



Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije



NOVOSTI NA PODROČJU NEVROLOŠKE ZDRAVSTVENE NEGE IN REHABILITACIJE

ZBORNIK PREDAVANJ

9. strokovno srečanje
Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji

 M E D I S



Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

NOVOSTI NA PODROČJU NEVROLOŠKE ZDRAVSTVENE NEGE IN REHABILITACIJE

ZBORNİK PREDAVANJ

9. strokovno srečanje
Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji

Ljubljana, 26. november 2009

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v neurologiji

9. strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v neurologiji,

Ljubljana, 26. november 2009

ZBORNİK PREDAVANJ

Novosti na področju nevrološke zdravstvene nege in rehabilitacije

Uredili: Helena Tušar, Maja Medvešček Smrekar

Lektorirala: Bojana Samarin, prof. slov.

Prelom in priprava za tisk: Starling d.o.o., Vrhnika

Tisk: Tiskarna Povše, Ljubljana

VSEBINA

1. Obravnava bolnikov z boleznijo ALS	4
<i>Doc. dr. Leja Dolenc Grošelj, dr. med.</i>	
2. Vloga medicinske sestre pri obravnavi bolnikov z ALS	8
<i>Mija Gospodarič, viš. med. ses.,</i>	
4. Pacient z ALS- študija primera,	11
<i>Sehiba Ljubijankič, dipl.m.s.</i>	
4. Vloga socialne delavke in koordinatorke v skupini ALS	18
<i>Stanka Ristič Kovačič, univ. dipl. social. del.</i>	
5. Hospic- obravnava bolnikov z ALS boleznijo	20
<i>Tatjana Žargi, viš.med.ses., predsednica slovenskega društva Hospic</i>	
6. Motnje zavesti	23
<i>Saša Poljanšek, dipl.m.s.</i>	
7. Epileptični status	27
<i>Majda Tominšek, dipl.m.s.</i>	
8. Komunikacija s starši in otrokom o njegovi bolezni	31
<i>Milena Rogelj, dipl.m.s.</i>	
9. Urgentna stanja v nevrologiji	35
<i>Asist. Mag. Bernard Meglič, dr.med.</i>	
10. Obravnava bolnika v ambulanti urgentne nevrologije	37
<i>Urška Ivanc, ZT, Milka Gojkovič, dipl.m.s.</i>	
11. Sprejem bolnika v intenzivno nevrološko terapijo	40
<i>Helena Stegnar, dipl.m.s., Petra Šanc, dipl.m.s.</i>	
12. Bolnik z Duodopo	44
<i>Lidija Ocepek, dipl.m.s.</i>	
13. Vloga tima zdravstvene službe pri odpustu bolnika po možganskem dogodku	45
<i>Irma Kumer, dipl.m.s.</i>	
14. Smejalna telovadba	48
<i>Simona Krebs, dipl.m.s.</i>	

OBRAVNAVA BOLNIKOV Z BOLEZNIJO ALS

doc. dr. Leja Dolenc Grošelj, dr. med.
Inštitut za klinično neurofiziologijo, Nevrološka klinika,
Univerzitetni klinični center Ljubljana

Izveleček

Amiotrofična lateralna skleroza (ALS) je napredujoča nevrološka bolezen, ki prizadene motorične nevrone v možganski skorji (zgornji motorični nevron), v možganskem deblu in hrbtenjači (spodnji motorični nevron). Klinično zanesljiva oblika ALS vsebuje znake prizadetosti zgornjega in spodnjega motoričnega nevrona v 3 telesnih regijah. Najpogostejši simptomi in znaki ALS so: fascikulacije, mišična oslabelost, krči, spastičnost, motnje požiranja, iztekanje sline, dizartrija, prisilni smeh in jok, izguba telesne teže in motnje dihanja.

Ker je diagnoza bolezniklinična, je poznavanje simptomov in znakov bolezniključnega pomena za hitro diagnosticiranje te neozdravljive boleznin nadaljnjo usmeritev v timsko obravnavo, kjer so bolnikom na voljo različni načini blažilnega (paliativnega) zdravljenja, ki lahko znatno pripomorejo h kakovosti življenja bolnikov in njihovih svojcev.

Uvod

ALS je prvič opisal Jean Martin Charcot leta 1869 (1, 2). Prevalenca boleznije 4 na 100,000, incidenca pa 1–2 na 100,000. Moški obolijo pogosteje kot ženske (1,5–2,5: 1). Povprečna starost ob pričetku boleznije 55–75 let. Etiologija sporadične ALS je neznana. Približno 1 bolnik od 5 preživi 5 let in 1 bolnik od 10 preživi več kot 10 let (1, 3, 4). Družinska anamneza je pozitivna v 10 % bolnikov z ALS in le petina od njih ima mutacijo Cu/Zn gena za superoksidno dismutazo (SOD1), ki se prenaša avtosomno dominantno (5, 6).

Kljub razvoju histopatologije, klinične neurofiziologije in slikovnih tehnik je diagnoza ALS še vedno klinična (1, 3, 4). Patofiziološko je proces omejen na zgornje motorične nevrone (kortikalne piramidne Betzove celice, kortikospinalni in kortikobulbarni trakt) in spodnje motorične nevrone (motorične možganske živce (IX, X, XI, XII) v možganskem deblu, nevrone v sprednjih rogovih hrbtenjače, periferne motorične živce) ter skeletne mišice (bulbarne in mišice udov), ki jih oživčujejo spodnji motorični nevroni (7, 8).

Postavitev diagnoze ALS

Za nadaljnjo obravnavo bolnikov je pomembna pravilna postavitev diagnoze bolezn ALS. Raziskovalno diagnostični El Escorial kriteriji (9) delijo ALS v klinično zanesljivo, klinično verjetno in klinično možno obliko. ALS ne moremo potrditi z neurofiziološkimi ali slikovnimi preiskavami oziroma kliničnimi laboratorijskimi študijami. Druge diagnoze morajo biti izključene. Klinična slika ALS je odraz različne prizadetosti zgornjih (ZMN) in spodnjih motoričnih nevronov (SMN). Poznamo različne oblike bolezn (1, 7, 8, (Tabela 1)).

Kriteriji trdnosti diagnoze ALS (popravljeni kriteriji El Escorial)	
Klinično zanesljiva ALS	<ul style="list-style-type: none"> • klinično ugotovljeni znaki okvare ZMN in SMN v treh regijah
Klinično verjetna ALS	<ul style="list-style-type: none"> • klinično ugotovljeni znaki okvare ZMN in SMN v najmanj dveh telesnih regijah z znaki okvare ZMN rostralno od okvar SMN
Klinično verjetna – laboratorijsko podprta ALS	<ul style="list-style-type: none"> • klinično ugotovljeni znaki okvare ZMN in SMN v samo eni regiji, ali • znaki okvare ZMN v samo eni regiji, in • znaki okvare SMN, dokazani z EMG kriteriji v najmanj dveh okončinah s pravilno izbranimi slikovnimi in klinično laboratorijskimi preiskavami, s katerimi izključimo druge vzroke
Klinično možna ALS	<ul style="list-style-type: none"> • klinični znaki okvare ZMN in SMN skupaj v samo eni regiji, ali • klinični znaki okvare samo ZMN v dveh ali več regijah, ali • klinični znaki okvare SMN rostralno od ZMN, in • diagnoze klinično možne ALS ne moremo potrditi z nevrofiziološkimi ali slikovnimi preiskavami oziroma kliničnimi laboratorijskimi študijami. Druge diagnoze morajo biti izključene

Tabela 1. Raziskovalno diagnostični El Escorial kriteriji trdnosti diagnoze ALS (9).

Zdravljenje bolezni ALS

Zdravila, ki bi zaustavilo ali zaobrnilo potek bolezni, ni. Od leta 1995 je na voljo zdravilo riluzol (glutamatni antagonist), ki za nekaj mesecev podaljša povprečno preživetje bolnikov z ALS. V zadnjem času potekajo številne študije, ki proučujejo različne druge glutamatne inhibitorje (lamotrigine, gabapentin), antioksidante (vitamin E, acetilcistein, selegilin, kreatin, koencim Q10), nevrotropne faktorje, imunomodulatorne snovi, antivirusna zdravila in druge. Na voljo pa so številni načini blažilnega (paliativnega) zdravljenja, ki lahko znatno pripomorejo h kakovosti življenja bolnikov in njihovih svojcev. Gre za multidisciplinarni pristop, ki se začne z načinom sporočanja diagnoze in se konča s svetovanjem svojcem ob smrti. V tem procesu sodelujejo strokovnjaki številnih strok (delovni terapevti, dietetiki, fizioterapevti, logopedi, medicinske sestre, psihologi, socialni delavci, sodelavci hospica, zdravniki, drugi) in tudi laični prostovoljci.

