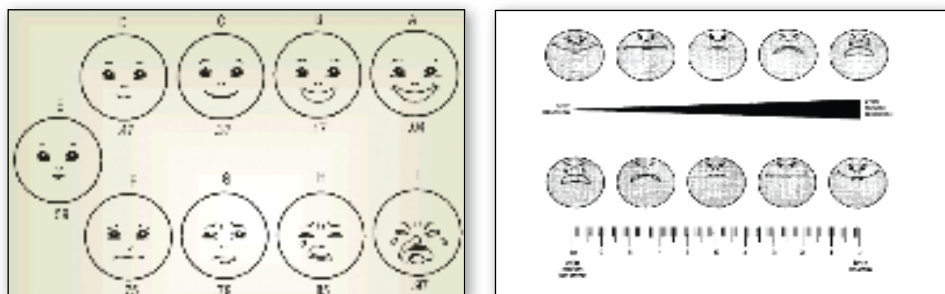
Osnovna metoda ocenjevanja bolečine je besedna komunikacija. Najbolj pogosto se v praksi uporablja vizualno analogna skala (VAS) s stopnjami od 0 do 10 (slika 2b). Uporabi se lahko tudi besedna lestvica (slika 1). Pri otrocih je za razumevanje pomembno sodelovanje staršev, za razlago pa se uporabi slikovni prikaz VAS lestvice (slika 2a), (Stanik-Hutt, 2003; Obrán, 2000).

Slika 1: Besedna lestvica za ocenjevanje bolečine



Vir: Julie A. Stanik-Hutt, RN, PhD, CCRN, ACNP Pain Management in the Critically Ill

Slika 2A: VAS lestvica za ocenjevanje bolečine  
Slika 2B: VAS skala za ocenjevanje bolečine



Vir: Julie A. Stanik-Hutt, Pain Management in the Critically Ill

Vir: Obran S. Ocenjevanje in merjenje akutne pooperativne bolečine

Kadar besedna komunikacija ni mogoča, se je potrebno s pacientom sporazumeti z govorico znakov ali pisanjem. Težava pri prepoznavanju in ocenjevanju bolečine se pojavi pri pacientih, ki so nezavestni, sedirani, psihično moteni ali pa imajo zaradi bolezni spremenjeno zavest. Prav tako besedna komunikacija ni mogoča pri novorojenčkih, dojenčkih in otrocih starih do treh let. Pri takšnih pacientih medicinska sestra upošteva objektivne znake bolečine. To so povišan krvni tlak in pulz, prisilna drža telesa, trpeč in žalosten pogled, klinična slika. Temeljijo na patologiji in travmi (Gelinias, Fillion, 2004).

## Cilji pri zdravljenju bolečine

Cilji lajšanja bolečine morajo biti dosegljivi. Temeljili naj bi na osnovi pojava bolečine v povezavi z diagnostiko, življenjskim slogom in sposobnostjo pacienta, da se v določenem času sooči z bolečino. Cilj lajšanja bolečine je zmanjšati bolečino pacientu do take mere, da ga ne bo ovirala pri izvajanju življenjskih aktivnosti. Če se želi doseči tak cilj, je potrebno uvesti analgetično zdravljenje, ko pacient opredeli bolečino na številčni lestvici z oceno tri.

Primeri splošnih ciljev lajšanja bolečine:

- pacient bo izražal dobro počutje,
- pacient bo vzdrževal zmožnost samooskrbe,
- pacient bo brez bolečine pri gibanju,
- pacient bo brez bolečine ponoči (Ščavničar, 2004; Šmitek in sod., 2008).

## Intervencije zdravstvene nege

- pogovor s pacientom in svojci: medicinska sestra pacienta pouči o možnosti bolečine pred invazivnimi posegi in možnosti samooskrbe;
- zagotovitev mirnega okolja in počitka: na pacienta vpliva pomirjujoče;
- zagotovitev udobja z namestitvijo pacienta v ustrezen položaj: dvignjeno vzglavje ali imobilizacija zmanjšata mišično napetost;
- aplikacija hladnih ali toplih oblog po naročilu zdravnika;
- aplikacija analgetikov po naročilu zdravnika;
- 30 minut po aplikaciji analgetika ponovna ocena stanja jakosti bolečine;
- zaposliti pacienta z aktivnostmi, ki ga bodo odvrnile od misli na bolečino.

Medicinska sestra z izvajanjem intervencij zdravstvene nege doseže zastavljene cilje. Pri pacientu, ki prejema protibolečinsko terapijo, je potrebno meriti vitalne funkcije (krvni tlak, srčni utrip in oksigenacijo) in opazovati pacienta (mimiko obraza, položaj telesa in razpoloženje), (Ščavničar, 2004; Jagodic, Urbančič, 2005).

## Dokumentiranje bolečine

Dokumentiranje pojava bolečine je oteženo zaradi pacientovega subjektivnega doživljanja bolečine. Za dokumentiranje naj se uporabljajo preprosti obrazci. Vsebujejo naj podatke o pacientu, pacientov opis bolečine in jakost, mesto in vrsto bolečine, vrsto analgezije, spremljajoče simptome in vpliv bolečine na pacientove življenjske aktivnosti, preprečevanje bolečine in načrt zdravstvene nege, ter podpis medicinske sestre, ki je obrazec izpolnila. Pacient naj sodeluje pri izpolnjevanju obrazca. V kolikor to zaradi zdravstvenega stanja pacienta ni mogoče (intubirani pacienti), naj ocena pojava bolečine sloni na opazovanju vitalnih funkcij in klinične slike. Pacienti s kronično bolečino predstavljajo težavo pri pravilnem vrednotenju, ker potrebujejo večjo količino analgetikov. Zato so pogosto ovrednoteni za odvisnike.

Dokumentacija o bolečini je nezadostna oz. nedokončana. Vzrok tega je lahko pomanjkanje ocene bolečine. Oceno bolečine se lahko izboljša s postavitvijo treh ciljev: z ocenjevanjem bolečine s strani medicinske sestre in zdravnika pri blažitvi bolečine z intervencijami zdravstvene nege, farmakološkimi sredstvi ter s preveritvijo učinkovitosti vodenja bolečine. V praksi se pojav bolečine največkrat zabeleži na pacientov temperaturni list, kamor se zabeleži aplikacija analgetika ali v sestrsko poročilo. Posebni obrazci spremljanja pojava bolečine omogočajo procesno metodo dela in celostno obravnavo pacienta. Omogočajo spremljanje uspešnosti intervencije

zdravstvene nege in uspešnost analgetične terapije (Ščavničar, 1997; Jagodic, Urbančič, 2005; Gelinis in sod., 2004).

## Razprava in sklep

Na področju lajšanja pojava bolečine je narejen velik napredek. Bolečino je potrebno napraviti vidno in jo pravilno ovrednotiti. Pacientu je potrebno verjeti, da ga boli. Sicer ni dokazov, da bi samo zdravljenje bolečine vplivalo na izid bolezni, vsekakor pa vpliva na sam potek le-te. Boljša sta pacientovo zadovoljstvo in kakovost življenja, kar je pomembno tudi za paciente z gastrostomo in jejunostomo. To so predvsem kronični pacienti z maligno bolečino, motnjami hranjenja in pridruženimi boleznimi.

Medicinska sestra mora imeti potrebna znanja za učinkovito komunikacijo, opazovanje in ocenjevanje pacienta. Usmerjen razgovor s pacientom o njegovi bolečini lahko vodi le, če pozna vzroke za nastanek bolečine. Znati mora pravilno presojudati. Na vsako pacientovo spremembo se mora odzvati fleksibilno in kreativno. Pacienta je potrebno obravnavati kot celoto. Upoštevati je treba njegova čustva, njegov odnos do bolezni, odnos do bolečine in zdravljenja.

Medicinska sestra ni le izvajalka zdravnikovih naročil glede dajanja analgetične terapije. Kvalitetno zdravljenje pojava bolečine se doseže s pozorno obravnavo, ki zahteva sodelovanje interdisciplinarnega tima, katerega član je tudi medicinska sestra. Kljub smernicam in različnim razpoložljivim sredstvom za zdravljenje bolečine, je še precej pacientov, ki trpijo bolečino ali pa jim ta ni zadovoljivo zdravljena. Iz rezultatov raziskav je razvidno, da kar 70 % pacientov meni, da morajo čutiti bolečino (predvsem po operativnih posegih).

Z bolečino se srečujejo medicinske sestre na vseh nivojih zdravstvenega varstva. Je resnična težava in ena izmed najpogostejših vzrokov, da pacienti obiščejo zdravnika. Dobro znanje zdravstvenih delavcev o pojavu bolečine je osnova za uspešno zdravljenje bolečine. Pomembno je, da zdravstveni delavci sistematično ocenjujejo bolečino in dokumentirajo svoja opazovanja, zato je potrebno razviti orodja za izboljšanje ocene bolečine in dodelati ter poenotiti obrazce za vodenje pojava bolečine.

## Literatura

- Gelinis C. et al., *Pain Assessment and Management in Critically Ill Intubated Patients: a Retrospective study*. Crit Care Nurs 2004; 13: 126 – 36. (dostopno na internetu <http://ccn.aacnjournals.org/>).
- Jagodic V., Urbančič A., *Lajšanje bolečine pri bolniku v Enoti intenzivne terapije Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja v Ljubljani*. Obzor Zdr N 2005; 39:215 – 9.
- Li D., Puntillo K., *Ask the experts*. Crit Care Nurs 2004; 24: 68 – 72 (dostopno na internetu <http://ccn.aacnjournals.org/>).
- Obran S., *Ocenjevanje in merjenje akutne pooperativne bolečine*. Obzor Zdr N 2000; 34: 215 – 20.

- Petek C., Svilenkovič V., *Obvladovanje bolečine. Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije, 2006 – 2007.*
- Pirc J., *Prepoznavanje, ocenjevanje in merjenje bolečine, v Krčevski Skvarč N (ur).* Zbornik predavanj, 9. seminar o bolečini, Maribor, 2005:173 – 77.
- Stanik-Hutt JA, *Pain management in the critically ill.* Crit Care Nurs 2003; 23: 99 – 103. (dostopno na internetu <http://ccn.aacnjournals.org/>).
- Ščavničar E., *Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi.* Obzor Zdr N 2004; 38: 101 – 11.
- Ščavničar E., *Ocenjevanje pojava bolečine v zdravstveni negi.* Obzor Zdr N 1997; 31: 223 – 32.
- Šmitek J., *Zdravljenje bolečine. Venski pristopi, odvzemi krvi in dajanje zdravil.* Univerzitetni klinični center, 2008.



# Posebnosti prehrane onkološkega pacienta

*Darinka Panjan, dipl.m.s.*

*Splošna bolnišnica Novo mesto*

## Izveček

Rak je bolezen, ki se kaže v različnih oblikah in stopnjah, pojavi se lahko kadarkoli in kjerkoli. Zaradi spremenjene presnove imajo pacienti z rakom drugačne prehranske zahteve. Pacienti, ki stabilizirajo telesno težo, imajo boljšo kakovost življenja. Prehransko podporo je potrebno uvesti že na začetku zdravljenja, med zahtevnim zdravljenjem pa jo le prilagajamo pacientovim potrebam; prilagajamo tudi obliko vnosa hranil. Enteralne pripravke uporabljamo, ko pacienti nimajo zadostnega prehranskega vnosa in so podhranjeni.

## Ključne besede:

prehrana, rak, podhranjenost, prehranska podpora.

## Uvod

Rak je bolezen, ki globoko poseže v človekovo življenje s svojo zastrašujočo negotovostjo in nepredvidljivostjo. Bolezen se kaže v različnih oblikah in stopnjah, pojavi se lahko kadarkoli in kjerkoli v telesu. V zadnjih letih je izjemno napredovalo znanje o prehrani. Še posebej se je razvilo znanje o prehranski podpori za ljudi oboleli za rakom, ki imajo zaradi spremenjene presnove drugačne prehranske zahteve. Veliko pacientov trpi zaradi slabosti, anoreksije, slabokrvnosti, izgube telesne teže in drugih težav, ki jih spremljajo v času bolezni. Kako nadomestiti ali pridobiti izgubljeno telesno težo med zdravljenjem in kako kakovostno prehranjevati pacienta obolelega za rakom, je vsakdanja skrb in zahteva sodelovanje različnih poklicnih skupin in pacienta samega.

## Sestavine zdrave prehrane

### Pomen beljakovin

Beljakovine oskrbujejo organizem z aminokislinami in drugimi dušikovimi spojinami, ki so potrebne za proizvodnjo telesu lastnih beljakovin in drugih metabolično aktivnih substanc. Beljakovine so pomembne, ker se brez njih telo ne more obnavljati, se razvijati in ne rasti. Človek mora s hrano zaužiti devet nujno potrebnih aminokislin. Bogat vir beljakovin so živila živalskega izvora meso, ribe, jajca, mleko in melčni izdelki. Tudi med živili rastlinskega izvora so stročnice tiste, ki vsebujejo več beljakovin (fižol, grah, soja). Človek beljakovine potrebuje vse življenje, vendar se potreba po njih s starostjo spreminja (Hlastan, 2006). Energetske potrebe pacientov z rakom zahtevajo povečane potrebe po teh hranilih (1,2–2g /kg TT/dan), ki se lahko pokrijejo z kakovostnimi živili in skrbno načrtovano prehrano. (Kozjek Rotovnik in sod, 2007)

### Pomen ogljikovih hidratov

Ogljikovi hidrati so glavni vir energije za človeško telo in običajno predstavljajo 40–60 odstotkov celotne dnevne preskrbe z energijo. V prebavi in presnovi imajo zelo pomembno mesto. Velika večina ogljikovih hidratov je telesnim tkivom na voljo v obliki glukoze. Glukoza je najpomembnejše gorivo za metabolizem v mišicah, jetrih, srcu, ledvicah in v prebavnem traktu, hkrati pa tudi ekskluzivni energetski vir za možgane, ledvično sredico in eritrocite. Določen je najmanjši, obvezni dnevni vnos ogljikovih hidratov in predstavlja povprečno 130g na dan. Vlasknine imajo med ogljikovimi hidrati poseben položaj. Vlasknine zastopane v sadju, zelenjavi in polnozrnatih izdelkih so pomemben del zdrave prehrane. Imajo ugoden učinek na presnovo in na delovanje črevesja, poleg tega nudijo dovolj vitaminov, mineralov in antioksidantov in v splošnem ne vsebuje energetske gostih hranil (Vrtovec Zaletelj, 2006).