Simptomi in znaki bolezni ter njihovo zdravljenje

Šibkost mišic je glavni simptom ALS. Oslabele mišice lahko posledično vodijo v kontrakture in otrditve sklepov. Pogosto je posledica oslabelosti vratnih mišic nezmožnost držanja glave v pokončnem položaju, kar je za bolnike zelo neprijetno. Pri preprečevanju kontraktur in otrditve sklepov pomaga aktivno in pasivno razgibavanje, vendar naj aktivnost nikoli ne povzroči izčrpanosti. Ko bolezen napreduje, lahko bolnikom pomagajo razni ortopedski (npr. palica, bergle, opornica za stopalo, invalidski voziček) ali drugi pripomočki, ki zmanjšujejo odvisnost v vsakodnevnih aktivnostih. **Fascikulacije (trzljaji v mišicah)** so pogosto prvi simptom bolezni in so posledica spontanega električnega proženja motoričnega nevrona. Fascikulacije vidimo s prostim očesom, pacienti pa jih opisujejo na različne načine: migotanje, trepetanje ali tresenje mišic. Fascikulacije bolnikov posebno ne motijo, razen kadar se razvijejo v boleče mišične krče.

Mišični krči so definirani kot podaljšane neželene mišične kontrakcije, ki se lahko pojavljajo tako v začetni kot v napredujoči obliki ALS. Krči se pojavljajo v različnih mišičnih skupinah, pogosti so v mečih ali v mišicah ramenskega obroča. Pri ALS bolnikih so krči ponavadi v mišicah prisotni, že preden se razvije mišična oslabelost. Krče zdravimo z različnimi zdravili, npr., karbamazepinom ali fenitoinom.

Spastičnost je posledica propada zgornjih motoričnih nevronov in je lahko hudo moteča. Blažja stopnja spastičnosti pa je za gibljivost boljša od ohlapne pareze. Zdravimo jo z različnimi zdravili, ki zmanjšujejo spastičnost.

Utrudljivost ni specifičen simptom ALS, saj jo lahko najdemo pri različnih drugih nevroloških in ne-nevroloških boleznih. Bolniki z ALS ponavadi utrudljivost navajajo v sklopu mišične oslabelosti, slabše koordinacije ali težav z ravnotežjem. **Bolečina** pri bolnikih z ALS ni posledica prizadetosti senzoričnih bolečinskih vlaken. Vzrok mišičnoskeletne bolečine je izguba mišičnine, ki je poprej »varovala« kosti in sklepe, ter mišične kontrakture in otrdelost sklepov. Vzrok za bolečino je lahko tudi pritisk na kožo zaradi okrnjene ali izgubljene sposobnosti gibanja. Zdravljenje začnemo z enostavnimi analgetiki in ga po potrebi stopnjujemo, lahko tudi do opiatov.

Bulbarni simptomi se lahko kažejo kot **motnja govora** (dizartrija ali disfonija) ali težave s požiranjem. Oteženo izgovarjanje (dizartrija) je posledica oslabelelih mišic, ki so potrebne pri govoru. Govor ponavadi v napredujoči obliki ALS postane povsem nerazumljiv. Logopedška pomoč (izvajanje vaj) je uspešnejša pri bolnikih, pri katerih bolezen napreduje počasneje. Pri težji prizadetosti govor lahko nadomestijo elektronske naprave (prenosni računalnik, komunikator), učinkovita pa je lahko že uporaba abecednih kart. **Težave s požiranjem** zaradi vse hujše oslabelosti mišic ponavadi po nekaj mesecih sledijo motnji govora. Posledice vedno težjega požiranja so izguba telesne teže, dehidracija, aspiracijske pljučnice. **Iztekanje slin** je pogosto prisotno v napredujoči obliki ALS. Nastane zaradi oslabelelih obraznih mišic in mišic požiranja, kar vodi v iztekanje slin (1, 3, 4, 7, 8). Prekomerno slinjenje zdravimo z zdravili (glikopirilat, amitriptilin, triheksifenidil, klonidin, skopolamin). **Motnje dihanja** so posledica regulacije dihanja in prizadetosti dihalnega meha. Postopoma se pojavi paraliza dihalnih mišic. Prizadete so mišice, ki skrbijo za vdih, kot tiste, ki skrbijo za izdih. Najpomembnejša je prizadetost prepone, ki je glavna dihalna mišica. V zgodnjem poteku bolezni bolniki običajno nimajo težav in okvaro lahko izmerimo le s pomočjo spirometrije. Dihalni volumni so lahko še normalni ali malenkost znižani. V tem obdobju izmenjava kisika in ogljikovega dioksida še ni motena. Kasneje se pojavijo najprej nočni simptomi v smislu pogostega prebujanja, nenadnega občutka pomanjkanja zraka, jutranjih glavobolov in utrujenosti. Simptome najlažje opredelimo v laboratoriju za motnje spanja, kjer objektivno posnamemo arhitekturo nočnega spanja in hkrati merimo zasičenost krvi s kisikom. V arterijski krvi lahko najdemo v tem obdobju že znake motene izmenjave plinov, predvsem obdobja znižane zasičenosti krvi s kisikom kot tudi povišanje ogljikovega dioksida. Postopoma se pojavijo še znaki oteženega dihanja ob naporu in nazadnje tudi v mirovanju. Odpoved dihanja je pri bolnikih z ALS tudi najpogostejši vzrok za smrt. Zaradi paralize mišic, ki sodelujejo pri kašlju, in prizadetosti struktur v zgornjih dihalih dodatne težave povzročata tudi izkašljevanje sluzi, kar dodatno poslabšuje izmenjavo plinov. Še zlasti so te motnje izražene ob okužbah dihal. Prizadetost dihalnih mišic ne poteka pri vseh bolnikih enako. Nekateri imajo še dokaj ohranjeno zmožnost uporabe okončin in izrazito prizadetost dihal, na drugi strani pa so nekateri praktično nepokretni zaradi prizadetosti okončin in nimajo pomembnih težav z dihanjem (10). Motnje dihanja blažimo z neinvazivno ventilacijo, sprva samo med spanjem, kasneje tudi preko dneva.

Prisilni smeh ali jok je tipičen simptom ALS, ki ga je potrebno razlikovati od depresije. Bolnik nenadoma plane v smeh ali jok, ne da bi le-ta odražal njegovega čustvenega stanja. Lajšamo ga z različnimi zdravili. Najprimernejše zdravilo je amitriptilin, pomagajo pa na primer tudi dopamin, litij in fluvoksamin.

Izguba telesne teže je pogost pozni simptom v večini primerov ALS bolnikov. Hujšanje je posledica izgube mišične mase zaradi mišičnih atrofij in hkrati nezadostnega vnosa hrane zaradi težav s požiranjem. Redko že zgodaj v bolezni zasledimo »ALS kaheksijo«. Najpogostejši vzroki **slabega spanja** ALS bolnikov so tesnoba, depresija, nezmožnost obračanja v postelji, trzljaji v mišicah in mišični krči, motnje požiranja z aspiracijo ter motnje dihanja.

Zaprtje pri bolnikih z ALS ni posledica prizadetosti avtonomnega živčevja, ki oživčuje prebavni trakt. Ponavadi je posledica pomanjkanja gibanja in/ali jemanja zdravil (mišičnih relaksantov, sedativov, antiholinergikov, opiatov).

Motnja izkašljevanja sluzi je eden od simptomov ALS, ki ga je najtežje blažiti. Gostejša sluz v zgornjih dihalih je posledica zmanjšane pitja tekočin in zmanjšane sposobnosti izkašljevanja.

Drugi simptomi. Zaradi oslabelosti prepone, ki zajame tudi spodnjo zapiralko požiralnika, lahko nastane zatekanje iz želodca (gastrefozagealni refluks). Posebno nevaren je pri bolnikih, ki imajo vstavljeno perkutanogastrostomo (PEG), ko refluks lahko povzroči tudi aspiracijo. Ker mišice pri črpanju venske krvi ne pomagajo več, udi začno otekati. Nuja in povečana pogostnost mokrenja sta znak spastičnega mehurja (seveda, če ni vnetja). Stiskanje čeljusti je lahko posledica psevdobulbarne okvare. Laringospazem, nenadno refleksno stisnjenje glasilk, lahko povzroči občutek dušitve. Sprožijo pa ga lahko močna čustva, mrzel zrak, aspiracija in drugo. Mine sam od sebe v nekaj sekundah (10).

Zaključek

Bolezen motoričnega nevrona (ALS) je redka neozdravljiva nevrološka bolezen. Diagnoza bolezni je klinična, zato je poznavanje simptomov in znakov bolezni ključnega pomena za hitro diagnosticiranje te neozdravljive bolezni in nadaljnjo usmeritev v timsko obravnavo, kjer so bolnikom na voljo različni načini blažilnega (paliativnega) zdravljenja, ki lahko znatno pripomorejo h kakovosti življenja bolnikov in njihovih svojcev (10).

Literatura:

1. *Al-Chalabi A. Motor neuron disease. ANCR 2007;6(5):7–8.*
2. *Charcot JM, Joffroy A. Deux cas d'atrophie musculaire progressive avec lésions de la substance grise et des faisceaux antéro-latéraux de la moelle épinière. Arch Physiol Neurol Path 1869;2:744.*
3. *Andersen PM, Borasio GD, Dengler R, Hardiman O, Kollewe K, Leigh PN, Pradat PF, Silani V, Tomik B; EFNS Task Force on Diagnosis and Management of Amyotrophic Lateral Sclerosis. EFNS task force on management of amyotrophic lateral sclerosis: guidelines for diagnosing and clinical care of patients and relatives. Eur J Neurol. 2005 Dec;12(12):921–38.*
4. *Andersen PM, Borasio GD, Dengler R, Hardiman O, Kollewe K, Leigh PN, Pradat PF, Silani V, Tomik B; EALSC Working Group. Good practice in the management of amyotrophic lateral sclerosis: clinical guidelines. An evidence-based review with good practice points. Amyotroph Lateral Scler 2007 Aug; 8 (4):195–213*
5. *Andersen PM. Genetics of sporadic ALS. ALS 2001;2(1): 37–41.*
6. *Rosen DR, Siddique T, Patterson D et al. Mutation in Cu/Zn superoxide dismutase gene are associated with familial amyotrophic lateral sclerosis. Nature 1993;362:59–62.*
7. *Leigh PN, Abrahams S, Al-Chalabi A et al. The management of motor neurone disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003; 74 (IV):32–47.*
8. *Radunović A, Mitsumoto H, Leigh PN. Clinical care of patients with amyotrophic lateral sclerosis. Lancet Neurol 2007;6:913–25.*
9. *World Federation of Neurology. Criteria for diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis. World Neurol 1990;5:12.*
10. <http://www.kclj.si/ikn/>

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI BOLNIKOV Z ALS

*Mija Gospodarič, viš. med. ses.
Inštitut za klinično nevrofiziologijo, Nevrološka klinika,
Univerzitetni klinični center Ljubljana*

Na Inštitutu za nevrofiziologijo (IKN) že osmo leto v okviru Centra za živčno-mišične bolezni deluje Skupina za ALS (Skupina)

Namen Skupine je zagotoviti bolnikom organizirano multidisciplinarno obravnavo in oskrbo s strani različnih strokovnjakov.

V Skupini ima medicinska sestra (MS) pomembno vlogo :

- bolnika spremlja od same postavitve diagnoze,
- vzdržuje stik z bolnikom in družinskimi člani, zdravnikom in ostalimi sodelavci, ki so vključeni v zdravstveno oskrbo bolnika, in tako zagotavlja uspešno komunikacijo.

Ko zdravnik (nevrolog) v ambulanti s kliničnim nevrološkim pregledom postavi sum, da bi lahko šlo za bolezen ALS, bolnika sprejmemo na oddelek za nadaljnjo diagnostično obravnavo, kjer z

laboratorijskimi preiskavami krvi in cerebrospinalnega likvorja, EMG-jem in slikovnimi preiskavami predvsem izključujemo druge možne bolezni. Torej diagnozo ALS je mogoče postaviti, ko so izključene druge možnosti.

VLOGA MS MED BIVANJEM BOLNIKA V BOLNIŠNICI

- poskrbi in organizira, da diagnostični posegi potekajo kontinuirano in za bolnika čim manj obremenjujoče,
- nudi pomoč pri zagotavljanju osnovnih bolnikovih potreb, če pomoč potrebuje, in pri tem zagotovi njegovo dostojanstvo in zasebnost,
- prizadeva si, da z bolnikom vzpostavi pristen partnerski odnos, da si pridobi bolnikovo zaupanje.

Zavedati se moramo, da je vsak bolnik individuum (nekaj posebnega). Zato se razlikuje tudi obravnavo bolnika glede na **stopnjo prizadetosti** (v kateri fazi je bolezen – v začetni ali napreduvalni), **za katero obliko bolezni gre** (bulbarna, spinalna), glede na **socialni status** in **izobrazbo, osebnostne značilnosti, koliko je že seznanjen z boleznijo** itd.

Da bi lažje razumeli, kaj je tisto, kar posameznega bolnika spravlja v stisko, kaj je tisto, zaradi česar mu je težko, ob čemer trpi, je potrebno spoznati, kaj je posameznemu bolniku pomembno, kakšen je njegov pogled na svet in kako je bil do sedaj vaje živeti.

Pomembno je, da prisluhnemo bolnikovim željam, potrebam in vrednotam!

Ko je bolezen potrjena, oziroma ko so izključene vse druge možnosti, povabimo bolnika in svojce na osebni pogovor, kjer zdravnik v prisotnosti socialne delavke in medicinske sestre sooči bolnika in svojce, da gre za neozdravljivo bolezen. Seznanj ga tudi, da na Inštitutu deluje skupina strokovnjakov, ki mu bo v spremljanju bolezni v oporo.

SPREMLJANJE BOLNIKA

Medicinska sestra vzdržuje stike med bolnikom in svojci po telefonu.

Pri trimesečnih kontrolnih pregledih medicinska sestra pri bolniku opravi:

- **funkcijsko testiranje** (testiranje zmožnosti opravljanja dnevnih aktivnosti in osnovnih življenjskih funkcij (dihanje, požiranje, žvečenje, govor, gibanje ...))
- **testiranje pljučnih funkcij** (spirometrija- VK, FVK , SNIF, MIP, MEP)
Rezultati pljučnih funkcij so zgodnji pokazatelji oslabelosti inspiratornih in ekspiratornih mišic, še pred pojavom simptomov slabe predihanosti.
- **analizo arterijske krvi(PAAK)**

Predvsem je pomembno pravočasno ugotavljanje nezadostne predihanosti in nezadostnega vnosa hrane in tekočine, ki so posledica slabjenja mišic dihanja in požiranja.

MOTNJE DIHANJA PRI ALS

Ko dihalne mišice tako oslabijo, da postane izmenjava plinov motena, se pojavijo simptomi, ki močno zmanjšajo kvaliteto življenja.

Najpogostejši simptomi slabe predihanosti so: pogosto nočno prebujanje, jutranji glavobol in utrujenost, prekomerna dnevna zaspanost, slaba koncentracija in izguba spomina, oteženo izkašljevanje, depresija.

Z napredovanjem bolezni se že pojavijo očitni znaki slabe predihanosti: pospešeno dihanje, dihanje s pomožnimi dihalnimi mišicami, zmanjšano gibanje prsnega koša, nezmožnost odkašljevanja, potenje, tahikardija, zmedenost.

Težave motenj dihanja zelo uspešno blažimo z neinvazivnim umetnim predihavanjem – NUP, zato je tako pomembno, da pravočasno ugotovimo, kdaj bolnik podporno dihanje potrebuje.

UVAJANJE BOLNIKA NA NUP

Bolniku poskusimo uvesti podporno dihanje, ko nastopi dispneja, oziroma ko se VC in FVC zmanjšata za več kot polovico in ko je zmanjšana nasičenost O₂ in povečana koncentracija pCO₂ v arterijski krvi, odvzeti takoj po prebujanju.

Zdravnik bolnika seznanj o možnosti NUP, in če bolnik sprejme odločitev, ga za nekaj dni sprejmemo v bolnišnico, da se postopno privaja na aparat in mu maksimalno prilagodimo parametre dihanja.

Medicinska sestra bolniku:

- pokaže aparat in razloži delovanje aparata,
- izbere ustrezno masko (velikost, tip maske – nosna, obrazna), pomembna je pravilna namestitev maske, da ne tišči in da je čim manjše puščanje zraka.
- ves čas spodbuja, mu razlaga, spremlja parametre dihanja, in
- sodeluje z zdravnikom pri spreminjanju parametrov.

Ko gre bolnik v domačo oskrbo, medicinska sestra vzdržuje stalni kontakt s svojci in bolnikom po telefonu in ga vabi na redne kontrole dihanja, kjer se s PAAK po tem, ko je bolnik dve uri na aparatu, preveri, ali nastavljeni parametri še zadoščajo bolnikovim potrebam.