### Pomen maščob

Maščobe so skupno ime za masti in olja rastlinskega in živalskega izvora, so nujen sestavni del naših celic, zlasti celičnih membran. Kadar maščob ne uživamo,

lahko telo tvori maščobe iz presežka ogljikovih hidratov. Vendar ne vseh. Esencialne maščobne kisline moramo zaužiti s hrano, telo jih nujno potrebuje za dobro delovanje živčevja, krvnih celic in notranjih organov. To so  $\omega 6$  maščobne kisline, ki se nahajajo v predvsem v rastlinskih oljih in  $\omega 3$  maščobne kisline, ki se nahajajo v ribjem olju (Grubič, 2006).

Maščobe so poleg tega, da so koncentrat energije in da vsebujejo pomembne esencialne maščobne kisline (linolno in  $\alpha$ -linolensko kislino), tudi nosilec v maščobi topnih vitaminov A,D,E in K, s čimer prispevajo k njihovi absorpciji. Priporočajo, da naj bi zdrava dnevna prehrana vsebovala okoli 20 odstotkov maščob, glede na celodnevne energijske potrebe (Ihan, 2005).

## Kaheksija

Kaheksija je kompleksen in večplasten sindrom, ki je posledica kroničnega vnetja in povzroča presnovne spremembe, ki vodijo v izgubo puste in maščobne telesne mase, ter zmanjšuje zmogljivost. Povezana je z povečano zbolewnostjo, slabšo kakovostjo življenja in povečano smrtnostjo. Pogosto jo spremlja tudi anoreksija (Grubič, 2006).

Za prepoznavo kaheksije je pomembno dejstvo, da je izguba telesne teže (v nadaljevanju TT) pri sistemski bolezni prisotna, kljub zadostnemu vnosu hranil. Stresno stradanje pa ni prisotno samo pri rakavih pacientih, ampak tudi pri mnogih drugih boleznih, kjer je eden od mahanizmov bolezni vnetni odziv.

Razvoj kaheksije je hitrejši pri otrocih in starostnikih. Razlike so tudi glede na vrsto malignega obolenja. Tako kot je rak bolezen s številnimi pojavnimi oblikami, ima tudi prizadetost presnove zelo različne klinične manifestacije. Razvoj rakaste kaheksije je kompleksen in večslojen. (Kozjek Rotovnik, 2005).

**Primarna kaheksija** - vzrok za izgubo TT, telesno propadanje in s tem povezano podhranjenostjo pri pacientih z rakom, so produkti, ki nastanejo ob rasti in razpadu tumorja. Poleg tega, presnovne motnje povzročajo tudi citokini, ki se sproščajo kot obrambna reakcija organizma na tumor. Oboji povzročajo izgubo B in M, ter še zmanjšujejo tek. Vpleten je tudi nevroendokrini sistem, saj pri 60 odstotkov pacientov z napredovanim rakom ugotavljajo povečan bazalni metabolizem. Posledica tega je izguba teže, do katere pride že ob normalnem vnosu kalorij. Številni pacienti pa jih ne morejo zaužiti zadostno količino.

**Sekundarna kaheksija** - Odpor do hrane in pomanjkanje apetita pogosto povzročijo tudi neželjeni učinki kemoterapije – slabost in bruhanje, motnje vonja in okusa, vnetje ustne votline, zaprtje in drugo (Čufer, 2002). Drugi izraz, ki ga uporabljajo, je proteinska energetska malnutricija (PEM). Z njim opredelimo stanje nezadostne prehranjenosti (Mahkovic Hergouth, 2005). Vedeti moramo, da ITM ni vedno pokazatelj podhranjenosti. O pretirani izgubi TT govorimo, ko se zniža za več kot 10 odstotkov od teže pred rakavo boleznijo, čeprav je glede na ITM še vedno v mejah normale. (Petek, 2005)

## Prehranska podpora

- Potreba za prehransko podporo, njeno učinkovitost in vpliv na izid zdravljenja je odvisen od mnogih kliničnih faktorjev.
- Vsem pacientom ni potrebna prehranska podpora; najvažnejša stvar, ki jo je potrebno upoštevati je *individualni* pristop k vsakemu pacientu. Upoštevati je potrebno vrsto in težo obolenja, stanje fiziološkega stresa in prehranski status pacienta pred začetkom bolezni.
- Ostali faktorji, ki vplivajo na učinkovitost prehranske podpore so: količina in sestava pripravka, način sprejemanja in čas kdaj začeti z prehransko podporo.
- V zadnjem času je veliko sprememb v razmišljanju o pomembnosti prehranske podpore pri zdravljenju kritično bolnih pacientov; v preteklosti se je na prehransko podporo gledalo kot na dodatno terapijo, medtem ko se danes več razmišlja o prehrani kot primarni terapiji, ki pozitivno vpliva na izid zdravljenja.
- Glavni namen prehranske podpore je zmanjšati podhranjenost pacientov, pomeni zagotavljanje kalorično in beljakovinsko bogate hrane. Smatra se kot optimalna skrb za kritično bolnega pacienta.
- Prehranska podpora naj se začne, če je podhranjenost že ugotovljena ali se predvideva, da pacient ne bo sposoben uživati hrane > 5-7 dni.
- Pri pacientih, ki zaužijejo manj kot 50 odstotkov potreb po energiji.
- Katabolni pacienti ( Kozjek Rotovnik in sod, 2005)

## Energijske in hranilne potrebe pacienta z rakom

- aktivni pacienti 30-35 kcal/kg TT/dan, ležeči pacienti 20-25 kcal/kg TT/dan,
- pri prekomerno težkih pacientih (ITM > 30), računamo porabo glede na idealno telesno težo + 25 odstotkov,
- priporočen vnos beljakovin je 1,2 – 2g/kg TT/ dan,
- dodatek posebnih hranil ki delujejo kot zdravila, 1,4 - 2g EPE izboljša zdravljenje pacientov z rakom.

Pacienti s kaheksijo, ki stabilizirajo TT, imajo boljšo kakovost življenja in daljše preživetje, kot pacienti ki se jim teža še naprej zmanjšuje.

## Enteralna prehrana

Že od leta 1992 se enteralna prehrana smatra za optimalno prehrano za pacientov z malignimi obolenji, če jim le prebavni sistem normalno deluje. Prednosti take prehrane so številne:

- ohranjanje sluznice in sluznične bariere v prebavnem sistemu,
- ohrani se encimska aktivnost in imunološke funkcije prebavnega sistema
- obdrži se ravnotežje mikroflore
- hrana se prebavlja na fiziološki način.

Vpliv Enteralne prehrane na pacienta na kemoterapiji :

- izboljša imunološki odziv

- omogoča boljši učinek kemoterapije
- manjše so komplikacije in
- manjša je toksičnost na prebavni sistem

### **Kaj je enteralna prehrana?**

Pod tem izrazom razumemo vnos modificirane hrane in/ali komercialnih enteralnih pripravkov preko različnih hranilnih sond v želodec, dvanajstnik ali jejunum (Krznarić, Vranešić, 2004). Enteralna prehrana predstavlja enostavno, lahko prebavljivo in ekonomično obliko umetnega načina prehranjevanja. Da je enteralna prehrana mogoča, je potrebno, da je prebavni sistem pacienta v funkciji in da je pacientovo tanko črevo dolgo vsaj 100 cm. Enteralna prehrana je uporabna ne samo za podhranjene paciente, temveč za vse paciente, ki nimajo ustreznega prehranskega vnosa in so izpostavljeni malnutriciji (Krznarić, Vranešić, 2003).

### **Vrste enteralnih pripravkov**

Spekter enteralne prehrane je zelo širok in je dostopen vsem. Na evropskem tržišču je danes že več kot 150 enteralnih pripravkov. Ti pripravki imajo številne prednosti pred pripravki tekoče hrane, ki jih pripravljamo v bolnišničnih kuhinjah ali doma.

### **Priprava sondne hrane iz živil**

Pacientom, ki iz kakršnega koli vzroka ne more uživati trde hrane, je potrebno pripraviti hrano, ki je kalorično in beljakovinsko bogata – sestavljena je iz kuhanih in surovih živil, ki jih zmeljemo v mešalniku in jim dodamo tekočine. Količine živil in tekočine morajo biti izračunane, stehtane in izmerjene. Pripravljena mešanica mora biti prilagojena pacientovim prehranskim potrebam, njegovemu zdravstvenemu stanju; konsistenca in viskoznost pa debelini sonde.

Ta prehrana ima veliko pomanjkljivosti, vendar se kljub temu v praksi zelo veliko uporablja, saj je cenejša. Pomanjkljivosti so:

- izguba hranljivih sestavin zaradi načina priprave,
- ni standardizirana, natančna sestava se lahko določi, le s pomočjo niza analiz,
- veliko tveganje kontaminacije,
- velika viskoznost mešanice,
- pogosto vsebuje laktozo,
- pogosto povzročajo krče in bruhanje (bolus),
- včasih jo je težko aplicirati zaradi različnih debelin hranilnih sond (Štih, 2001).

### **Delitev dietnih enteralnih pripravkov**

Ti pripravki se delijo po različnih kriterijih (glede na kemijsko sestavo, osmolarnost, namen – za organ in bolezen specifični pripravki). Delitev po namenu:

*Standardne diete* so namenjene pacientom, ki se ne morejo hraniti po običajni poti (neproblematični pacienti). Kot standardno dieto označujemo dieto, ki ima:

- volumen od 1800–2000 ml in pokriva dnevne potrebe po hranilnih snoveh, vitaminih, mineralih in oligoelementih;
- so popolne, uravnotežene; uporabljajo se kot edini vir prehrane ali kot dodatek k redni prehrani v bolnišnicah ali za domačo EP, dieta ne vsebujejo laktoze in glutena, osmolarnost pripravkov je nizka (300 mOsmol/l).
- Običajno so sprejemljivega okusa, tako da se lahko uporabljajo tudi peroralno.
- Večina teh pripravkov ima energijsko vrednost 1 kcal /ml.

*Visokokalorična hrana* je prehransko popolna, ima energijsko vrednost 1,5 kcal/ml in je zato uporabna predvsem tam, kjer je omejen volumen ali ko gre za povečane energetske potrebe. Večja energijska vrednost gre na račun večje vsebnosti maščob.

*Standarne diete z dodatkom balastnih snovi* – to je popolna, uravnotežena hrana z vlakninami. Te diete so priporočljive za paciente, pri katerih gastrointestinalna funkcija ni zmanjšana. Pripomorejo k normalnemu delovanju prebavnega trakta. Pomembno je le to, da pacient zaužije zadostne količine tekočine.

*Specialni pripravki* - so prilagojeni potrebam posebnih patoloških stanj, kot so metabolične spremembe ali specifične bolezni, ki vključujejo disfunkcijo posameznega organa, kot so akutna in kronična ledvična insuficienca, kronične obstruktivne pljučna bolezen ali intoleranca na glukozo (Krzrnarič, Vranešič, 2004).

Ti pripravki predstavljajo izziv v klinični prehrani in imajo moč zdravila.

Razlikujemo:

- oblika s spremenjenim razmerjem hranilnih snovi; gre za EP, pri kateri je zamenjano razmerje med ogljikovimi hidrati in maščobami. Takšna prehrana je ugodnejša predvsem, ker nastaja pri metabolizmu maščob manj CO<sup>2</sup>, kar ugodno vpliva na respiratorno funkcijo.
- oblika s spremenjeno beljakovinsko komponento; dodane so ji aminokisljine z razvejano verigo. Namenjena je pacientom z jetrno okvaro, ki z običajno prehrano ne dobijo dovolj beljakovin.
- oblika s prilagojeno vsebnostjo hranilnih snovi za popolno prehrano pri sladkorni bolezni

To so pripravki z visokim deležem vlaknin in majhno količino ogljikovih hidratov, kar omogoča popolno EP pacientov z moteno toleranco za glukozo.

*Kemično definirana dieta* (nizko molekularna); - imenujemo jo tudi elementarna, astronautska prehrana ali oligopeptidna dieta, ki se popolnoma resorbira v proksimalnem delu tankega črevesja (dvanajstnik, jejunum), s čimer se zmanjša količina in pogostost izločanja blata, motiliteta črevesja in izločanje encimov (Anon, 2002).

*Modificirana kemično definirana dieta* - sem sodijo pripravki za paciente z okvarjeno ledvično funkcijo. Teh pripravkov je malo. Vsebujejo majhen delež beljakovin in malo elektrolitov. Zaradi omejenega vnosa tekočin in elektrolitov je visoko kalorična do 2 kcal/ml.

*Ekoimunonutricija* – to so posebni prehranski dodatki in učinkovine, ki delujejo kot zdravilo. Pod tem razumemo nov pristop v enteralni prehrani, ki nima za cilj samo nadomeščanje pomanjkanja hranil v organizmu, ampak tudi oskrbo organizma s snovmi, ki povečajo imunološki odgovor in odpornost organizma. Sem spadajo glutamin,  $\omega 3$  maščobne kisline, probiotiki, prebiotiki, ter vitamini in antioksidanti. EPA (eikozapentoična kislina) je poglobitna  $\omega 3$  maščobna kislina v ribjem olju, ki v zdravilnem odmerku 2g/dan neposredno in posredno blokira škodljiv vpliv tumorja na telo. Neposredno EPA zavira poseben tumorski faktor, ki pospešuje razgradnjo proteinov v telesu, posredno pa zmanjšuje vnetne in presnovne spremembe, značilne za kaheksijo. Ta faktor izločajo tumorji prebavil, pljuč, ledvic, glave in vratu (Kozjek Rotovnik, 2007).

Široka ponudba enteralnih preparatov nam omogoča optimalno izbiro enteralne hrane za vsakega pacienta.

*Modularni dodatki* so dietna živila za posebne zdravstvene namene. Sem sodijo ogljikovi hidrati in beljakovine v dehidrirani obliki in MCT olje.

*OH in B pripravke* - sta vsestransko uporabni, visoko energetske dopolnilni prehrani v obliki prahu. Prah je nevtralnega okusa, je hitro topen v toplih in hladnih napitkih. Lahko ga dodajamo sladkim in slanim jedem. Uporabljamo ga lahko tudi pri kuhanju.

*MCT olje*; trigliceridi srednje dolgih verig. Uporablja se za nadomeščanje ali dopolnjevanje maščobnih kalorij v dietnem zdravljenju pacientov s slabim prebavljanjem, absorpcijo ali izrabo maščob v običajni hrani. MCT olja imajo visoko hranilno vrednost. Za prebavo potrebujejo manj encimov in žolčnih kislin in jih pretežno prenaša portalna cirkulacija.