Drugo zelo pomembno spremljanje bolnika z ALS je **zmožnost požiranja in žvečenja hrane.**

Medicinska sestra že med funkcijskim testiranjem ugotovi stanje sposobnosti bolnika pri vnosu hrane in pijače. Če se bolniku pogosto zaletava in celo aspirira hrano ali pijačo ter konstantno izgublja telesno težo, so to **jasne indikacije za PEG (perkutana gastrostoma)**. O tej možnosti je bolnik seznanjen že od začetka obravnave.

Ko se bolnik za poseg odloči, ga sprejmemo v bolnišnico. Na dan posega mora biti tešč, medicinska sestra mu odvzame kri za osnovne laboratorijske preiskave in teste hemostaze, vstavi mu i.v. kateter in pripravi ustrezno dokumentacijo za poseg.

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA S PEG-om

Ocena bolnikovega stanja:

- Bolečina – protibolečinska terapija,
- Hidracija – nadomeščanje tekočine v obliki infuzij,
- Ustna nega – vlaženje jezika, mazanje ustnic
- Kontrola mesta stome – preveza
- Prvo hranjenje 24 ur po posegu – kontinuirano 30ml/uro, 50ml/uro

EDUKACIJA SVOJCEV HRANJENJA PO PEG-u

- Praktični prikaz hranjenja po sondi
- Položaj bolnika (sedeč ali polsedeč)
- Redno prebrizgavanje cevke pred obrokom in po obroku s 30ml vode ali nesladkanega čaja
- Dnevni vnos hrane – 1500 – 2000ml razdeljene na več obrokov. V enem obroku naj ne preseže 300 ml. Hrana se vnaša 10–20 min.
- Priporočene dnevne energijske potrebe (2000-2200Kcal/dan)- prilagodimo se posameznemu bolniku.
- Damo jim primerna navodila o pripravi sondne hrane in jedilnike z upoštevanjem energijske potrebe in sorazmernim deležem beljakovin, ogljikovih hidratov in maščob.

PSIHOLOŠKI VIDIK HRANJENJA

Prehranjevanje ne pomeni zgolj zadovoljevanja fizioloških potreb, temveč ima tudi kulturni in statusni pomen. Sposobnost hranjenja in pitja simbolizira življenje. Pri hranjenju preko ust hrano okušamo, jo vonjamo in občutimo zadovoljstvo. Pri enteralnem hranjenju pa je vnos hrane nenaraven, bolnik ne sodeluje pri procesu hranjenja in doživlja nasilno vnašanje hrane, ki jo ni okusil, prežvečil in vonjal.

Ravno zaradi tega se bolniki zelo težko in relativno pozno odločajo za PEG, vendar so po uvedbi PEG-a zadovoljni, saj vidijo, da je to edina možnost zagotavljanja primerne količine hrane in pijače.

ZAKLJUČEK

Vsi, ki obravnavamo bolnika s tako hudo boleznijo, se moramo zavedati, da imamo pred sabo človeka, ki je nekdanje imel podobno življenje, kot ga imamo mi. Sedaj je v njegovo življenje vstopila kruta bolezen, ki mu je vzela vse, kar je imel rad in na kar je bil ponosen. Vzela mu je neodvisnost, delovno sposobnost, prijatelje, zabavo, integriteto ... zato delajmo z njim tako kot bi si želeli, da bi drugi delali z nami, če bi bili v njegovem položaju. Dajmo mu dostojanstvo in spoštljivost, upoštevajmo njegove želje, cilje in vrednote, kajti to pomeni spoštovati njegovo avtonomnost.

PACIENT Z AMIOTROFIČNO LATERALNO SKLEROZO (ALS) – ŠTUDIJA PRIMERA

Sehiba Ljubijankič, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Nevrološka klinika,

Klinični oddelek za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo, Zaloška 2, Ljubljana

Zdravstvena nega pacienta z ALS je zaradi številnih negovalnih problemov, ki izhajajo iz bolezni, oziroma njenih posledic, zelo zahtevna. Naloga medicinske sestre je ugotavljanje potreb pacienta, načrtovanje in izvajanje negovalnih intervencij, izvajanje različnih diagnostično-rapevtskih posegov ter vrednotenje učinkov zdravstvene nege. Izvajanje posegov ali meritev je na oddelku intenzivne terapije zelo pogosto, meritve se največkrat izvajajo na eno uro, v izjemnih primerih tudi kontinuirano. Pacient mora biti vedno seznanjen z vsemi aktivnostmi, ki jih medicinska sestra izvaja samostojno ali po naročilu zdravnika. Poznati mora zaplete, razlaga mora biti jasna in razumljiva, čeprav v določenih stadijih bolezni pacient ni sposoben sodelovanja.

NEGOVALNA ANAMNEZA

Pacientka E. O. je stara 79 let, je upokojenka, živi v hiši skupaj s hčerko. Dne 13. 4. 2005 je bila sprejeta na Klinični oddelek za nevrologijo iz oddelka za interno intenzivno medicino zaradi dihalne stiske. Pacientka je sprejeta zaradi nadaljnje diagnostične obravnave in terapije nepojasnjene respiratorne isuficience. Postavljen je bil sum na bolezni motoričnega nevrona, kar je bilo klinično, nevroradiološko in nevrofiziološko tudi potrjeno. Ob premestitvi je bila pacientka intubirana in umetno ventilirana. Vstavljena je bila nazogastrična sonda. Kljub temu da je bila pacientka blago sedirana, je bila pri zavesti in je bila možna komunikacija. Na vprašanja je odgovarjala z zapiranjem in odpiranjem oči. Počutila se je slabo in imela vertigo ob vsakem premiku. Zaradi razburjenosti je hiperventilirala in zelo težko dihala. Dihanje je bilo pospešeno in plitvo, opazno je bilo gibanje nosnih kril. Takoj je bila potrebna aspiracija, in to pogosto, ker se ji je nabirala slina. Telesna temperatura je bila normalna, krvni tlak povišan (150/90), pulz 115, saturacija 90 %. Ob sprejemu je bil uveden tudi urinski kateter, ker je imela zastoj urina.

Pri premikanju pacientka ni sodelovala, ker sta jo boleli glava in hrbtenica in ni imela moči. V pogovoru s hčerko sem izvedela, da je bila pacientka zelo aktivna in vedra do pred enim letom, ko so se začele pojavljati težave. Začelo se je s pešanjem moči v nogah, težavam z dihanjem, posebej ponoči. Sčasoma ni mogla več požirati, hrana se ji je zatikala in pogosto je prihajalo do aspiracije hrane. Bilo ji je slabo in včasih je tudi bruhala zaradi napečenja pri kašljanju. V zadnjem tednu je postajalo dihanje vse težje in prišlo je tudi do zastoja dihanja. Imela je tudi težave z odvajanjem. Bila je zaprta in je potrebovala odvajala. Z izločanjem urina doma ni imela težav do pred dnevi, ko ji je urin začel uhajati, verjetno zaradi tega, ker ni mogla več priti do stranišča. Zaradi vseh teh težav je bila večkrat hospitalizirana na Nevrološki kliniki, in to na negovalnem oddelku. Bila je zaprta vase, ni je zanimalo, kaj se z njo dogaja, niti, kaj ji bomo naredili. Večinoma je bila potrta, žalostna in tudi jezna, če nismo razumeli, kaj hoče. Ponoči ni spala zaradi pogostih aspiracij, ki so jo dodatno izčrpale. Poskus odvajanja od umetnega predihavanja je bil zaradi napredovale bolezni nemogoč, zato je bila narejena traheostoma. Po dveh mesecih je bila pacientki uvedena perkutana gastrostoma. Pacientka se je v času bivanja na enoti na negovalno osebje zelo navezala. Počasi se je navadila na črkovno tablo, ki ji je bila v pomoč pri sporazumevanju.

Po šestih mesecih je bila pacientka pripravljena na odpust. Ker pa hčerka ni bila sposobna zanjo skrbeti, smo gospo premestili v Dom starejših občanov Bežigrad, kjer tudi niso mogli izvajati 24-urnega nadzora. Ponovno smo jo sprejeli 24. 10. 2005 zaradi infekta in urinskega zastoja. Ob sprejemu je pacientka oteženo

dihala, dihanje je bilo pospešeno in plitvo. Imela je zvišano telesno temperaturo (38,5 °C). Od takrat je ostala v naši oskrbi do 14. 6. 2006. Ob umiritvi stanja smo jo premestili v Dom starejših občanov Šmarje pri Jelšah, kjer imajo izkušnje z zdravstveno nego podobnih pacientov.

Načrt zdravstvene nege je bil narejen ob sprejemu in se je ves čas hospitalizacije prilagajal spremenjenemu zdravstvenemu stanju pacientke. Evalviralo se je tekoče in se zaključilo ob premestitvi v DSO Šmarje pri Jelšah.