Kdaj začnemo z uporabo enteralnih pripravkov pri pacientih z rakom?

- EP začnemo, če predvidevamo nezadosten vnos hrane, < 60 odstotkov pričakovane potrebe energije za več kot 10 dni. EP mora nadomestiti RAZLIKO med dejanskim vnosom in izmerjenimi potrebami.
- Za kirurške paciente, ki so operirali raka veljajo splošne indikacije za prehransko podporo. Pomembna so priporočila, ki zmanjšujejo perioperativni presnovni stres: pacientom s hudo prehransko ogroženostjo, koristi prehranska podpora 10-14 dni pred veliko operacijo, čeprav moramo operacijo zaradi prehranske podpore odložiti.
- Za paciente, ki ne morejo pokriti svojih energetskih potreb z normalno prehrano, predlagamo dodajanje enteralne hrane.
- Predoperativno EP z imunomodulirajočimi substancami, predpišemo vsem pacientom 5-7 dni pred veliko abdominalno operacijo zaradi raka, ne glede na njihov prehranski status.

- Z njo nadaljujemo 5-7 dni po operaciji brez zapletov.
- Predoperativno stradanje od polnoči je nepotrebno za večino pacientov.
- Prekinitev normalnega vnosa hrane je nepotrebna pri večini operativnih posegov (Kozjek Rotovnik in sod, 2007).

## Zaključek

Ustrezna prehrana je del zdravljenja. Prilagojena mora biti presnovnim spremembam pacienta. Prehrana mora biti beljakovinsko in energetsko bogata, razporejena v 5-6 manjših obrokov na dan. Hrana naj bo pripravljena iz kakovostnih živil, energetsko in beljakovinsko bogata, ker pacienti ne zmorejo zaužiti večjih količin hrane. Prazne kalorije niso primerne. Pogosto so stranski učinki zdravljenja tako težki, da pacient nima apetita, se težko hrani, prebavila slabše delujejo in sta prebava in absorpcija hranilnih snovi oteženi. Takrat prilagodimo obliko vnosa hranil. Zaradi premajhnega vnosa normalne hrane pogosto uporabimo prehranske dodatke, ki preprečujejo da bi pacient stradal.

Sposobnost za zahtevno zdravljenje – operacija, kemoterapija, obsevanje, itd. in ugoden potek zdravljenja ter celo preživetje pacienta, so v veliki meri odvisni tudi od dobre prehranjenosti.

V vsakdanji praksi se moramo zavedati, da zdravimo pacienta in ne tumor, zato moramo temu posvetiti veliko pozornosti.

Biti moramo *aktivni*. Za uspeh prehranske podpore je potrebna individualna obravnava vsakega pacienta, ta pa je uspešna samo, kadar v njej sodeljuje celoten zdravstveni tim. Zavedati se moramo, da na podhranjenost vpliva tudi čas razdeljevanja obrokov, trajanje obroka, odsotnost z oddelka zaradi različnih preiskav, posegov, motenj v času obrokov, kot so vizite, pomanjkanje pomoči pri hranjenju itd. Ukrepi so preprosti, potrebno je le dati ustrezno mesto prehranski obravnavi pacienta. Naj prehrana dobi ustrezno mesto med ostalimi postopki zdravljenja in naj se poveča sodelovanje med različnimi poklicnimi skupinami v prehranski oskrbi pacienta.

## Literatura:

- Anestezija.org. *Enteralna i parenteralna prehrana*. »copyright«. Dostopno na: [http://anestezija.org/index.php/Enteralna\\_i\\_parenteralna\\_prehrana](http://anestezija.org/index.php/Enteralna_i_parenteralna_prehrana)
- Anon. *Smernice enteralnega prehranjevanja*. Ljubljana. Medis. 2002
- Čufer T. *Izguba telesne teže in podhranjenost bolnikov z rakom. Onkologija za prakso*. Dostopno na: <http://www.onko-i.si/uploads/articles/2-2002-cufer.pdf>
- Grubič Z. in Kozjek Rotovnik N., Kaheksija. *Isis: glasilo Zdravniške zbornice Slovenije* ISSN. Letn. 16, št.8/9. 2007. str. 98-99.
- Grubič Z. *Vloga maščob v človeškem organizmu. Oblikovanje celostnega pristopa k ohranjanju in krepitvi zdravja: prehrana, gibanje in pozitivna samopodoba*. Zbornik predavanj, Ljubljana, Strokovno združenje nutricionistov in dietetikov, 2006
- Hlastan C. *Pomen beljakovin v prehrani. Oblikovanje celostnega pristopa k ohranjanju in krepitvi zdravja: prehrana, gibanje in pozitivna samopodoba*, Zbornik predavanj, Ljubljana, Strokovno združenje nutricionistov in dietetikov, 2006



- Ihan A. *Imunski sistem in odpornost. Kako se ubranimo bolezni*. Ljubljana. Mladinska knjiga. 2005
- Kozjek Rotovnik N., *Presnovne spremembe pri rakasti kaheksiji in nove smernice*, Onkologija: strokovni časopis za zdravnike. Ljubljana. Onkološki inštitut. 2005
- Kozjek Rotovnik N., *Hrana in rak*. 2005. Dostopno na: [http://www.klubpolet.si/index.php?option=com\\_content&task=view&id=68&Itemid=28](http://www.klubpolet.si/index.php?option=com_content&task=view&id=68&Itemid=28)
- Kozjek Rotovnik N., Mlakar Mastnak D., Smrdel U., Zobec Logar B., Perhavec A., *Priporočila za prehrano bolnika z rakom*. Onkologija: strokovni časopis za zdravnike. Ljubljana. Onkološki inštitut. 2007
- Kozjek Rotovnik N., Mlakar Mastnak D., Smrdelj U., Zobec Logar B., Perhavec A., *Priporočila za prehrano bolnika z rakom*, Onkologija : strokovni časopis za zdravnike, Ljubljana, Onkološki inštitut, 2007
- Krznarič Ž., Vranešič D., *Enteralna prehrana u kliničkoj praksi i primjena kod anoreksije nevroze*. Dostopno na: <http://www.hope.hr/pages/medix/medix6.html>
- Krznarič Ž., Vranešič D., *Praktična upotreba enteralne prehrane u primarnoj zaštiti*. *Enteralna prehrana, Medicina-glasilo hrvatskoga liječničkoga zbora, Podružnica Rijeka*, vol 42(39): 265-268, 2003
- Mahkovic Hergouth K., *Prehranska podpora pri paliativnem bolniku, 1. slovenski kongres KLINIČNE PREHRANE z mednarodno udeležbo, zbornik predavanj*. Maribor, Slovensko združenje za klinično prehrano v sodelovanju z Ministerstvom za zdravje in Strokovnim združenjem nutricionistov in dietetkov Slovenije, str.178-182, 2005
- Pavčič M., *Hrana in prehranska oskrba v bolnišnicah*, Dietetikus. Ljubljana. Zbornica nutricionistov-dietetikov, december 2001
- Prelec Lainščak J, *Enteralna prehrana v bolnišnica, na domu in v domovih za odrasle*. Enteralna prehrana, supplement 1/1998, Dietetikus, Zbornica nutricionistov-dietetikov, Ljubljana
17. Petek D, *Vloga zdravnika družinske medicine pri podpornem zdravljenju bolnikov z rakom*, VII. Fajdigovi dnevi, Kranjska gora, oktober 2005, Dostopno na: [http://med.over.net/javne\\_datoteke/novice/datoteke/7549-22-podporno-petek.pdf](http://med.over.net/javne_datoteke/novice/datoteke/7549-22-podporno-petek.pdf)
18. Sonc M., *Sestava parenteralne in enteralne prehrane. Pomen prehrane pri nastanku in zdravljenju malignih obolenj*, Radenci, Sekcija medicinskih sester v onkologiji, 1999
19. Štih L. *Priprava sondne hrane in pripravi za hranjenje po sondi*. Ljubljana. Izobraževanje za dietnega kuharja, osebni zapiski. 2001
20. Vrtovec Zaletelj J. *Ogljikovi hidrati v zdravju in bolezni. Oblikovanje celostnega pristopa k ohranjanju in krepitvi zdravja: prehrana, gibanje in pozitivna samopodoba*. Zbornik predavanj, Ljubljana, Strokovno združenje nutricionistov in dietetikov, 2006

# Parenteralna prehrana na domu

*Laura Petrica, dipl.m.s.*

*Enota za klinično prehrano*

*Onkološki Inštitut Ljubljana*

## Izveček

Parenteralna prehrana na domu je nadomestna terapija delne ali popolne odpovedi prebavil. Na ta način rešuje življenja pacientom, katerih gastrointestinalni trakt je zaradi odpovedi nezmožen absorpcije življenjsko pomembnih hranil. Po letu 1970 je postala vedno bolj običajna terapija pri odpovedi prebavil z nizko incidenco komplikacij in dobro dobo preživetja pacientov.

Poleg benignih obolenj so danes glavna indikacija za uvedbo parenteralne prehrane na domu pri odraslih rakava obolenja, ki predstavljajo kar 40 odstotkov vseh indikacij.

Kandidati za parenteralno prehrano na domu morajo biti skrbno izbrani, individualno obravnavani s strani multidisciplinarnega tima ter educirani za samostojno izvajanje terapije.

## Ključne besede

nadomestna terapija, multidisciplinarna obravnava, medicinska sestra, edukacija.

## Uvod

Redni programi parenteralne prehrane na domu so se v severni Ameriki, zahodni Evropi in nekaterih drugih deželah začeli že po letu 1970. V naslednjem desetletju je postala tovrstna terapija vedno bolj običajna terapija pri odpovedi prebavil, analogna podporni terapiji pri ledvični odpovedi. Že prve ocene metode zdravljenja so pokazale nizko incidenco komplikacij in dobro preživetje.

Danes se priprava na parenteralno prehrano na domu v večini zahodnoevropskih držav izvaja v specializiranih centrih, saj je bila s študijami potrjena povezava med izkušnjami izvajalcev programa in številom komplikacij vezanih na parenteralno prehrano na domu (Van Gossum, 2006).

## Metode

Metoda dela je deskriptivna. Uporabljen je pregled tuje literature. Pri iskanju so bile uporabljene ključne besede: home parenteral nutrition, parenteral nutrition, education parenteral nutrition. Kriterij za vključitev tekstov je bilo časovno obdobje od leta 2000 do leta 2008.

## Incidenca in prevalenca

Multicentrična raziskava, ki so jo izvedli pod okriljem ESPEN-HAN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition – Home Artificial Nutrition), delovne skupine v devetih evropskih deželah v letih 1993 in 1997, je prikazala povprečno incidenco 3 paciente/milijon prebivalcev/leto. Opisano je bilo, da je prevalenca pri odraslih višja v deželah kot so Danska (3.5), Francija (8.9) in Anglija (3.3), ki imajo že dolgoletne, bogate izkušnje s parenteralno prehrano na domu, medtem ko je na Poljskem (1.3) in v Španiji (0.34) precej nižja (Van Gossum, 2006).

## Indikacije za parenteralno prehrano na domu

V študiji, ki je bila leta 1997 izvedena v evropskih državah (Van Gossum, et al., 1999) je bilo ugotovljeno, da so postala glavna indikacija za uvedbo parenteralne prehrane na domu pri odraslih maligna obolenja, ki predstavljajo kar 40 odstotkov vseh indikacij. Obstajajo pa velike razlike tudi med različnimi državami, saj je na primer v Italiji rak že deset let glavna indikacija za parenteralno prehrano na domu, na Nizozemskem predstavlja 60 odstotkov, medtem ko v Angliji le 5 odstotkov indikacij. Ostale najpogostejše benigne indikacije so Chronova bolezen, mezenterične žilne bolezni, radiacijski enteritis in motnje motilitete črevesja, sledijo še kronični pankreatitis, atrofija črevesne sluznice, anoreksija nervosa in kaheksija. Parenteralna prehrana na domu se uporablja tudi pri pacientih z aidsom, ki imajo neobvladljivo drisko, vendar se njihov delež v zadnjih letih zmanjšuje zaradi učinkovitejše terapije.

Porazdelitev indikacij za parenteralno prehrano na domu se znotraj evropskih dežel močno razlikuje, nanjo verjetno vplivajo medicinski, kulturni, religiozni in

ekonomski faktorji. V večini zahodnoevropskih dežel je parenteralna prehrana na domu zakonsko urejena, še vedno pa predstavlja težavo v vzhodnih državah (Van Gossum, 2006).

## Komplikacije povezane s parenteralno prehrano na domu

Zapleti so lahko številni, vendar se njihovo število lahko izjemno zmanjša z dobro organiziranim in učinkovitim sistemom obravnave. Komplikacije so vezane na venski dostop, presnovne motnje in tehnične zaplete pri pripomočkih za aplikacijo (Tait, 2000).

ESPEN-HAN delovna skupina je v zvezi s komplikacijami v letu 2001 objavila sledeče podatke:

Število hospitalizacij v 12. mesecih je bilo pri pacientih na parenteralni prehrani na domu v povprečju 2,7 (razpon 0-12), v povprečju 23 dni (razpon 0-270 dni);

- Vzrok za hospitalizacijo so bile v 27 % osnovna bolezen, v 48 % komplikacije vezane na parenteralno prehrano in v 25 % drugi zdravstveni razlogi;

- Najpogostejši vzrok med komplikacijami so bile kateter sepse (61 %), metabolne motnje (27 %) in tromboze venskega dostopa (12 %);

- Povprečno število centralnih venskih katetrov, ki so bili potrebni v celotnem obdobju je bilo 3 (razpon 1-17), s 34 mesečno povprečno dobo uporabe na kateter (razpon 4-245 mesecev), (Van Gossum, 2006).

## Priprava pacienta na prehransko podporo na domu

Parenteralna prehrana na domu prinese v življenje pacienta in njegovih svojcev radikalno psihosocialno spremembo, hkrati pa lahko izboljša kakovost vsakdanjika. Vsak kandidat za parenteralno prehrano na domu mora biti ocenjen in obravnavan s strani multidisciplinarnega tima individualno. Pogovor o prednostih in smiselnosti take terapije pa mora biti osnova za nadaljnje aktivnosti (Judson, Field in Wengler, 2006).