Opis stanja temeljnih življenjskih aktivnosti dne 24. 10. 2005.

Pri gospe E.O. so bile motene naslednje temeljne življenjske aktivnosti:

- dihanje
- vzdrževanje normalne telesne temperature
- prehranjevanje in pitje
- izločanje in odvajanje
- gibanje in ustrezna nega
- spanje in počitek
- osebna higiena in urejenost
- odnosi z ljudmi, izražanje čustev, občutkov in komunikacija

DIHANJE

Pacientka je na umetni ventilaciji, dihanje je pospešeno, plitvo in oteženo. Ima slabo prehodno kanilo, kar dodatno otežuje dihanje. Zaradi paralize mišic, ki sodelujejo pri kašlju in prizadetosti struktur v zgornjih dihalih, dodatne težave povzročajo tudi izkašljevanje sluzi in prekomerno slinjenje, kar še dodatno poslabšuje izmenjavo plinov. Vse to je pripeljalo do vnetja zgornjih dihal.

Negovane diagnoze

- Dihanje, neučinkoviti vzorci dihanja.
- Dihalne poti, neučinkovito čiščenje dihalni poti.
- Izmenjava plinov, nepopolna.

Cilji zdravstvene nege

- Učinkoviti vzorci dihanja.
- Prehodne dihalne poti.

Negovalne intervencije

- Pogovor s pacientko, pomiritev in nameščanje v pravilen terapevtski položaj.
- Merjenje in opazovanje dihanja ter merjenje zasičenosti kapilarne krvi s O₂ pri pojavu težav.
- Aplikacija predpisane doze O₂ na predpisan način (očala, kateter, maska) in skrb za pravilno delovanje respiratorja.
- Aplikacija antibiotične terapije po naročilu zdravnika.
- Redno čiščenje dihalnih poti z aspiracijo.
- Skrb za zadostno rehidracijo in respiratorno fizioterapijo.
- Pravilna nega traheostome.

Evalvacija

- Pacientka ima proste dihalne poti, lažje diha in frekvenca dihanja je normalna v eni uri.
- V dveh tednih pacientka brez respiratornega infekta
- Ob premestitvi v DSO je pacientka na urejeni mehanski ventilaciji.

VZDRŽEVANJE NORMALNE TELESNE TEMPERATURE

Pri tej aktivnosti je pacientka popolnoma odvisna od medicinske sestre. Zaradi vnetja ima zvišano telesno temperaturo (38,5 °C), trese jo mrzlica in ima pospešen pulz.

Negovalna diagnoza

- Neučinkovita termoregulacija zaradi odziva na respiratorni infekt.

Cilji zdravstvene nege

- Normalna telesna temperatura v enem dnevu.
- Pacientka brez respiratornega infekta v dveh tednih.

Negovalne intervencije

- Aplikacija terapije za znižanje TT in po naročilu zdravnika antibiotik proti vnetju.
- Merjenje temperature in kontrola drugih vitalnih znakov vsako uro.
- Interno in eksterno ohlajevanje.
- Prilagoditev temperature v okolju potrebam pacientke
- Ureditev udobnega okolja

Evalvacija

- Pacientki je v enem dnevu padla telesna temperatura na (37 °C).
- Umiritev znakov tahikardije in boljše počutje pacientke je bilo doseženo v eni uri.
- V dveh tednih pacientka brez respiratornega infekta.

PREHRANJEVANJE IN PITJE

Pacientka je vidno dehidrirana. Odklanja hrano zaradi občutka tiščanja v želodcu in slabosti. Ob poskusu hranjenja jo je sililo na bruhanje. Ima vstavljen PEG, ob katerem tudi po malem je per-os.

Negovalne diagnoze

- Nepopolno požiranje in nevarnost aspiracije.
- Neuravnotežena prehrana, manj kot je telo potrebuje, prehrambeni primanjkljaj.

Cilji

- Pacientka bo v enem tednu redno hranjena in hidrirana.
- Pacientka ne bo aspirirala hrane ali tekočine.

Negovalne intervencije

- Zagotovitev redne prehrane in spodbujanje pacientke pri hranjenju per-os.
- Pravilno hranjenje po PEG-u.
- Redno čiščenje in preveza gastrostome.
- Aplikacija terapije proti slabosti po naročilu zdravnika.

Evalvacija

- Pacientka je redno prejemale obroke hrane, v enem tednu je bila hidrirana.
- Do aspiracije hrane in tekočine ne prihaja več.
- Pacientka se dobro počuti in sodeluje pri hranjenju v enem tednu.
- Ob premestitvi v DSO ima pacientka urejeno prehranjevanje in pitje.

ODVAJANJE IN IZLOČANJE

Pacientka ima urinski zastoj in potrebuje urinski kateter. Ima vnetje uropoetskega trakta. Zaradi terapije in negibanja je obstipirana.

Negovalna diagnoza

- Urin, nekontrolirano izločanje in retenca urina.
- Obstipacija in črevesna inkontinenca.

Cilji

- Pacientka bo brez retence urina takoj in brez vnetja uropoetskega trakta v dveh tednih.
- Pacientka bo imela v dveh tednih urejen ritem odvajanja.

Negovalne intervencije

- Skrb za prilagoditev prehrane, zadostno pitje ter dovolj gibanja s pomočjo fizioterapije.
- Evidenca rednega odvajanja blata ter uporaba odvajal.
- Spremljanje pogostosti uriniranja kot tudi količine urina zaradi možnih retenc.
- Zaradi inkontinenca skrb za redno anogenitalno nego in preoblačenje.

Evalvacija

- Pacientka redno urinirala, nima retenc urina in je brez sekundarne infekcije v dveh tednih.
- Pacientka ima urejen ritem odvajanja.
- Ob premestitvi v DSO pacientka nima težav z odvajanjem blata, redno je urinirala in je brez sekundarne infekcije.

GIBANJE IN USTREZNA LEGA

Pri pacientki so izražene fascikulacije in krči, posebej ponoči. Zaradi intenzivnih bolečin potrebuje pogosto spreminjanje položaja v postelji. Pri gibanju in menjavi lege je popolnoma odvisna od medicinske sestre in hčerke.

Negovalne diagnoze

- Mobilnost, popolna nezmožnost gibanja v postelji (IV. stopnja).
- Bolečina.

Cilji

- Pacientka bo razgibana in bo sodelovala pri menjavi položaja v dveh tednih.
- Pacientka bo brez komplikacij zaradi dolgotrajnega ležanja.
- Pacientka ne bo imela bolečin pri menjavi položaja v postelji v enem tednu.

Intervencije

- Ko je še možno, aktiviramo pacientko h gibanju, pozneje pa skupaj s fizioterapevtom za pasivno razgibavanje.
- Pogosto menjavanje položaja v postelji, da bi preprečili preležanine kot tudi ublažili občutek bolečine.
- Aplikacija protibolečinske terapije po naročilu zdravnika.

Evalvacija

- Pacientka nima komplikacij zaradi dolgotrajnega ležanja in je brez bolečin v enem tednu.
- Pacientka se dobro počuti in sodeluje pri razgibavanju in menjavi lege v postelji v dveh tednih.
- Ob premestitvi v DSO pacientka brez komplikacij, sodeluje pri razgibavanju in menjavi položaja v postelji.

SPANJE IN POČITEK

Pacientka zelo slabo spi in se pogosto zbuja. Vzrok za to so krči in bolečina ter potreba po pogostem obračanju v postelji. Potrebno jo je pogosto aspirirati, ob čemer se prebuja.

Negovalne diagnoze

- Moteno spanje zaradi pogostih aspiracij in težav z dihanjem.

Cilji

- Pacientka bo spala vsaj pet ur na noč v dveh dneh.
- Pacientka bo spočita v enem tednu.

Negovalne intervencije

- Pogovor in pomiritev pacientke pred spanjem.
- Odkrivanje in odpravljanje vzrokov motenega spanja.
- Aspiracija in menjava lege pacientke po potrebi.

Evalvacija

- Pacientka je spočita in laže sodeluje pri dnevnih aktivnostih v enem tednu.
- Ob premestitvi v DSO se pacientka ne pritožuje nad nespečnostjo in utrujenostjo.

OSEBNA HIGIENA IN UREJENOST

Pacientka je popolnoma odvisna od drugih.

Negovalna diagnoza

- Samonega, popolna nezmožnost samonege (IV. stopnja).

Cilji

- Pacientka bo imela čisto kožo in vidne sluznice, izboljšan estetski videz.
- Pacientka bo brez možnih zapletov, kot so npr. preležanine.
- Pacientka bo sodelovala pri izvajanju osebne higiene po svojih zmožnostih.
- Boljše psihofizično počutje pacientke.