Prvi pogoj za izpeljavo terapije je poleg medicinske indikacije pacientova želja in sposobnost samostojnega izvajanja terapije na domu. Medicinska sestra tekom hospitalizacije oceni pacientove potrebe in vpliv, ki ga bo imela terapija na njegovo nadaljnje življenje in domače okolje. Zagotoviti mu mora podporo in potreben čas, da lahko izrazi svoje strahove in pomisleke glede sprememb, ki mu jih tovrstna terapija prinaša. V kolikor je možno je za pacienta zelo koristno, da se seznaní z nekom, ki parenteralno prehrano na domu že prakticira ali se vključi v podporno skupino pacientov s parenteralno prehrano na domu.

Edukacija, ki mora biti dobro načrtovana, poteka postopno, glede na pacientovo starost, psihično, fizično in čustveno stanje ter njegovo učno sposobnost. Obravnavane teoretične vsebine se od principov normalnega delovanja gastrointestinalnega trakta postopno razširijo na spremembe, ki so posledica obolenja. Osvojeno razume-

vanje osnovne vloge parenteralne prehrane je izhodišče za učenje aseptične tehnike rokovanja, na kateri mora biti poudarek ves čas praktičnega učenja. Pacient mora dobiti tudi informacije v zvezi s predpisanim hranjenjem parenteralne prehrane in varnim odlaganjem uporabljenih pripomočkov (Magnay, 2000).

Po odločitvi zdravnika za vrsto parenteralne prehrane in vstavitvi venske valvule začne medicinska sestra praktično usposablјati pacienta in njegove svojce za samostojno aplikacijo terapije in prepoznavanje komplikacij ter ustrezno reagiranje na zaplete. V študiji katere namen je bil ocena edukacije in podpore pri pacientih s parenteralno prehrano na domu, sta bili primerjani dve skupini, ki sta se razlikovali med seboj po številu in vključenosti prehranskega tima v edukacijo. Rezultati študije so pokazali, da so pacienti obravnavani v manjši skupini skupaj s prehranskim timom izkazovali boljše rezultate, signifikantno boljšo kakovost življenja, manj depresij in manjšo pojavnost kateter seps (Judson, Field in Wengler, 2006).

V času hospitalizacije morajo biti razčiščene vse predvidljive težave, možne napake in zapleti. Pacient in njegovi svojci morajo dobiti odgovore na vprašanja, ki se nanašajo na varno aplikacijo terapije, tehnične pripomočke ter distribucijo parenteralne prehrane na dom. Ob planiranem odhodu domov, ko je pacient psihično in tehnično pripravljen, dobi načrt nadaljnje obravnave, poročilo za izbranega zdravnika, razpoložljivo literaturo in telefonske številke, na katerih lahko poišče pomoč 24 ur na dan (Woods, Boatwright, 2007).

## Sledenje pacienta

Monitoring poteka v rednih tedenskih intervalih. Ob menjavi Huberjeve igle v venski valvuli so v prvem mesecu terapije potrebne tedenske ali še pogostejše kontrole laboratorijskih parametrov ter spremljanje pacientovega psihosocialnega statusa. Nadaljnje kontrole se izvajajo glede na pacientovo stanje po individualnem načrtu do stabilizacije presnovnega stanja. Pregledi poleg laboratorijskih testov vključujejo še oceno vnosa tekočin, količino izločenega urina, meritve telesne teže, sestave telesa, vitalnih znakov in prehranski status. V evropskih deželah lahko sledenje stabilnih pacientov poteka v bolnišnici, v kateri se je pacient pripravljaj na parenteralno prehrano na domu (73 odstotkov), v splošni bolnišnici (12 odstotkov), pri izbranem zdravniku (11 odstotkov), ali pri izbrani agenciji (4 odstotke). V večini centrov je za določenega pacienta zadolžena ena oseba (Wengler, Thul, Staun, 2006).

## Zaključek

Parenteralna prehrana na domu povzroči pri pacientu in njegovih svojcih veliko psihosocialno spremembo, v katero so vključeni 24 ur na dan. Zato je naloga zdravstvenega osebja, da jim predstavi možnosti, nudi pomoč in podporo ter ustrezno strokovno znanje. Vsak kandidat za tovrstno terapijo mora imeti možnost obravnave v multidisciplinarnem timu, ki vključuje strokovnjake s področja kirurgije, klinič-

ne dietetike, zdravstvene nege in farmacije. Standardizirani izobraževalni načrti se morajo prilagajati pacientu glede na njegovo stanje in specifične potrebe. Imeti pa morajo jasno definirane in merljive cilje. Ob odpustu iz bolnišnice mora biti pacient usposobljen za samostojno aplikacijo terapije in z jasno vizijo nadaljnje obravnave.

## Literatura

- Judson K, Field J, Wengler A. *Teaching Patients Home Parenteral Nutrition*. In:Bozzetti F, Staun M, Van Gossum A, eds. Home Parenteral Nutrition. Oxfordshire: CABI; 2006: 285-91.
- Magnay S. *Home parenteral nutrition*. In:Hamilton H, ed. *Total Parenteral Nutrition a practical guide for nurses*. London: Churchill Livingstone; 2000: 205-17.
- Tait J. *Nursing management*. In:Hamilton H, ed. *Total Parenteral Nutrition a practical guide for nurses*. London: Churchill Livingstone; 2000:137-72.
- Van Gossum A, Bakker H, Bozzetti F, Staun M, Pertkiewicz M, Shaffer J, Hebuterne X, Beau P, Guedon C, Schmit A, Tjellsen L, Messing B, Forbes A. *Home parenteral nutrition in adults: a multicentre survey in Europe in 1997*. Clin Nutr 1999; 18: 135-40.
- Van Gossum A. *Home Parenteral Nutrition in Europe*. In:Bozzetti F, Staun M, Van Gossum A, eds. Home Parenteral Nutrition. Oxfordshire: CABI; 2006: 12-22.
- Wengler A, Thul P, Staun M. *Monitoring Patients on Home Parenteral Nutrition*. In:Bozzetti F, Staun M, Van Gossum A, eds. *Home Parenteral Nutrition*. Oxfordshire: CABI; 2006: 307-13.
- Woods S, Boatwright M. *Nursing Considerations in Home Parenteral and Enteral Nutrition*. In: Ireton-Jones C S, DeLegge M H, eds. *Handbook of Home Nutrition Support*. Ontario: Jones and Bartlett Publishers; 2007: 253-77.

# Prehranski nadomestki in dopolnila v prehrani pacienta

*Mag. Nada Rotovnik Kozjek, dr.med.*

*Enota za klinično prehrano*

*Onkološki Inštitut Ljubljana*

## Izveček

Prehranska podpora omogoča optimalno zdravljenje pacientov in boljši izid zdravljenja. Kadar je vnos hranil z normalno hrano nezadosten in prebavila normalno delujejo, ga dopolnimo z uporabo prehranskih nadomestkov in dopolnil.

Za ustrezno dopolnitev prehrane potrebuje pacient prehransko obravnavo, za katero so potrebna znanja klinične prehrane. Pri predpisovanju prehranske terapije upoštevamo strokovna spoznanja in priporočila stroke klinične prehrane.

Razvoj znanosti klinične prehrane je omogočil razvoj celega spektra prehranskih nadomestkov in dopolnil, s katerimi zagotovimo ustrezno splošno in specifično prehransko podporo v primeru različnih bolezni in prizadesti določenih organskih sistemov.

Enteralna prehrana predstavlja pomemben del prehranske podpore, ker je najbolj podobna fiziološkemu vnosu hrane. Enteralne prehranske raztopine so lahko polimerne in/ali specializirane ali pa so že delno razgrajene (oligomerne, elementarne). Imunomodulatorne formule predstavljajo vrh te piramide, povezujejo prehransko podporo in farmakoterapijo.

## Ključne besede:

prehranska podpora, enteralna prehrana, prehranska dopolnila.

## Uvod

Za ustrezno prehransko podporo med boleznijo in zdravljenjem je potrebno poznavanje presnove, ki spremlja bolezensko dogajanje v telesu. Pacientom lahko postanejo toliko podhranjeni, da izgubijo telesno težo, imajo motene funkcionalne sposobnosti, podaljšano okrevanje po zdravljenju, povečano število zapletov in bistveno dražje zdravljenje. Obstajajo nedvomni dokazi (McWhirter idr, 1994, Stratton, 2003, Green 1999; Allison, 1999, Meier, Stratton, 2005), da je podhranjenost pacientov neodvisni dejavnik večje obolevnosti, podaljšane hospitalizacije, večjega števila ponovnih sprejemov, daljšega okrevanja, višjih stroškov zdravljenja in seveda slabše kakovosti življenja. Nezadostni vnos hranil je povezan tudi s pospešenim razvojem sindroma kaheksije, ki je pridružen številnim kroničnim boleznim, kakršne so rak, kronično srčno, pljučno in ledvično popuščanje, boleznim jeter, revmatološkim boleznim in drugim kroničnim vnetnim boleznim.

Še posebej prehransko ogrožena skupina so storostniki. Fiziološke presnovne spremembe, ki so povezane s starostjo se stopnjujejo v kronične vnetne težave in se kažejo kot presnovne spremembe kahektičnega tipa. Bolj so podvrženi negativnemu učinku podhranjenosti in pogosto imajo pridružene kronične bolezni, ki jih spremlja razvoj kahektičnih sprememb (Stanga, 2005). Ker je okrevanje starostnikov bistveno težje kot pri mlajših ljudeh, je treba velikokrat razmišljati tudi o preventivni prehranski podpori.

Preventivna in terapevtska prehranska podpora je veliko več kot le dodajanje posameznih prehranskih dodatkov in dopolnil v prehrano. V praksi namreč v veliki želji, da bi izboljšali prehransko in tudi zdravstveno stanje pacienta ali prehransko ogroženega posameznika, v prehrano velikokrat dokaj nekritično uvajamo posamezna hranila v raznih oblikah. Vendar je brez poznavanja presnovnih sprememb in dejanskega vnosa hranil pacienta, nekontrolirano dodajanje prehranskih dodatkov in dopolnil, lahko za pacienta tudi škodljivo. Zato je pred uvedbo vsakršnega dodatnega uživanja hranil potrebna prehranska obravnava pacienta. Pri izvajanju prehranske terapije upoštevamo splošna načela prehranske podpore in strokovna priporočila za vnos hranil.

## Splošna načela prehranske podpore

Bolezen je za človeško telo stres, ki mu sledi celovit nevroendokrini in vnetni odziv (Nygren idr 1999, Hammarquist, 2005, Grimble, 2005). Nevroendokrine in vnetne spremembe neposredno in globalno vplivajo na presnovo, njihova izraženost je odvisna od posameznikovih genskih lastnosti. Ta presnovni odziv vodijo katabolni hormoni (glukagon, katekolamini in glukokortikoidi), insulinska neodzivnost, citokini, eikozanoidi in drugi lokalni prenašalci.



Spremeni se potreba telesa po posameznih hranilih in uporabi hranil.

Razvije se katabolno stanje, ki je glede na trajanje obstoja povzročitelja presnovnega stresa lahko akutno ali kronično. Kronično katabolno stanje je lahko posledica akutnega stresa ali pa nastaja postopno, hkrati z razvojem kroničnih bolezni. Kadar to razgraditveno stanje traja dalj časa ali se razvija dlje zaradi napredovanja kroničnih bolezni, vodi v kronično razgradnjo telesa.

S prehransko podporo ne moremo preprečiti presnovnega odziva na stres (bolezen), lahko pa zaviramo njegov razvoj in zmanjšujemo neugodne funkcionalne spremembe. Za paciente je še posebno pomembno, da preprečimo obdobja stradanja, ker je z nastajanjem presnovnih sprememb zaradi kroničnega bolezenskega stresa zmanjšan normalen prilagoditveni odziv telesa na stradanje (Sobotka, Soeters, 2005). Zato stradanje kroničnih pacientov povzroči proteinsko energijsko podhranjenost, motene so psihofizične funkcije in klinični izid bolezni je slabši.

Enaka presnovna načela veljajo tudi za starostnike, ker se s starostjo povečuje vnetno dogajanje v organizmu, to pa vodi v povečano razgraditveno stanje v njem in manjšo odpornost zoper bolezenski stres, prehranska podpora pa je in nezadostna.

Pacienti se različno odzivajo na stresno dogajanje v organizmu, zato je stopnja presnovnega stresa drugačna za vsakega od njih. Prehranska obravnava pacientov s presnovnimi spremembami je zelo pomembna in jo prilagajamo individualno glede na stopnjo izraženosti teh sprememb.

## **Načrtovanje prehranske podpore**

Za načrtovanje prehranske podpore je nujna prehranska obravnava pacienta.

Energijske potrebe določimo glede na porabo energije in pacientovo sposobnost za uporabo (utilizacijo) hranil. Pri večini hospitaliziranih pacientov je prisoten presnovni stres, velikokrat povezan s podhranjenostjo (Kozjek, Milošević, 2008)

V praksi si pri izračunu energijskih potreb pomagamo s pravilom:

- aktivni pacienti: 30–35 kcal/kg TT/dan,
- ležeči pacienti: 20–25 kcal/kg TT/dan.

Ta ocena je manj zanesljiva za zelo lahke paciente (poraba energije na kilogram telesne teže je v tej skupini večja) in debele paciente (ITM > 30), pri čemer računamo porabo glede na idealno telesno težo + 25 %. Pri klinični presoji energijskih potreb nam pomaga redno spremljanje telesne teže, pacientove aktivnosti in intenzivnosti terapije. (Kozjek, Milošević, 2008)

Potrebe po beljakovinah med boleznijo in rekonvalescenco, pa tudi pri starostnikih so 1–1,5 g/kg TT/dan.

Vnos maščob: 30–50 % neproteinskih kalorij, odvisno od pacientove tolerance za ogljikove hidrate in maščobe. (Kozjek, Milošević, 2008)

Za načrtovanje prehranske podpore upoštevamo posebne značilnosti posameznih bolezni, kot so na primer sladkorna bolezen ali prisotnost tumorskih produktov pri rakasti kaheksiji, ki katabolne procese še pospešijo (na primer PIF, ki poveča razgradnjo telesnih proteinov).

Za uvajanje in izvedbo prehranske podpore je torej potrebno osnovno znanje klinične prehrane. Še posebej je to pomembno, ko ugotovimo, da je prehranski vnos nezadosten in se odločamo za uvajanje prehranskih nadomestkov in hranil.

V praksi za nadomesten vnos hranil najpogosteje uporabljamo enteralno prehrano, za posamezna dopolnila pa se odločamo veliko redkeje. Posamezna prehranska dopolnila uporabljamo takrat, ko ugotovimo, da v pacientovi prehrani dejansko primanjkuje posameznih hranil ali da obstajajo zanj specifične strokovne indikacije.