Negovalne intervencije

- Skrb za redno higieno telesa, da ne leži na vlažnem, saj s tem preprečimo možne zaplete, npr. preležanine.
- Spodbujanje pacientke, da čim bolj sodeluje pri izvajanju higiene telesa.
- Zagotavljanje intimnosti pacientke.

Evalvacija

- Čista in urejena pacientka vsak dan.
- Pacientka sodeluje pri izvajanju osebne higiene.
- Ob premestitvi v DSO je pacientka čista in lepo urejena.

ODNOSI Z LJUDMI, IZRAŽANJE ČUSTEV, OBČUTKOV IN KOMUNIKACIJA

Komuniciranje s pacientko je oteženo, ker ne more govoriti. Ima vstavljen kanilo, kar dodatno otežuje komunikacijo. Z njo je treba govoriti počasi, dovolj glasno in razločno. Na vprašanja odgovarja z odpiranjem in zapiranjem oči. Pri pacientki je zelo opazna depresivnost. Zaprtja je vase in svoje občutke zelo težko izraža. Pri tem je zelo vidno, koliko trpi. Pacientka izraža željo po duhovni tolažbi in prosi za obisk duhovnika.

Negovalne diagnoze

- Komunikacija, nepopolna verbalna.
- Žalovanje, vnaprejšnje.
- Nemoč in strah pred prihodnostjo.

Cilji

- Pacientka bo uspešno uporabljala črkovno tablo za komunikacijo.
- Pacientka ne bo zaskrbljena, laže bo izražala potrebe in čustva.
- Pacientka bo imela zadovoljene duhovne potrebe po obisku duhovnika.

Negovalne intervencije

- Poslušanje, spoštovanje in ugotavljanje občutkov, želja in potreb pacientke.
- Uporaba črkovne table.
- Razlaga in pogovor o bolezenskem stanju ter možnostih komunikacije.
- Opazovanje besedne in nebesedne komunikacije.
- Preveriti, kako je pacientka sprejela podana sporočila, in če jih je razumela.
- Vključevanje pacientke in njenih svojcev kot partnerjev v zdravstveni negi.
- Omogočen obisk duhovnika.

Evalvacija

- Pacientka že v prvih dveh tednih hospitalizacije bolj sproščeno izraža potrebe in čustva.
- Vidno pridobljeno zaupanje pacientke.
- Po obisku duhovnika je pacientka pomirjena in zadovoljna.
- Ob odpustu pacientka uspešno uporablja črkovno tablo in je manj zaskrbljena.

ZAKLJUČEK

ALS je huda bolezen, ki prestavlja veliko breme za pacienta in njegove svojce, zato je pomembno, da si poiščejo pomoč v ustrezno oblikovanem in usposobljenem timu za izvajanje paliativnega zdravljenja in zdravstvene nege. Cilji delovanja takega tima je zagotavljanje kakovosti življenja obolelih in tudi mirne smrti brez trpljenja. Da bi bolje razumeli obolele z ALS, jim znali prisluhniti in se jim posvetiti ter jih spremljati v času bolezni, ki žal ni ozdravljiva in je pri vsakem pacientu individualna, moramo imeti visoko stopnjo znanja in strokovnosti. Pomembno je pacientu prisluhniti, upoštevati njegove želje in prilagoditi zdravstveno nego njegovim potrebam. Medicinske sestre se morajo zavedati, da s svojim sočutnim in strokovnim delovanjem lahko veliko prispevajo h kakovosti življenja obolelih z ALS. V zdravstveni negi je pomemben sodoben pristop in procesna metoda dela, saj omogoča zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege. Za uspešno doseganje tega je nujno, da medicinske sestre s pacienti in njihovimi svojci vzpostavijo partnerski odnos. Pacienta je treba obravnavati individualno in celostno in vključevati v proces zdravstvene nege tudi svojce. Ker gre za neozdravljivo bolezen, ima pomembno vlogo paliativna zdravstvena nega, s katero pacientom lajšamo simptome in zagotavljamo kakovostno življenje do smrti.

LITERATURA

1. Bobinc M, Cibic D. *Teorija zdravstvene nege. Radovljica: Didakta, 1995.*
2. Bobinc M. *Proces zdravstvene nege z dokumentiranjem, Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1995.*
3. Dall Bello- Hass V, Kloos AD, Mitsumoto H. *Physical therapy for patient through six stages of amyotrophic lateral sclerosis. Phys Ther. 1998; 78: 1312–24.*
4. Lunder U. *Nekateri uspešni modeli paliativne oskrbe v Svetu. V: Seminar o bolečin. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 7-8. junij 2002: 185–186*
5. Mitsumoto H, Norris FH. *Amyotrophic lateral sclerosis: a compressive guide to menagement. 1 st ed. Demos, New York, 1994.*
6. Pražnikar A. *Paliativna skrb za bolnika z amiotrofično lateralno sklerozo-ALS. Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo. Zbornik predavanj,*
7. *10 seminar o bolečini. Paliativna medicina z mednarodno udeležbo, Maribor 9-10. junij 2006: 118–27.*
8. Twycross R. *Palliative care. Oxford and New York: Radoliffe medical press. 1995.*
9. Zidar J. *Celostna obravnava bolnikov z amiotrofično lateralno sklerozo. Zbornik predavanj 10. seminar o bolečini.*
10. *Paliativna medicina z mednarodno udeležbo, Maribor, 9-10. junij 2006: 103–17.*

11. Žargi T. *Principi paliativne oskrbe in paliativne zdravstvene nege. Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije*. Ljubljana:
12. *Onkološki inštitut*, 2000: 207–25

Drugi viri

Kocjančič B, Leonardis L, Ristić-Kovačič S, Turel M, Zidar J. ALS

Dostopno na internetu: <http://www.kclj.si/ikn/ALS/kazalo.htm>, 29.12. 2005.

Zidar J. Blažilna oskrba bolnika z ALS

Dostopno na internetu <http://www.društvo-distrofikov.si>, maj 2003.

VLOGA SOCIALNE DELAVKE IN KOORDINATORKE V SKUPINI ALS

*Stanka Ristič Kovačič, univ. dipl. social. del
Inštitut za klinično neurofiziologijo, Nevrološka klinika,
Univerzitetni klinični center Ljubljana*

V Sloveniji in verjetno tudi drugod po svetu človek ceni zdravje kot eno največjih vrednot. Kako majhen postane človek kljub svoji telesni višini ali visoki izobrazbi, se navadno zaveda šele, ko zbolí sam ali nekdo njegovih najbližjih. Običajno si priznamo, da je vsak problem ali težava, ki ju človek ima, pogosto poimenovan kot zapleten in velikokrat dobimo občutek, da ne bomo zmogli, pa čeprav gre v razmišljanju povprečneža za povsem običajno situacijo, ki je niti ne poimenujemo kot problem. Posebna situacija pa nastopi, ko diagnoza govori o neozdravljivi in/ali dolgotrajni bolezni. Pa vendar je prav, in včasih še kako prav, da se človek zaveda tudi bolečine drugega človeka, ker mu le tako lahko pomaga.

V našem okolju v Sloveniji do pred kratkim nismo niti pisali niti govorili, vsaj v javnosti ne, o bolezni, ki čisto počasi načne človeško telo in ga hitro »razjeda«. Ne gre za rakavo bolezen, ki jo vsi kar dobro poznamo, čeprav nas spreleti srh že samo ob misli nanjo. Vendar pa so na žalost mnogih poleg takih bolezni tudi druge ki so prav tako neozdravljive in se pogosto še hitreje končajo. Brez slabe vesti jo poimenujemo lahko kot bolezen »brez obraza«, čeprav ima medicinska znanost zanjo ime: Amiotrofična Lateralna Skleroza, ali kratko, »ALS«. Ne poznamo vzroka njenega nastanka, zato tudi ni vzročnega zdravljenja. Pri bolnikih in njihovih svojcih ostaja le upanje, da so se ob postavitvi diagnoze zmotili, medicina pa danes lahko pomaga le s simptomatskim zdravljenjem in paliativno oskrbo.

V nevrološki ambulanti se ljudje običajno prvič soočijo z dejstvom, da so oboleli za boleznijo ALS. Zvedo, da gre za neozdravljivo, napredujočo bolezen, ki skrajšuje življenjsko dobo.