## Indikacije za enteralno prehrano

Kadar je vnos hrane nezadosten glede na pacientove potrebe in je funkcija prebavil relativno ohranjena, je enteralna prehrana metoda izbire za prehransko podporo.

Optimalno je, da hranilne raztopine vnesemo v tisti del prebavil, kjer se lahko absorbirajo.

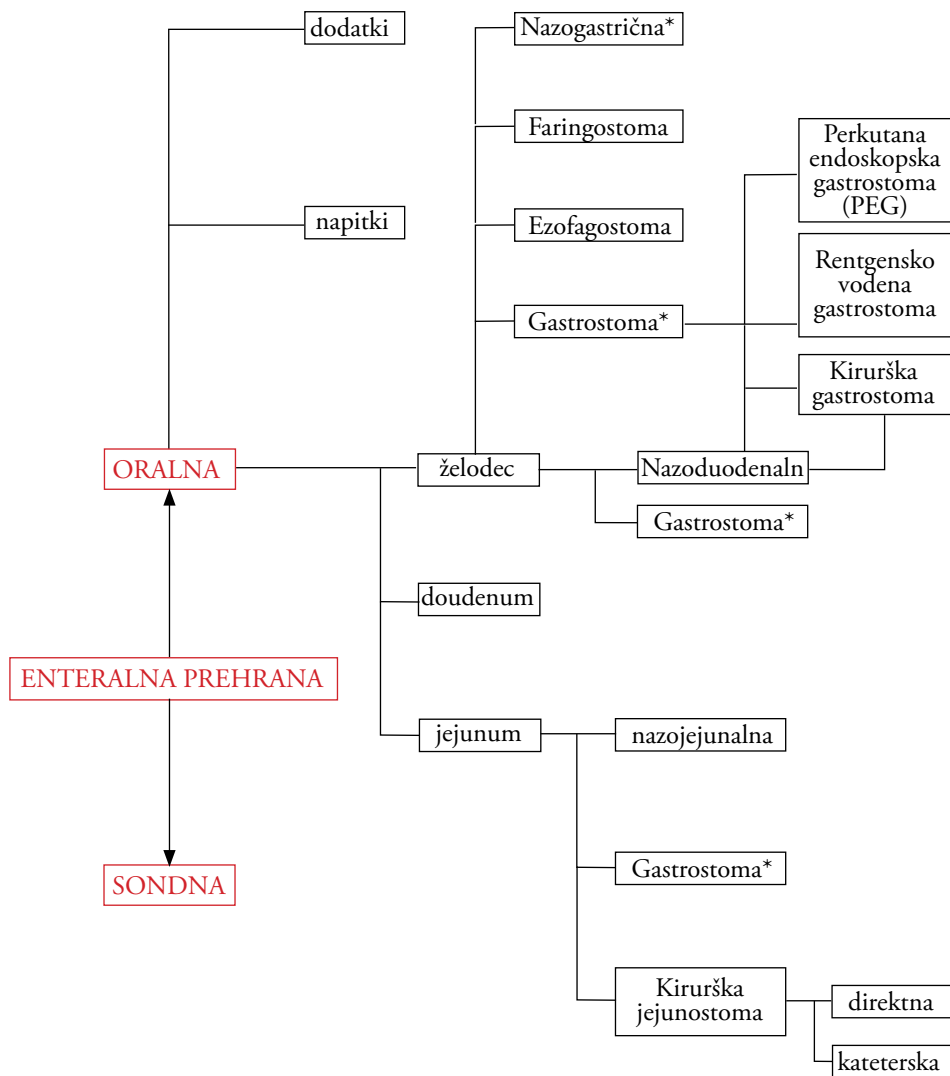
Najbolj optimalen je vnos enteralnih dodatkov oralno. Kadar to ni možno, uporabljamo prehranske cevke ali sonde. Enteralne hranilne raztopine so lahko kompletne ali pa vsebujejo delno ali popolno razgrajena hranila. Z delno razgrajeno hrano, ki je s tehničnim napredkom dostopnejše prebavilom (sonde, stome), se lahko prilagodimo zmanjšani funkcionalni sposobnosti prebavil in tudi izognemu parenteralni prehrani.

Kadar je vnos enteralne prehrane 1500ml ali več, prehrani ni potrebno dodajati mikrohranil.

## Poti za vnos enteralne prehrane

Enteralno prehrano lahko zaužijemo preko ust ali tako, da uvedemo hranilno cevko v prebavila (*Slika 1*)

Slika 1: Poti vnosa enteralne prehrane

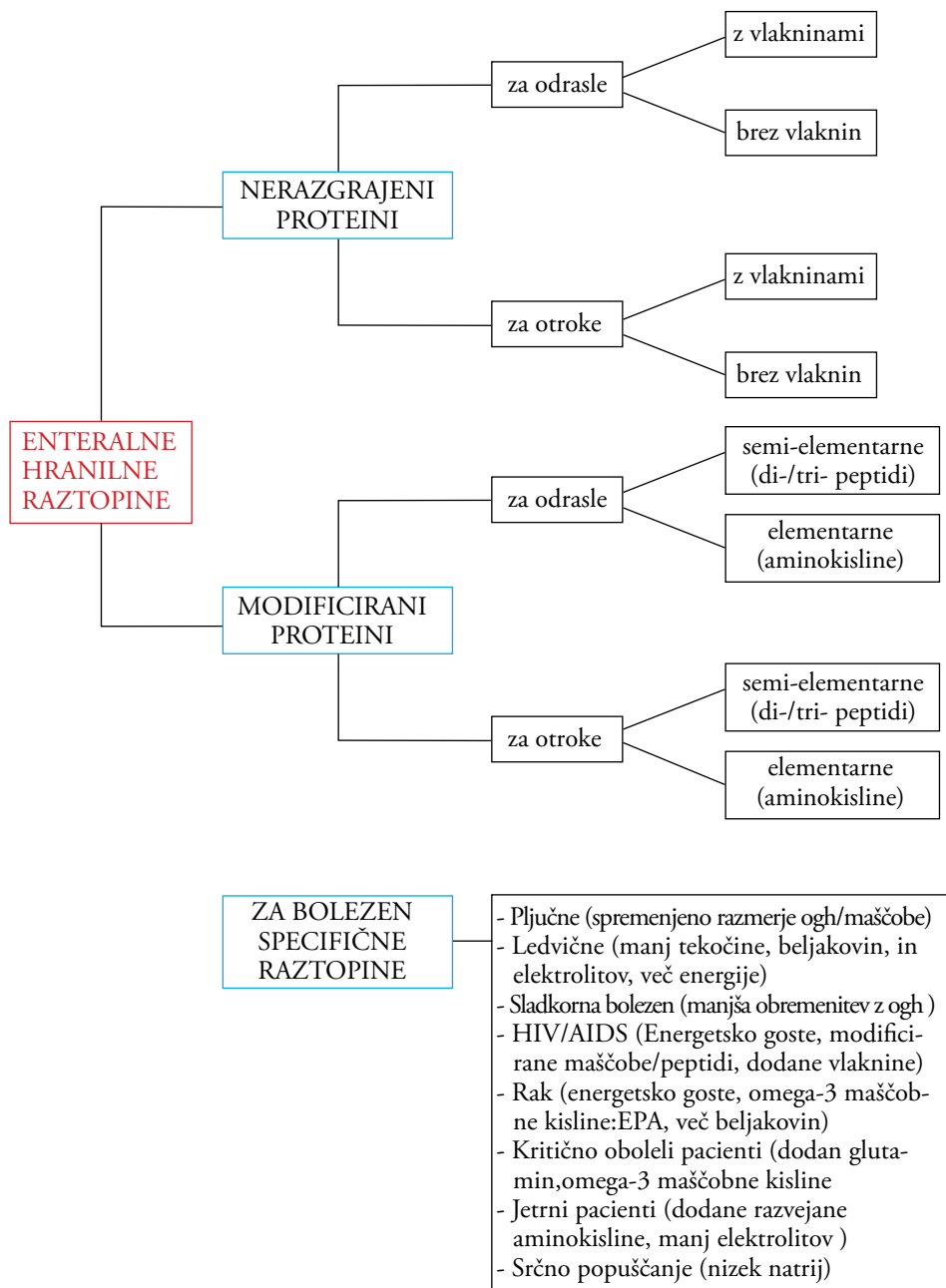


\*zaželene poti

## Izbira prehranske raztopine

Izbira najbolj ustrezne raztopine je v prvi vrsti pogojena z bolezenskim stanjem pacienta, nanjo pa vplivajo tudi tehnične možnosti in lokalna praksa pri uporabi hranilnih raztopin. Glede na strokovne in ekonomske kriterije danes ni več upravičena uporaba doma pripravljenih sondnih mešanic. Številne komercialne formule, ki so danes na voljo, ustrezajo večini bolezenskih stanj (slika 2) in so za paciente varna oblika prehranske podpore.

Slika 2. Tipi hranilnih raztopin



## Kontraindikacije za enteralno prehrano

Enteralno pacientov ne hranimo, kadar črevo ne deluje (anatomska prekinitev, obstrukcija, ishemija/nekroza).

## Prehranska dopolnila

Prehranska dopolnila so po evropski in slovenski zakonodaji opredeljena kot živila, s katerimi dopolnjujemo običajno prehrano. Predstavljajo vir posameznih ali kombiniranih hranil, ki se nahajajo v obliki praškov, kapsul, tablet, raztopin ali drugih podobnih oblikah. Kot dopolnilno obliko prehrane pacientov najpogosteje uporabljamo prehranska dopolnila, ki vsebujejo mikrohranila (vitamine, minerale, antioksidante), posamezna hranila (aminokisliline, maščobe, sladkorje) ali hranila, ki imajo zaradi načina delovanja lahko tudi zdravilen učinek in jih imenujemo funkcionalna živila.

Vključitev prehranskih dopolnil v prehrano zahteva predhodno prehransko obravnavo pacienta.

## Zaključek

Prehranski nadomestki ali dopolnila predstavljajo del prehranske terapije pacienta, kadar z predhodno prehransko obravnavo ugotovimo, da pacient potrebuje dodaten vnos hranil.

## Literatura

- BAPEN report. Hospital food as treatment : Allison SP (ed)1999. ISBN 1-899467-35-1.
- Green CJ. *Existence, causes and consequences of disease-related malnutrition in hospital and the community, and clinical and financial benefits of nutritional intervention*. Clin Nutr 1999; 18 (suppl 2): 3-28.
- Grimble RF. *Main cytokines and their effect during injury and sepsis*. In: Sobotka L. Basics in clinical nutrition, 2005 Galen, Praga; 118-124.
- Hammarquist F, Wernerman S, Allison SP. *Injury and sepsis: The neuroendocrine response*. In: Sobotka L. Basics in clinical nutrition, 2005 Galen, Praga; 114-117.
- McWhirter JP, Pennington CR. *Incidence and recognition of malnutrition in hospital*. Br Med J 1994; 308: 945-948.
- Meier R, Stratton RJ. *Epidemiology of malnutrition*. In: Sobotka L. Basics in clinical nutrition, 2005 Galen, Praga; 31-37.
- Nygren J, Thorell A, Ljunqvist O. *Insulin resistance: a marker of surgical stress*. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care 1999, 2:69-78
- Rotovnik Kozjek N, Milošević M (urednika). *Priporočila za prehransko podporo bolnikov v bolnišnicah in domovih za starostnike*. Ministrstvo za zdravje, 2008.
- Sobotka L, Soeters PB. *Metabolic response to injury and sepsis*. In: Sobotka L. Basics in clinical nutrition, 2005 Galen, Praga; 124-129.
- Stanga Z, Allison S, Vandewoude M. *Nutrition in the elderly*. In: Sobotka L. Basics in clinical nutrition 2005 (2nd edition) ; 365-382.
- Stratton RJ, Green CJ, Elia M. *Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment*. Wallingford UK: cab International; 2003.
- [http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja\\_in\\_dokumenti/veljavni\\_predpisi/varnost\\_in\\_zdravstvena\\_ustreznost\\_hrane/prehranska\\_dopolnila/](http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/veljavni_predpisi/varnost_in_zdravstvena_ustreznost_hrane/prehranska_dopolnila/)

# **Psihološki pristop k pacientu z gastrostomo in jejunostomo**

# **Psihološki vidiki obravnave kroničnega pacienta s spremenjeno telesno podobo**

*Marja Strojín, univ. dipl. psih.*

## **Izveleček**

Prispevek obravnava nekatere psihološke vidike celostne rehabilitacije pacienta s stomo. Izhaja iz teoretičnega koncepta biopsihosocialnega modela zdravja in bolezni. Pri tem poudarja aktivno participacijo pacienta in ustvarjanje pogojev za kakovost življenja. K temu cilju sodi pristop medsebojnega sodelovanja delavcev v zdravstveni strukturi v povezavi s pacientom in njegovimi najbližjimi ter prostovoljci samopomoči – tj. ljudi, ki so se že ustrezno rehabilitirali s podobno invalidnostjo.

## **Ključne besede:**

celostna rehabilitacija, samoaktivnost, kakovost življenja.

## Uvod

V prispevku bodo predstavljene izkušnje iz več kot dvajset let dela v Združenju onkoloških pacientov, dela prostovoljke in ene izmed izobraževalcev v društvih Ilco, Kengurujček in pri Zvezi delovnih invalidov, kakor tudi izkušnje supervizorke prostovoljke na Onkološkem inštitutu. Avtorica bo v prispevku predstavila svoje poklicno znanje psihologinje, zlasti pa novejša pojmovanja v zdravstveni psihologiji, in ne nazadnje lastne izkušnje kot ozdravljenke po karcinomu debelega črevesa in skoraj 28-letnega življenja s kolostomo.

## Metode

Uporabili smo deskriptivno metodo, s katero je avtorica povezala izkušnje svojega več kot 20-letnega prostovoljnega dela s spoznanji zdravstvene psihologije.

## Vsebina in razprava

Zadnja desetletja doživlja medicinska stroka pomembno spremembo doktrine, čeprav se zdi, da je kot bog Janus z enim obrazom zazrta v negotovo bodočnost, medtem ko se z drugim kdaj pa kdaj hrepenече zazira v preteklost. Gre za ponovno integracijo celega človeka in ne le nosilca bolnega organa ali bolezni. V pojmovanju bolezni kot posledice zunanjih dejavnikov, na primer okužb, ki povzročijo bolezen, so ostajali vsi drugi dejavniki v ozadju.