Oboleli z ALS in njihovi svojci se takrat pogosto srečujejo s stisko in trpljenjem. Najpomembnejše pri tem je soočanje vseh članov družine z »resnico«. Zagotovo je to tudi obdobje šoka. Dogaja se, da oboleli in njihovi bližnji vsebinski bolezní in izgubi zdravja kar ne morejo verjeti (»saj ni mogoče, saj ni res, to sem sanjal« ...). Šok, v katerega jih je pahnila novica o bolezni, se rad poveže z zanikanjem in nekakšno otrplostjo in omamo, ki jih oddaljuje od resničnosti. V naslednji fazi se tem odzivom vse bolj priključijo negativna čustvovanja, predvsem strah, jeza, obup, depresivnost in občutki krivde. Vendar se s časom ta občutja umaknejo in pojavijo se bolj konstruktivna. Začnejo sprejemati stvarnost in izgubo zdravja kot nekaj realnega in na svoje življenje začnejo gledati z vidika ciljev in nalog, ki jih morajo opraviti in izpolniti. Tako njihovo življenje postane bolj aktivno. Moja vloga pri tem je zagotovo pomoč pri reševanju kompleksnih socialnih problemov pri bolniku in v njegovi družini, pomoč za iskanje novih rešitev, in nenazadnje pomoč tam, kjer ljudje ne zmorejo in ne znajo najti rešitve sami. Socialni delavec se torej srečuje z ljudmi v stiski, ki je sami več ne obvladajo, to je v trenutku ali obdobju svojega življenja, ko postanejo njihovo vedenje, znanje, življenjske spretnosti in samostojnost vprašljivi. Zavedati se moramo, da je tedaj človek ranljiv, da se čuti ponižanega, saj je načeta njegova samopodoba. Moje delo je delo, ki v prvi vrsti zahteva odnose. In človek, ki potrebuje pomoč ali nasvete za samopomoč, pričakuje zlasti odnos, šele na drugem mestu pomoč.

Včasih se zgodi, da se človek, potreben pomoči, odziva tudi agresivno, da izživi napetosti, ki so se nakopičile v njem. V takem stanju je moja vloga izjemno kompleksna. Vedno znova se je potrebno vprašati, kaj človek od nas oziroma mene pričakuje (morda le poslušanje!). Ob tem bi na prvo mesto za nas, ki smo neke vrste poslušalci, postavila spoštovanje do človeka in zaupanje vanj. Človek v stiski mora čutiti, da sem kot strokovni delavec res prisotna v pogovoru, da zares poslušam. S svojimi razgovori poskušam bolnika in

njegove bližnje naučiti deliti svoje misli in občutja. Običajno zelo pomaga, če se v času bolezni pogovarjajo s kom o svojih skrbeh. Zato je še kako pomembno, da negujejo in uporabljajo primerne sisteme opore: prijatelji, družina, sodelavci in drugi – ti »oni« lahko pomagajo videti težave in stiske v drugačni luči. Pomembno je poudariti tudi to, da se morajo ljudje naučiti ljudem povedati, kadar ne zmorejo narediti določenih stvari. Pomembno pri tem je, da zna človek reči ljudem »ne«, ne da bi se pri tem čutil krivega ali ponižanega.

In ko je ogroženo naše zdravje in dobro počutje, ugotovimo, da v tem trenutku nosi temeljni in bistveni pomen naša človeška komunikacija. Reševanje težav, ki se pojavljajo v času bolezni, je velikokrat odvisno prav od komunikacije in pomeni, da je komunikacija tem bolj pomembna, čim bolj smo ogroženi. Takrat se pojavi tudi potreba, da znamo sporočiti svoje težave drugim, obenem pa potreba, da znamo dobro sprejemati tudi sporočila, informacije in navodila, ki jih dobivamo od drugih. Iz navedenih razlogov, da bi bili zdravniki in strokovni delavci bližje bolnikom z ALS in njihovim svojcem, je v Kliničnem centru v okviru Centra za živčno-mišične bolezni, na Inštitutu za nevrofiziologijo, začela delovati skupina za ALS (nevrolog, foniater, logoped, pulmolog, fiziater, gastroenterolog, Slovensko društvo Hospic, medicinska sestra, socialni delavec in drugi). Njena glavna značilnost naj bi bila multidisciplinarna obravnava in skrb za bolnike z ALS. Na ta način poskušamo z bolniki vzpostavljati partnerski odnos, ki pomeni vzpostavljanje pristnih odnosov, v katerih postanejo oni del našega življenja, mi pa njihovega. Poskušamo postati njihova opora. Kljub naši številčnosti v Skupini osebam z ALS vseh težav vseeno ne moremo odpraviti ali zmanjšati. Ne moremo tudi zato, ker nimamo ustreznih služb, ki bi jih financirala država na terenu, v domačem okolju, da bi se lahko olajšalo trpljenje nemočnim bolnikom in njihovim družinam. Državna blaganja sicer omogoča storitve servisov pomoči z Zavodi za oskrbo na domu, z »institutom« družinskega pomočnika, pa tudi s pravico do medicinsko-tehničnih pripomočkov in nadomestil v okviru Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, deležni so tudi nadomestil za postrežnino, telesno okvaro in invalidsko pokojnino po Zakonu o pokojninskem zavarovanju, in tudi druge pravice, ki jih pozna naša zakonodaja (Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih, Zakon o delovnih razmerjih ...), vendar je vse to premalo. Bolezen ALS je draga in zahtevna! Kljub temu da se izdatki večajo iz leta v leto, tudi družbena skrb še zmerom ni povsem zadovoljiva. Pri tem Slovenija ni izjema in tudi v zelo razvitih deželah ugotavljajo, da se skrbi pri neozdravljivo bolnih ne more izogniti nobena družina. Vsega je ali premalo, npr. denarja, ali pa gre prepočasi, npr. postopki za pridobitev katere od pravic ali najzahtevnejših pripomočkov, kajti bolezen nas vse prehiteva, še najbolj bolnike, ki ostajajo ujeti v »krču«. Odgovor bomo morali verjetno iskati v drugačni organizaciji! Verjetno ni potrebno, da bi doletelo nas ali najbližje, dovolj bo že to, da prepoznamo bolezen, vse težave, ki jih prinaša s seboj, in načine, kako uspešno, ali pa tudi ne, danes premagujejo ovire na svoji vse krajši življenjski poti bolniki s to kruto boleznijo, ki so pogosto prepuščeni tudi sami sebi ali pa z njimi njihovi svojci.

OBRAVNAVA BOLNIKA Z ALS BOLEZNIJO V HOSPICU

Tatjana Žargi, Slovensko društvo hospic

ŠTUDIJA PRIMERA:

Bolnik, 63 let, z napredovalo ALS boleznijo - diagnosticirano pred 2 leti.

Čas obravnave hospica 10 mesecev.

Živi s soprogo in 2 sinovoma v lastnem stanovanju, občasno biva v počitniški hiši. Sprejet v obravnavo hospica julija 2006 po ženinem klicu in na priporočilo zdr. specialista IKN.

Stanje ob vključitvi:

- Slabo pomičen, vendar s spremstvom želi hoditi po stanovanju, odvisen od tuje pomoči, ne more govoriti, z močnim slinjenjem, motnjo požiranja, nameščen PEG, ki se le redko uporablja, z močno izraženo kaheksijo.
- Uporablja le eno roko, s katero upravlja računalnik in tako vzdržuje socialne stike s širokim krogom ljudi.
- Strah pred zadušitvijo je močan zlasti ponoči, odklanja asistirano ventilacijo.
- Izobražen, zelo natančen, dobro obveščen o diagnozi in sprva usmerjen v možnost ozdravitve, tudi z uporabo komplementarnih metod zdravljenja.

Družinska anamneza:

- Poročen, z 2 odraslima sinovoma, ki po materini odločitvi le redko pomagata pri negi očeta.
- Zelo zaprt tip družine, racionalnih reakcij, kjer ne kažejo svojih čustev.
- Slabši odnosi in zamere s sorodniki, ki živijo v isti hiši.
- V času spremljanja doživijo 2 smrti bližnjih (pacientov brat in ženin oče)

Soproga:

- Odlična kot primarni negovalec, dobra organizatorka.
- Zaradi obremenitev z gospodinjstvom, podjetjem in nego moža je skoraj popolnoma izgorela. Potrebuje čas zase in odmik.
- Pove, da je z diagnozo te hude bolezni izgubila partnerja (predhodno žalovanje).
- Usmerjena v delovanje, se stalno odpoveduje svojim osebnim potrebam,
- dolgo ne želi spregovoriti o svoji stiski in čustvovanju.
- Strah pred prihodnostjo, breme odgovornosti in dvom v lastne zmogljivosti ...
- Pogosto se ne drži dogovorov z osebjem hospica in prostovoljci

Načrt in potek obravnave hospica:

- **Medicinska sestra** redno obiskuje bolnika, soprogo pouči o osnovni negi in pripravi hrane, vodi nadzor nad učinkovitostjo simptomatske terapije, koordinira sodelovanje z oseb.zdravnikom, zdr.specialisti, patronažno službo, fizioterapevtom, svetuje druge vire pomoči – ZOD, uvede prostovoljce.
- **Družinski koordinator** (socialna delavka) je v stalnih stikih s soprogo, žal ne uspe pridobiti na skupen pogovor soproge in sinov (družinska konferenca), uvaja in koordinira delo prostovoljcev. Po 2 mesecih

uspe s soprogo načeti pogovor o njenem čustvovanju, strahovih, jezi, upanju in zaščiti sinov. Ob bratovi nenadni smrti se v žalosti ponovno zbliža z možem.