Biomedicinalni model je ohranjal okrog tristo let deskriptivne parametre za proučevanje zdravja in bolezni. Preteklo stoletje pa je prineslo nove poglede, ki so se spopadali z bio medicinskimi pojmovanji. Pri tem so pridobivali na pomenu zlasti psihološki in socialni dejavniki. Psihosomatska medicina je integrirala zlasti psihološke in medicinske dejavnike. Tudi sama psihologija je v slabih tridesetih letih razvila novo uporabno področje – zdravstveno psihologijo.

Danes je biopsihosocialni model v zdravstvu gotovo najširše sprejet.

*Slika 1:* Biopsihosocialni model zdravja in bolezni (po Engelu 1980)



Vir: 3 fig.1/1, David F. Marks et al.. Health Psychology, Theory, Research & Practice. Sage Publicitaon Ltd



Model interpretiramo tako, da povezujemo vse tri sklope dejavnikov, ki medsebojno vplivajo na bolezen in zdravje.

V prispevku smo se osredotočili zlasti na dva pomembna psihosocialna dejavnika sodobne obravnave pacienta s spremenjeno telesno podobo:

1. aktivno participacijo pacienta v procesu zdravljenja
2. ustvarjanje pogojev za kakovostno življenje

Telesna shema je sestavni del samopodobe. Samopodoba kot srž človekovega bistva pa sega na vsa pomembna področja življenja: samovrednotenja, motivacije, socialnih odnosov, doživljanja zadovoljstva in nezadovoljstva, do skrajnosti obupa in seveda pomembno vpliva na zdravje in bolezen, zlasti pa na kakovost življenja. Na ustvarjanje samopodobe so vezana naša najgloblja intimna doživetja lastne vrednosti in občutenja varnosti in ogroženosti. Samopodoba ni moj odtis – *samopodoba sem jaz*.

S spremenjeno telesno shemo – recimo invalidnostjo se soočimo z dvema sklopoma problemov:

Soočimo se s spremembami lastne podobe; naše telo, toliko let nam domače in del našega nezavednega delovanja, se dramatično spremeni: postane nam tuje, ne prepoznamo ga več za svoje. Pacient s stomo v začetku ne želi sam menjavati vrečk, boji se dotakniti stome, med nego gleda proč ... Obvladuje ga strah. S psihološkega stališča lahko v nekaterih primerih pojmuje tak drastičen poseg kot travmo, z vsemi zakonitostmi procesa izgube eksistenčne varnosti in žalovanja. Okvire prispevka bi presegli s poglobljanjem v obsežno problematiko travm in žalovanja, a vedeti moramo, da zaradi močne čustvene obremenitve ljudje slabo sprejemajo (racionalno) razumsko pomoč, vsaj v določenem časovnem segmentu.

Telesna sprememba kakršna je stoma pa ima svojo specifikko: povezana je s področjem odvajanja, ki je od malega tabuizirano in ga doživljamo kot skrajno intimno, tem bolj imamo razvite civilizacijske in higienske navade. Nekateri ljudje od otroštva razvijajo odpor in strah do lastnega izločanja. Drugi pomembni dejavnik je povezanost organov izločanja s funkcijo spolnosti, kar predstavlja drugo, še bolj tabuizirano dogajanje. Ker je pri moških posledica operacije tudi impotentnost, je to dodaten zelo pomemben dejavnik ranjene samopodobe.

Naša samopodoba – zlasti doživljanje spremenjene telesne sheme, pa se oblikuje tudi z refleksijo – tj. interpretacijo socialnega odziva iz okolja. V bolezenskih stiskah je gotovo družina, zlasti partner(ka) tista najpomembnejša oseba, ki vpliva s svojimi reakcijami na novo pacientovo stanje. Lahko ga sprejme, lahko jo popade strah, lahko potrebuje čas, da obvlada situacijo, lahko se zlomi. Zelo pomembno je vzdušje, ki jo ustvarja zdravstveno osebje, na prvem mestu je zdravnik, ki predstavlja pacientu najvišjo avtoriteto, najbolj verodostojno in strokovno informacijo, sledi mu drugo zdravstveno osebje, s posebnim poudarkom na enterostomalnih terapevtkah. Prostovoljci za samopomoč in ljudje, ki živijo s podobno invalidnostjo, ustvarjajo optimalne pogoje za celostno rehabilitacijo. Zaželeno je tudi vključevanje najbližjih

družinskih članov. Ti dejavniki so učinkoviti, če so sinhronizirani, malo verjetno pa je, da bodo uspešni, če so osebe, pomembne za rehabilitacijo v medsebojnem nasprotju, oziroma ne vedo drug za drugega in delujejo drug mimo drugega.

Zdravstveno osebje in druga družbena gibanja pomembno prispevajo k ustvarjanju laičnega vzdušja, ki obravnava invalide, v skladu s človekovimi pravicami, kot ljudi z določenimi sposobnostmi in jih kolikor je mogoče vključuje v vsakdanje življenje, zlasti pa ne obravnava invalidov kot žrtve usode, ki si zaslužijo usmiljenje. Podpirajo lahko invalide kot aktivne nosilce integracijskih procesov in borce zoper predsodke.

Fizično zdravje skupaj s psihološko rehabilitacijo in socialno vključenostjo oblikuje kakovost življenja. Podrediti vse golemu podaljševanju življenja je gotovo manj zeleno kot pristajati na sistem optimalnega – tj. kompromisnega produkta različnih človekovih potreb. Pri izbiri tretmaja nam lahko pomaga pri odločanju tretmana tudi dejstvo, da se, po raziskavi Wertheimerja in Santella (Ian P. Albery and Marcus Munafo 2008), 50 – 70 % pacientov ne drži medicinskih navodil in navajata podatke:

- 14 – 12 % jih ne uporabi predpisanih receptov,
- 60 % pacientov ne identificira svojih zdravil,
- 30 – 50 % ignorira oziroma priredi zdravstvena navodila,
- 12 – 20 % uporablja zdravila drugih ljudi.

Najboljši uspehi pri vodljivosti zdravstvenih navodil se dosega s prilagajanjem pacientovi samopredstavi in njegovega življenjskega sloga. To seveda zahteva, poglobljeno komunikacijo in možnost pacientovega soodločanja. Na tem presečišču se srečata pacientova samoaktivnost s kakovost življenja, ki jo SZO definira kot širok razpon pojmovanj in kakovost njegovega življenja, na katerega kompleksno vplivajo telesno zdravje, psihološko stanje, stopnja neodvisnosti, socialni odnosi in odnosi do zanje najpomembnejših dejavnikov v okolju.

## Sklep

Prispevek naj bi s strani bivše pacientke in ženske s spremenjeno telesno shemo pozival in motiviral zdravstveno osebje za celostni pristop rehabilitacije z uporabo koristnih izkušenj manj kot trideset let stare zdravstvene psihologije.

## Literatura

- Albery IP. and Munafo M. *Key Concepts in Health Psychology*. Sage Publication 2008.  
 Marks D F. et al.. *Health Psychology, Theory, Research & Practice*. Sage Publicitaon Ltd, Reprint 2006.

## **Realitetna terapija – osnova za zdravstveno vzgojno delo pri kroničnem pacientu**

*Nika Škrabl, viš.med.ses., univ.dipl.soc.ped.*

*Univerzitetni klinični center Ljubljana*

### **Izvleček**

Zdravstveni delavci se zavedajo, da delo s pacienti ni samo strokovno izvajanje postopkov zdravstvene nege in svetovanje pri kroničnih boleznih, temveč tudi razvijanje sposobnosti, ki jih pacient potrebuje za ohranjanje ali vzpostavljanje kakovostnega življenja s kronično boleznijo. Za uspešno zdravstvenovzgojno delo potrebujemo pacientovo zaupanje in sodelovanje.

V svojem članku se želim osredotočiti predvsem na odnos med zdravstvenim delavcem in pacientom, saj je ta pogosto premalo izpostavljen kot bistven problem, s katerim se zdravstveni delavci srečujemo. Za uspešno izvajanje zdravstvenovzgojnega dela je pomembno zavedanje medosebnih interakcij in poznavanje procesa uvajanja sprememb pri kroničnih boleznih pacienta. V svojem prispevku predstavim možnost uporabe realitetne terapije pri zdravstvenovzgojnem svetovanju.

### **Ključne besede:**

zavedanje, zaupanje, realitetna terapija, zdravstvenovzgojno delo, medsebojni odnos, komunikacija.

## Uvod

Pri zdravljenju pacienta si zdravstveni delavci zastavljajo cilje, ki jih želijo doseči s sodelovanjem pacienta. Ti cilji so odprava simptomov in znakov bolezni, preprečevanje akutnih zapletov in organskih okvar ter izboljšanje kakovosti življenja pacientov s kroničnimi boleznimi in podaljšanje življenjske dobe z zdravim načinom življenja. Pri postavljanju ciljev je pomembno, da so ti realni in da jih pacient sprejme in vgradi v svoj življenjski slog ter sodeluje pri izvajanju ustreznega zdravljenja. Ljudje smo sposobni predelati raznovrstne probleme v življenju, ko smo soočeni s spremenjenimi okoliščinami, v katerih živimo in se naučimo novih, drugačnih načinov spoprijemanja s težavami.

Poznavanje teorij in modelov, ki razlagajo človekova stališča, vrednote, vedenjske vzorce in teorije učenja, je za načrtovanje, pripravo in izvajanje zdravstvene vzgoje v zdravstvenih organizacijah izjemno pomembno, a težko delo. Metode, s katerimi razvijamo zdravstvenovzgojno delo, poudarjajo pomen pridobivanja spretnosti in veščin za življenje (sposobnost izbiranja med danimi možnostmi, učinkovito prepoznavo in odzivanje na nastali problem) in zavračajo le pasivno pomnjenje informacij. Seveda je težko govoriti o najboljših metodah v zdravstvenovzgojnem delu. Za uspešno svetovanje mora svetovalec vzpostaviti empatičen odnos do pacienta in ga motivirati za sodelovanje, zato mora vedeti čim več o njegovi bolezni, znati večše komunicirati, imeti mora pedagoške sposobnosti in biti splošno razgledan. Metode, ki zajemajo človeka celostno in upoštevajo proces spreminjanja, nam pomagajo doseči zastavljene cilje.

Pri svojem delu se moramo nenehno odločati, kako ravnati v posameznih konkretnih situacijah, da bi s svojim ravnanjem čim bolj učinkovito, a hkrati strokovno in največkrat hitro pravilno ukrepali. Taki položaji so običajno kompleksne narave in zahtevajo od nas, da delujemo na več nivojih hkrati; pri tem se strokovni, osebni, odnosni, institucionalni in drugi vidiki med seboj prepletajo in neredko med seboj celo interferirajo (Žorga, 1997).

## Medosebni odnosi – kreativnost in odgovornost za svoje vedenje

Vsak dan v svojem življenju, tako v zasebnem med prijatelji in znanci, kot v službi, povsod neprestano prihajamo v stike z drugimi ljudmi. Ti stiki povzročijo nastajanje odnosov. Odnosi ustvarjajo občutke. Občutki pa ustvarjajo počutje. Karkoli delamo – vedno smo prisotni, vedno sodelujemo, lahko pasivno ali aktivno. Svojo vlogo si izberemo zavestno ali podzavestno v skladu z našo samopodobo.

S pacienti stopamo v stik na različne načine in v različnih situacijah. Vedno pa se srečata dve osebnosti in vsaka ima svoja pričakovanja. Pacient pričakuje od zdravstvenih delavcev razumevanje, sočutje, pozornost, prijaznost, čas, pomoč ter ozdravitev. Medicinska sestra pa do pacienta pričakuje sodelovanje, spoštovanje, jasne odgovore, izpolnjevanje navodil, potrpežljivost, poslušnost, itd. (Flajs, 2005).

»Vsaka komunikacija ustvarja spremembe: utrjuje obstoječe ali poudarja različnost. Mi sami jih kreiramo, ustvarjamo, usmerjamo, če to želimo ali ne, če se zavedamo ali ne. Odgovornost, ki nam jo nalagajo navedena dejstva, lahko sprejemamo kot nujno zlo ali kot priložnost za lastno spreminjanje« (Kordeš, Jeriček, 2001:285).

## Celostno vedenje

Živimo v času izrednega razvoja in napredka znanosti, tehnike in informacijske tehnologije. Napredovali smo od prvega do nadzvočnega letala in do odkrivanja planetov v kozmosu. Komunikacijski aparati so napredovali od telefonov z vretenom do mobilnega telefona in interneta. Ta napredek je globoko zaznamoval tudi zdravstvo, saj lahko prepoznamo in zdravimo bolezni, ki so veljale včasih za neozdravljive.

*Toda ali se lahko pohvalimo z napredkom v odnosih med možem in ženo, med otroki in starši, med učitelji in učenci, med pacienti in zdravstvenimi delavci, med ljudmi, s katerimi delamo?*

Obravnava zdravstvenovzgojnega dela presega izbrane okvire tega prispevka. Predstaviti želim način izvajanja svetovalnega dela ob upoštevanju dognanj "teorije izbire", katere avtor je William Glasser. Teorija izbire izhaja iz predpostavke, da dražljaji, ki bi lahko nadzorovali človeško bitje z namenom, da bi to sprejelo določeno odločitev, ne obstajajo. Npr. zvonjenje telefona ima vsekakor svoj namen. Posreduje nam informacijo, da hoče nekdo govoriti z nami. A informacija ni nadzor. Glede na to, da nas informacija v nič ne sili, se lahko odločimo, kaj bomo storili. Ko naredimo, kar nam je bilo naročeno, npr. dvignemo telefonsko slušalko, to naredimo zato, ker smo se tako odločili na podlagi informacij, ki jih imamo.

Temelj človeškega razvoja je težnja po zadovoljitvi različnih potreb. Primarne potrebe so fiziološke in socialne za preživetje in ohranitev. Sekundarne potrebe pa povečujejo zadovoljstvo in ne ogrožajo preživetja. Zadovoljevanje primarnih potreb je samoumevno in zato človek ne potrebuje posebnih spodbud. Potrebe, ki jih imamo v vsakdanjem življenju ne moremo zadovoljivo potešiti brez navezave z drugimi ljudmi, zato je naša naloga skrbeti in razvijati čim boljše odnose s soljudmi.

Realitetna teorija zagovarja stališče, da ne glede na to, kaj se nam je v življenju zgodilo oziroma kaj smo v življenju počeli, lahko vedno izberemo vedênje, ki nam bo pomagalo bolje zadovoljiti naše potrebe v sedanjosti in v prihodnosti.

*Vsak posameznik prevezama odgovornost za svoja dejanja.* Edina oseba, katere vedênje smo zmožni kontrolirati, smo mi sami. Vse, kar lahko drugim ponudimo, so informacije. Vendar pa nas informacija sama po sebi ne more pripraviti do tega, da bi nekaj naredili ali občutili.

Pri svojem delu lahko postanemo učinkovitejši, če se posvetimo kakovosti informacij, ki jih dajemo drugim in ne sredstvom, s katerim bi druge prisilili, naj naše informacije upoštevajo. Kdo pravzaprav najbolje ve, kaj je za posameznika dobro? Vsak ve zase, samo prisluhniti si mora in se odločiti ali bo to, kar mu govori »telo« upošteval ali ne.

V realitetni teoriji W. Gasser (1998) govori o celostnem vedenju, ki ga sestavljajo štiri neločljive sestavine:

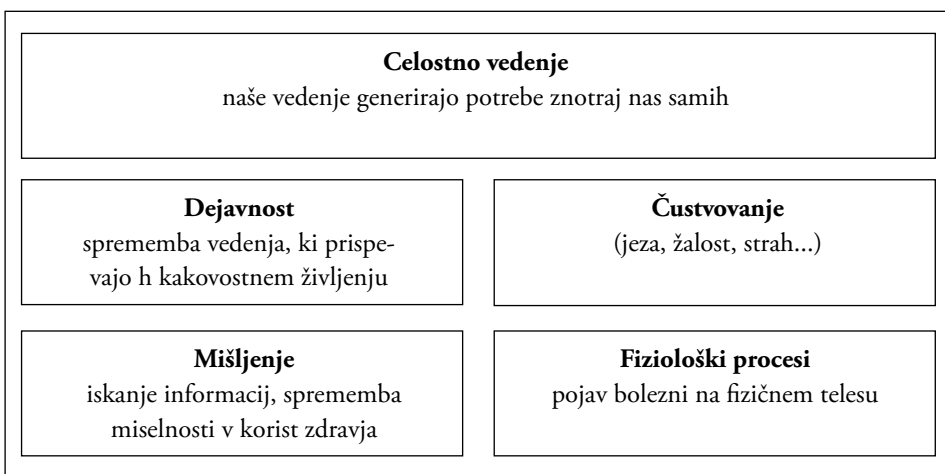
- dejavnosti (kot so na primer hoja, govorjenje, prehranjevanje)
- mišljenje (o nečem venomer razmišljamo)
- čustva in občutki (kadarkoli se vedemo, nekaj občutimo)
- fiziologija (vse kar počnemo in čutimo, se odraža v delovanju našega telesa: bitje srca, hitrost dihanja, potenje itd...)

Človek je svobodno in odgovorno bitje, notranje motivirano, katerega vedenje je vedno namensko, zelo raznovrstno in prožno. Človekovo vedenje je vedno celostno in kreativno. Kadar izkazuje neko dejavnost, vzporedno potekajo razmišljanje, čustvovanje in fiziološki procesi. Pri tem se oseba zaveda predvsem čustvenih in fizioloških sestavin, ki pa jih nima neposredno pod nadzorom. Precej manj pa se zaveda, da ima možnost upravljati z dejavnimi in mišljenjskimi komponentami, na katere lahko neposredno vpliva z izborom vedenja.

*Nadzor imamo nad svojim razmišljanjem in svojo dejavnostjo.* Prevezemanje nadzora pomeni tudi sprejemanje boljših izbir.

Pomembno je, da pacientom pojasnimo pojma »odgovornost« in »sprejemanje odločitev« tako, da ju bodo razumeli. Uporaben način je nedirektivni, ko ne izražamo sodb do vedenja pacienta, temveč toplino, empatijo in osebni odnos do pacienta. S tem dobi pacient večji vpogled v svoje težave, išče lastne rešitve ter skozi svetovalni proces razvija pozitivne občutke do sebe. Potrebno je ljudi poslušati in jim dati možnost, da razkrijejo svoje skrbi in težave, to je pri zdravstvenovzgojnem delu zelo pomembno.

*Slika 1: Celostno vedenje*



Vir: W. Glasser (1998), Celostno vedenje

Za zadovoljitev potreb je potrebno človeka spodbuditi k neki dejavnosti - imeti mora motiv. Motiv je vzgib, ki sproži in usmerja človekovo dejavnost. Motiviranje pa je vrsta različnih motivov, ki naj spodbujajo določena ravnanja ljudi. Motivacija je psihološko stanje posameznika, ki je usmerjeno k izpolnitvi potreb.

Razprava o motivaciji je pomembna:

- da bi razumeli, zakaj ljudje delajo, kar delajo;
- kakšne so njihove potrebe, želje in pričakovanja;
- zakaj ravnaajo tako in ne drugače;
- kaj jih žene, da to počnejo.

Večina resnih konfliktov pri delu z ljudmi izvira iz naših poskusov, da bi usmerjali odločitve drugih, ki tega usmerjanja ne sprejmejo, saj jih tisto, kar hočemo, ne zadovoljuje. Zato smo pri zdravstvenovzgojnem delu velikokrat razočarani, ker pacientom povemo natančno, kaj morajo narediti, da bo za njih bolje, a vendar svojega vedenja (običajnih razvad) ne spremenijo. Ko smo sredi konflikta, vedno obstaja razlika med tistim, kar bi radi in tem, česar smo deležni, ne glede na to, kaj storimo. Konflikt je eden najpogostejših vzrokov dolgotrajnega trpljenja, kajti nikjer ne izgubimo več nadzora kot pri resničnem konfliktu (Glasser, 2000).

## Psihologije zunanjega nadzora

Velik odstotek ljudi s seboj ali v odnosih z drugimi uporablja prastaro, splošno sprejeto prepričanje, da vedo, kaj je dobro za druge. To imenujemo psihologija zunanjega nadzora in je vir nezadovoljujočih odnosov, ki prizadenejo življenja mnogih ljudi.

*Najbolj zmotno je mišljenje, da lahko kaj dosežemo s prisilo.* Kadar od druge osebe nekaj pričakujemo in nam tega ne izpolni, uporabimo destruktivno vedenja, s katerim drugo osebo močno prizadenemo.

Poznamo več različnih načinov nadzora:

1. Od nekoga nekaj pričakujemo, a on tega noče izpolniti. Pogosto poskušamo drugo osebo na različne načine prisiliti, da bi naredila, kar hočemo; včasih poskusimo s pogojevanjem, manipuliranjem, vzbujanjem občutkov krivde, npr.: »Ti me žalostiš, zato hočem, da se spremeniš.«
2. Tudi druge osebe nas pogosto poskušajo prisiliti k nečemu, kar nočemo narediti.
3. Drug drugega hočeta prisiliti v nekaj, kar ni hotel nobeden. Najpogosteje se to dogaja pri profesionalnih ali partnerskih odnosih, ko razmerje prerase v lastitev. Vsaka lastitev je začetek propada razmerja.
4. Velikokrat poskušamo sami sebe prisiliti k nečemu, kar smo zaznali kot zelo boleče ali za nas povsem nemogoče oziroma nesprejemljivo (ker si ne upamo ali ne znamo reči ne).

Če verjamemo, da je odnos najpomembnejši, moramo prenehati z razdiralnimi vedenji. V svojem vedenju moramo prenehati uporabljati prisilo, ne smemo kaznovati, manipulirati, ukazovati, kritizirati, valiti krivdo na druge, se pritoževati, zbadati,

nadlegovati, razvrščati, zmerjati ali se umikati. Ta razdiralna vedenja lahko nadomestimo z izbiro bolj učinkovitejših vedenj - s skrbnostjo, poslušanjem, podporo, pogajanjem, spodbudo, z ljubeznijo, pomočjo, zaupanjem, sprejemanjem, dobrodošlico, sporazumevanjem in spoštovanjem. Tako bomo pripomogli h kakovostnejšim medsebojnim odnosom. Zavedati se moramo, da je od naših dejanj odvisno, kakšen odnos bomo imeli z drugimi osebami. Kakovost odnosa vpliva na naše počutje. Takoj, ko se v odnosu pojavijo napetosti, predsodki, stereotipi in druge ovire, čutimo, da nekaj ni v redu, zatika se nam pri delu, pojavijo se nam dvomi v lastno učinkovitost in sposobnost, iščemo napake pri sebi in še raje pri drugih, svoje nelagodje širimo v okolico.

Zakaj psihologija zunanje prisile tako dobro deluje?

- Pri močnih značajih, ker dobijo tisto, kar želijo.
- Pri nemočnih, ker upajo, da bodo morda kdaj dosegli pozicijo, ko bodo moč lahko uporabili na drugih.
- Pri najšibkejših, ker verjamejo, da bi po uporu živeli še bolj nesrečno.

Psihologija zunanjega nadzora temelji na treh zmotnih prepričanjih:

- da se na dražljaje moramo odzvati (torej, da nimamo izbire).
- da lahko druge ljudi prisilimo, da naredijo, kar hočemo (četudi tega nočejo) in da lahko drugi ljudje nadzirajo naše početje, razmišljanje ali čutenje.
- da je naša pravica (ali celo dolžnost), da naredimo karkoli, da bo drugi človek ravnal tako, kot se nam zdi, da je za njega najbolje.

Pri odnosih z ljudmi si lahko vedno postavimo vprašanje: *»Ali me bo to, kar nameravam storiti, z ljudmi zblížalo ali razdvojilo? Ali se ob tem, kar sem naredil počutim dobro?«*

Zaznava, videnje problema in njegovo ocenjevanje, iskanje in vrednotenje možnih rešitev, čustveno odzivanje in reakcija na ves proces za sprejemanje odločitev in ukrepanje so odvisni od posameznika. Posameznik, ki ve, kaj potrebuje in česa si želi, ki pri tem trezno oceni, kakšne so njegove zmožnosti, da do tega pride, je prav gotovo na dobri poti, da pozitivno rešuje probleme. Vedeti mora, kam bo usmeril svojo dejavnost, ali so cilji, ki si jih je postavil realno dosegljivi in koliko je za svoje cilje motiviran in zato pripravljen tudi na morebitne ovire. Poznati mora sebe, a tudi poti, ki vodijo k cilju.

## Pogovor s pacientom

Težko bi govorili o receptu, ki bi bil sprejemljiv za vse paciente. Naloga zdravnika in medicinske sestre oziroma drugega zdravstvenega strokovnjaka je, *da pacientom zagotavlja razumevanje dogajanja.*

Obstaja veliko načinov izboljšanja komunikacije med zdravstvenimi delavci in



pacienti, ki temeljijo na rezultatih raziskav (Ley, 1988 po Payne, Walker, 2002). Za paciente lahko naredimo okolje bolj prijazno, izogibamo se zamudam, smo prijazni, pacientu dovolimo, da razloži stvari s svojimi besedami. Ugotovimo v kaj pacient verjame, spodbujamo njegove povratne informacije. Poudarimo pomen določene vsebine in jo ponovimo. Pomembne informacije podajamo prve in jih na koncu ponovimo. Preverimo ali uporabljamo jezik, ki ga pacient razume. Poleg razlage posredujemo še pisni material, ki naj bo napisan v pacientu razumljivem jeziku. Učinkovito podajanje informacij je povezano s pacientovim zadovoljstvom in z njegovo privolitvijo (Payne, Walker, 2002:101).

Vsak posameznik porabi tretjino svojega dnevnega časa za komunikacijo, pri delu z ljudmi pa je to skoraj ves čas. Prav tako kot umetnost dobrega govorjenja, je pomembna umetnost dobrega poslušanja, saj le njuna kombinacija zagotavlja učinkovito komunikacijo. Komunikacija je prenašanje sporočil med oddajniki in sprejemniki po komunikacijskem kanalu. Pri tem je pomembno enako razumevanje sporočila s strani tistega, ki oddaja sporočilo in s strani tistega, ki sporočilo sprejme (Rozman, 1993).

Za sporazumevanje je pomembno, da se znamo sogovorniku približati in prilagoditi. Pri tem so nam v pomoč komunikacijske spretnosti: To so:

- izražanje povratne informacije in odzivanje nanjo (opazujemo, poslušamo, analiziramo svoje občutke in izberemo komunikacijski jezik, ki ga sogovornik razume),
- vživljanje v sogovornika (odsevajmo čustva),
- poslušanje (razlika med »slišati« in »poslušati«),
- obvladovanje lastnega obnašanja (poznavanje samega sebe),
- natančno zaznavanje, brez lastnih predsodkov.

Da bi bili pri svojem delu uspešni, moramo razumeti, kako deluje posameznik in kako delujejo posamezniki v stiku drug z drugim. Pacient dobi večji vpogled v svoje težave, razvija svoje lastne rešitve. Z znanjem o človeškem vedenju in zadovoljevanju potreb ter hkrati z razumevanjem in dojetjem sebe samega v odnosu z drugimi ljudmi, si pridobivamo življenjske izkušnje in nova spoznanja. »Pretekla spoznanja te pripeljejo do trenutka, ko boš delčke preteklih dejanj spet ujel v novo spoznanje. Pretekla spoznanja, doživetja, interpretacije se rekurzivno vgrajujejo kot podlaga naslednjim procesom spoznavanja, doživljanja in njegovim proizvodom – novim spoznanjem, doživetjem, interpretacijam. Spomin na doživetje je vselej novo doživetje«. (Šugman Bohinc, 1997:291).

Kdaj lahko pacient spregovori o sebi, brez neugodnih občutij prepusti telo v preiskavo, brez strahov postavi vprašanja o svojih težavah? Kako se mu zdravstveni delavci posvetijo in komunicirajo z njim, ali mu razložijo poseg ali postopek in način zdravljenja ter posledice na njim razumljiv način in pri tem občutijo, da z njim ravnajo kot z osebo in ne kot s primerom? Občutek zaupanja se po mnenju pacientov zgradi na komuniciranju, ki ne zadeva samo obravnavo simptomov, ampak tudi predelavo pacientovih čustev in negotovosti. Pacient zaupa medicinskemu osebju,

da bo postopek uspešen in neboleč, da bo obravnavan s sočutjem in s potrebno spoštljivostjo.

Potrebi po poslušanju ljudi in dajanju možnosti, da razkrijejo svoje skrbi in težave, sta postali pomembni znotraj zdravstvene oskrbe. Osebo, s katero se pogovarjamo, moramo vzeti resno, ji odgovoriti na zastavljena vprašanja, pa čeprav se nam zdi jo še tako nesmiselna ali že prevečkrat povedana. Kako se pogovarjamo s pacientom? Koliko skupnih točk v pogovoru imamo? Kaj zanima pacienta? Najprej odgovorimo na vprašanja pacienta, potem posredujemo naša sporočila (Čebašek Travnik, 2005).

Slika 2: Kako se pogovarjamo s pacientom



Vir: Čebašek Travnik, Z. 2005. Seminar alkohol – odrasli lahko vplivamo.

Delo z ljudmi zahteva razvijanje spretnosti komunikacije, ob posredovanih strokovnih informacijah in sposobnostih zaznavanja, prepoznavanja, analize in interpretacije dogodkov in dejanj.

### **Pomoč zdravstvenim delavcem pri izvajanju zdravstvenovzgojnega dela**

Kakovost življenja je seveda najpomembnejši cilj vsakega zdravljenja, sloni pa na subjektivni oceni pacienta. Delovanje celotnega človeka zajema socialne in psihološke vidike, pa tudi relativno brezhibno delujoče telesne sisteme.

Sodobni človek je izpostavljen mnogim obremenitvam. Tudi prizadevanje za zdrav način življenja žal razume kot hudo obremenitev in spremembo, ki se ji ne zmore prilagajati toliko, kot bi bilo za zdravje potrebno. Lažje se odločamo za aktivnost in spremembe, kadar vemo, katere cilje želimo doseči. Rezultati v življenju so v veliki meri odvisni od naših odločitev in dejanj. Odzivanje ljudi na dogodke ni pogojeno samo z objektivnimi zunanjimi dejstvi, ampak je v veliki meri odvisno od notranjih psiholoških dejavnikov. Sposobnost prilagajanja spremembam je pomembna

v življenju. Znanje je prvi pogoj, da začnemo razmišljati o spremembi.

## Proces spreminjanja

Zdravstveni delavec lahko uporabi pri svojem delu »Osnovni model pomoči pri spreminjanju« (Maučec, 1996), da pacientu lažje razloži, kako poteka proces spreminjanja in vrsto ustreznih intervencij, ki so primerne na posamezni stopnji spreminjanja. Večina kroničnih pacientov se zdravi pri istem medicinskem osebju celo življenje, zato imajo zdravstveni delavci možnost kontinuiranega svetovanja in pomoči. Realno je, da vsak posameznik sprejme odločitev, ki vpliva na njegovo zdravje in utrjevanje zdravja z lastno aktivnostjo, s spremembo v načinu obnašanja. Ljudje najbolj zaupajo in verjamejo informacijam, ki jih posreduje zdravnik in drugi zdravstveni delavci.

Osnova modela je razumevanje, da je sprememba v načinu obnašanja proces, ki poteka prek določenih stopenj. To je svetovanje, ki združuje zgoščenost, jedrnatost z učinkovitostjo in pomeni skrbno poslušanje in natančno postavljanje vprašanj ob pravem času. Model upošteva individualni pristop, ki obravnava in pomaga reševati ovire, ki so specifične za vsakega posameznika in poteka v fazah:

1. razmišljanje o spremembi,
2. priprava na spremembo,
3. izvajanje spremembe,
4. vztrajanje pri spremembi,
5. ponovitev (recidiv) Prochaska & DiClemente (1986).

Ovire, ki se pojavljajo v procesu spreminjanja so zelo različne, odvisne od vsakega posameznika in od stopnje v procesu spreminjanja, v kateri se posameznik nahaja. Pomembno je, da spoznamo, na kateri stopnji je posameznik in temu ustrezno ravnamo.

Včasih pacienti nimajo interesa spremeniti življenja, ki jim ogroža zdravje in poslabšuje bolezen. V svojem ravnanju ne vidijo problema in pričakujejo od zdravstvenih delavcev ali zdravil, da bodo uredili njihove težave in ne iščejo rešitev pri sebi. Vloga zdravstvenih delavcev pri takih pacientih je informacija o škodljivem vedenju, ob soočanju z zdravstvenim problemom.

1. V fazi *razmišljanja o spremembi* in odločanju za spremembo gre za tehtanje med dejavniki za in proti, tako obstoječega načina življenja, kot predlagane spremembe.

Razlogi, da nadaljujete s sedanjimi življenjskimi navadami	Razlogi, da spremenite sedanje življenjske navade
<b>ZA</b>	<b>PROTI</b>

Vloga zdravstvenega delavca je aktivno poslušanje, da prepreči vsiljevanje lastne

presoje na odločitev posameznika. Pomembno je, da sam odloči, kaj hoče in kaj počne, da bi dobil tisto, kar hoče in ali s svojim vedenjem dobi, kar hoče? Kdor ne najde alternativne oblike za spremembo, verjetno še ni pripravljen za učinkovito spremembo.

Vplivi na odločitev pacienta:

- je moje sedanje obnašanje zame »slabo«?
- kakšna škoda za zdravje je že narejena?
- se bo moje zdravstveno stanje izboljšalo in se bom bolje počutil, če se bom spremenil?
- katere stvari težko sprejemem?
- katere dobre stvari prinesejo spremembe?
- kaj sedaj menim o tem?
- kakšne so moje možnosti, da uspem, če se poskusim spremeniti?
- povzemanje, seštevanje, samopresoja!

2. Ko se pacient *pripravlja na spremembo*, mora vzeti v zakup, da bodo mamljive stvari iz obstoječega načina življenja prisotne še naprej in bodo včasih pomembnejše, kot vzroki za spremembo. Zato je pomembno, da razvije tehniko za obvladovanje takih težav. Iskanje drugačnih oblik obnašanja za zadovoljevanje potreb predstavlja osnovo za učinkovito in dolgotrajno spremembo obnašanja. Te oblike morajo biti lahko izvedljive in uporabne. Zdravstveni delavci skupaj s pacientom zberejo informacije in se seznanijo s problemom in iščejo možne oblike sprememb v vedenju. Pomembno je vzpostaviti empatičen odnos do pacienta in njegovih skrbi »ali bom zmogel«. Koristen pripomoček je dnevnik, ki ga vodi pacient in mu daje vpogled v svoje obnašanje. Včasih so prisotni številni praktični problemi, ki ovirajo uresničitev spremembe (socialni, finančni, psihični...) in je potreben kompleksen pristop in pomoč številnih nezdravstvenih služb.

3. *Izvajanje spremembe* je stopnja v procesu spreminjanja, kjer je uspeh odvisen od jasnosti cilja, realnega načrta, podpore okolice in nagrade za dosežen uspeh. Ko je nekdo pripravljen za spremembe, mu lahko zdravstveni delavci pomagamo narediti načrt.

Dober načrt za izvajanje sprememb mora biti:

- specifičen v ciljih,
- rezultati morajo biti merljivi in zanj tako pomembni, da ga motivirajo,
- posameznik se mora z njim strinjati, ker je edina oseba, ki zagotavlja, da bo načrt uspel,
- tako realen, da se pacientu zdi izvedljiv in da sam verjame, da je mogoč,
- časovni razpored za posamezne stopnje procesa morajo biti jasen, ker bo le tako mogoče oceniti uspešnost.

Zdravstveni delavec skupaj s pacientom pogledata, kakšne so njegove možnosti

in napravita realen načrt. Ali ima načrt vse značilnosti dobrega načrta (enostaven, konkreten, izvedljiv, aktiven, odvisen le od pacienta)? Kaj dela, kaj čuti, opazuje kakšne fiziološke pojave, ali ponavlja vprašanja, na katere ni dobil odgovora?

Po načrtu je dobro, da se pacient svetovalcu obveže, da bo načrt izpolnil. Svetovalec sledi, kaj pacient počne in dela, da bi dosegel svoj cilj in skupaj presodita ali ga vedenje, ki si ga je izbral, vodi k cilju. Če načrta ne izpolni, ga svetovalec brez kritičnosti opomni, da ostaja s težavami tam, kjer je bil in ga povpraša, kdaj ga bo izpolnil ali pa skupaj naredita stvarnejši načrt.

4. *Vztrajanje pri spremembi* je stopnja v procesu spreminjanja, pri kateri je pomemben »podporni« odnos. Dolgoročno so to različne skupine, katerih namen je vzpodbujati in vzdrževati spremembo v obnašanju, običajno specifične za določeno rizično vedenje. Poleg skupin so pomembni tudi različni posamezniki, družina, prijatelji, sodelavci, tako za spodbudo kot za oviro. Ko se nova, manj ogrožajoča oblika vedenja utrdi, se oseba premakne iz procesa spreminjanja v dolgotrajnejši varnejši življenjski slog.

Pri spreminjanju življenjskih navad je pomembna:

- motivacija ljudi za zdravje,
- spremembe miselnosti v korist zdravja,
- utrjevanje zdravja z lastno aktivnostjo,
- razvijanje odgovornosti za lastno zdravje.

5. *Ponovitev tvegane obnašanja* ni neizogibna, vendar je del procesa, še posebej, ko hočejo ljudje napraviti več sprememb hkrati in v kratkem času. Nastopajo pogosto v zvezi z rizičnimi situacijami, kot so negativna čustvena stanja, medosebni konflikti, socialni pritiski. Današnji hiter in potrošniški način življenja ljudi izčrpava, jim ruši duševno zdravje in veselje do življenja. Včasih recidiv lahko preprečimo, če ga predvidimo in vnaprej načrtujemo ravnanje v visoko tveganih situacijah. Pomembno je, da pacienta razumemo, kar pa še ne pomeni, da odobravamo njegovo neustrezno vedenje.

## Zaključek

Osnova za delo z ljudmi so spretnosti poslušanja, empatije, pogovora in pogajanja ter svetovanje posameznikom. Osnovni model spreminjanja poudarja pacientov osebni nadzor, vključuje skrb za samega sebe ter vzdrževanje socialnih vlog in funkcij. Zato bi bilo smiselno, da bi v prihodnosti treningi medosebnih spretnosti postal osrednji multidisciplinarni predmet za vse zdravstvene strokovnjake. Zdravstveni delavci morajo spoznati, da imajo svoje osebne potrebe, ki morajo biti zadovoljene na njihovem področju dela, če naj bi nudili nenehno, učinkovito in kakovostno zdravstveno nego in vzgojo.

Delo z ljudmi zahteva razvijanje spretnosti komunikacije, ob posredovanih strokovnih informacijah in sposobnostih zaznavanja, prepoznavanja, analize in interpretacije dogodkov in dejanj. Raziskave in tudi vsakdanje življenje dokazujejo, da

kritike in nezadovoljstvo pacientov običajno niso usmerjene k neprimerni uporabi medicinskih postopkov, ampak k neadekvatnemu komuniciranju s pacientom. Potreba po ustreznem komuniciranju in informiranju se pri pacientih v današnjem času povečuje, kot se povečuje potreba po pacienti participaciji pri odločitvah o lastnem telesu in zdravljenju.

Nekateri zdravstveni delavci se počutijo vzvišene, predvsem zaradi poslanstva, ki jih navdihuje. Vendar se včasih premalo zavedajo in si težko priznajo, da so tudi oni sami ter enako njihovi sodelavci samo ljudje, ujeti v čisto običajne človeške dileme in omejitve. Od sebe pogosto zahtevajo preveč in so obremenjeni z likom popolnega zdravstvenega delavca, ki ga seveda nikoli ni mogoče v polnosti doseči. S tem, ko si priznajo lastno ranljivost in nepopolnost, tudi zmotljivost, je vse lažje.

## Literatura

- Čebašek Travnik, Z. *Seminar alkohol – odrasli lahko vplivamo*. Inštitut za varovanje zdravja. Ljubljana, 2005.
- Flajs, N., *Učinkovito komuniciranje in reševanje konfliktov. Seminar s področja komunikacije in kontaktne kulture*. V zbornik Milica Lahe, Boris Miha Kaučič. Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Maribor, 2005.
- Glasser W., *Realitetna terapija v praksi*, Radovljica, Mca, 2000.
- Glasser W., *Teorija izbire - nova psihologija osebne svobode*. Regionalni izobraževalni center, Radovljica 1998.
- Kordeš U., Jeriček H., *Komunikacija kot spiralno približevanje*. Ljubljana: Socilano delo, 2001:275-287.
- Maučec Zakotnik J., Osnovni model »*Helping people change*«- pomoč pri spreminjanju tvegane življenjskega sloga, Cindy Slovenija, Priročnik, Ljubljana, 1996.
- Payne, S., Walker, J., *Psihologija v zdravstveni negi: humanistična znanost v zdravstveni negi (prevod iz angleščine Nina Mesner)*. Ljubljana: Educy, 2002.
- Prochaska & DiClemente, *Osnovni model »Helping people change« - pomoč pri spreminjanju tvegane življenjskega sloga*, Cindy Slovenija, Priročnik, Ljubljana, 1996.
- Rozman, R., Kovač, J., Koletnik, F., Manegment. Ljubljana: *Gospodarski vestnik*, 1993.
- Šugman Bohinc, L., *Epistemologija socialnega dela*. Ljubljana: Socialno delo 36(4), 289-308, 1997.
- Žorga S., *Vloga supervizije pri poklicnem in osebnem razvoju strokovnih delavcev*. Ljubljana: Socialna pedagogika, 1 (3), 9-26, 1997.



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -  
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER,  
BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE



SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V  
ENTEROSTOMALNI TERAPIJI

**se sponzorjem zahvaljuje za  
sodelovanje in podporo pri izvedbi  
strokovnega seminarja**

**CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA Z  
GASTROSTOMO IN JEJUNOSTOMO  
in posebnosti prehranjevanja**

- Zdravstveni dom Koper
- Splošna bolnišnica Trbovlje
- Kolegicam izvršilnega in razširjenega odbora Sekcije medicinskih sester v enterostomalni terapiji
- Valencia stoma Medical d.o.o., Gregorčičeva ulica 9, 1000 Ljubljana
- MEDIS D.O.O. Brnčičeva 1-3, 1001 Ljubljana, Slovenija
- COLOPLAST, Železna cesta 16, 1000 Ljubljana
- MEDIAS INTERNATIONAL d.o.o, Leskovškova cesta 9D, 1000 Ljubljana
- KEMOFARMACIJA d.d., Cesta na Brdo 100, 1000 Ljubljana in Smith & Nephew

Koper, 17. april 2009

Predsednica sekcije  
Tamara Štemberger Kolnik