- **Duhovna opora** bolniku se izkaže za najpomembnejši del obravnave. Po 3 mesecih druženja naveže tesen in zaupen stik s sodelavko hospica za duhovno oporo. Ob ocenjevanju svojega življenja se spreminja iz racionalne osebe materialnega nazora v ljubeznivo, pozorno osebo in se ob tem prepozna kot zmagovalec in ne kot premaganec. Prizna, kako sta zaupanje in predanost prebudila v njem globljo zavest, z občutkom velikega daru s strani osebja hospica, od katerega je prejel tisto osebno pozornost, priznanje in ljubezen, ki mu je lastna družina ni bila sposobna izkazati. Počasi je z bogatenjem in prepoznavanjem drugačnega smisla življenja sprejemal proces poslavljanja od življenja. Kljub razočaranju je odpustil soprogi, da mu ni mogla slediti na tej duhovni poti.

- **Prostovoljci:**

V 10 mesecih obravnave je bolnika spremljalo 5 prostovoljcev hospica po večur dnevno, 5 do 6 dni v tednu. Tudi z njimi se je spletla globlja povezanost.

V zadnjih tednih se je pri bolniku zlasti ponoči pojavila stiska z napadi težkega dihanja in strahom pred zadušitvijo. V pogovorih z duhovno spremljevalko se uspe pomiriti in se izogniti nujnim sprejemom v bolnišnico, kar je želela soproga. Zadnje dni postane bolnik do nje nezaupljiv. Sumi, da mu brez njegove vednosti v hrano dodaja zdravila za pomiritev in zvečer za spanje. To ga jezi in še bolj vznemirja, izgublja zaupanje. Ob pojavu bolečin kljub potrebi in zdravnikovem navodilu odkloni namestitve Fentanyl obliža. Umre v spanju, kar zjutraj odkrije soproga.

Končna ocena učinkovitosti spremljanja

- **Bolnik** – ob doseženi bližini in sočutni opori doseže osebno transformacijo.

V stikih z ljudmi dobiva občutek, da lahko daje in sprejema naklonjenost, kar mu izpolnjuje življenje kljub izjemni telesni prizadetosti. Zgodi se celjenje (telesa in duha), kar presega okvire medicinske obravnave.

Sposoben je sprejeti ženino nesposobnost globlje čustvene povezave in iskrene bližine. Spoštovano je njegovo dostojanstvo in volja, ker je lahko ostal do konca v svojem domu. Nerazrešen je bil le strah pred zadušitvijo in neprimerno uporabo zdravil.

Kot je sam povedal, je zanj izjemno darilo tesna povezanost s timom hospica (med. sestro, soc. delavko – koordinatorico družine in duhovno svetovalko).

- **Svojci** – Največ opore je dobila soproga, ker je omogočila bolniku ostati doma. Na povezavo s sinovoma nismo uspeli imeti večjega vpliva. Spoštovana je bila njihova volja in način komuniciranja. Soproga je bila kolikor mogoče razbremenjena v popoldanskih in večernih urah, da je našla čas zase in za potreben odmik. V zadnjih dneh se kljub vsemu bolj poveže z možem.
- **Prostovoljci** – velika praktična in vsebinska podpora bolniku.

Vsi prepoznajo osebno dobrobit težkega spremljanja. Poudarijo pomen in potrebo po superviziji, ki so jo imeli.

- **Strokovno osebje hospica** oceni ta primer kot zahtevno, a uspešno spremljanje, čeprav bi si želeli intenzivnejšega sodelovanja svojcev.

Ključna oseba zanj je bila sodelavka za duhovno oporo, s katero bolnik odgrinja vprašanja smisla svojega trenutnega življenja in poslavljanja. Zavrne misel na evtanazijo, in, kot sam pove: »Hospic je moja ljubeča nadomestna družina«.

Zaključek

Kljub zahtevni simptomatski terapiji so bile v prednosti čustvene, socialne in duhovne potrebe bolnika. Naš cilj – poseči onkraj materialnih stvari in prepoznati globlje, za bolnega pomembnejše potrebe, in izpostaviti vrednost osebe, je bil dosežen. Soproga je bila kolikor mogoče razbremenjena v popoldanskih in večernih urah, da je našla čas zase in za potreben odmik. Tak pacient bi potreboval občasen sprejem v hišo hospica zaradi razbremenitve svojcev.

SKUPNE ZNAČILNOSTI OBRAVNAV BOLNIKOV Z ALS BOLEZNIJO V HOSPICU

Opažamo da je za učinkovito pomoč ALS bolnikom neobhodno potrebna:

- **Pravočasna vključitev tima hospica** v obravnavo, ki omogoča dobro poznavanje bolnika, njegovih potreb in želja, družinske dinamike in bližnjih, oziroma svojcev, ki so ključni glede nege in oskrbe na domu. Značilno je, da so obravnave bolnikov z ALS boleznijo v hospicu največkrat daljše od obravnav ostalih paliativnih bolnikov (nekaj mesecev do enega leta).
- **Povedati svojcem in bolniku**, zakaj naj bi se vključil v obravnavo hospic, ki ga vodijo načela paliativne oskrbe: poleg lajšanja fizičnih težav je poudarek na čustveni in duhovni opori v želji, da bi res živeli do konca kljub hudi bolezni v napredovalem stanju. Sočutna priprava na dobro smrt. Pomen ustreznega načina informiranja in komunikacije.
- **Koordinacija hitrega ukrepanja** odgovornih zdravnikov, s katero želimo omogočiti bolniku ustrezno in učinkovito terapijo takrat, kadar je potrebna (največkrat takoj in ne šele takrat, ko je določena oseba dosegljiva), kar pomeni, da osebje hospica išče pomoč zdravnikov in raznih služb resnično takrat, ko je bolniku potrebna!
- **Znanje in previdnost ob »novem« uvajanju analgetične terapije.**

Uporaba narkotikov in sedativov brez informiranja bolnika lahko zaradi sopojavov povzroči izgubo zaupanja in preplah pri bolniku in svojcih.

Pri bolnikih, ki še niso prejeli narkotikov, pa jih potrebujejo, je potrebna izjemna previdnost in stalen nadzor, ker so možni prehudi učinki zdravil, npr. uspavanje, motnje dihanja, strah bolnika ali svojcev, da bomo »za vedno uspavali bolnega«. Bolnik naj bo o takih postopkih informiran in naj sodeluje, kjer in dokler je to možno. Kadar to ni mogoče, naj bi se take odločitve sprejemale v krogu paliativnega tima in s sodelovanjem svojcev.

- **Pomen zagovorništva in opora** ob uveljavljanju bolnikove vnaprejšnje volje – glede hospitalizacije, aplikacije sond, umetnega dihanja, uvajanje ali prenehanje določenih postopkov ali zdravil, ki podaljšujejo ali večajo trpljenje bolnika. Doseči, da bolnika čim manj predstavljamo, kadar tega ne želi, in mu s tem povzročamo dodatno trpljenje (prevozi do ambulant, kadar je pričakovani učinek obiska pri zdravniku ali določena preiskava brez koristi za bolnika, ali pa gre le za željo svojcev!), še posebej v zadnjih dneh ali urah življenja. Doseči, da lahko umre tam, kjer želi – največkrat doma.
- **Postavitev standardov oziroma protokola v kriznih situacijah** bi olajšalo postopke obravnave in prihranilo dodatno trpljenje bolnikom in svojcem, ne glede na to, da je v vsakem primeru potrebno individualno prilagajanje in sodelovanje bolnika ob dokončnih odločitvah.
- **Tesno sodelovanje vseh (multidisciplinarni tim), ki so vpleteni v celostno oskrbo bolnikov z ALS boleznijo**, z zavedanjem, da je bolnik center pozornosti in delamo vedno v njegovo dobro.

MOTNJE ZAVESTI

Saša Poljanšek, dipl. m. s.

Klinični oddelek za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo,
Pediatrična klinika Ljubljana, UKC Ljubljana

IZVLEČEK

Motnje zavesti pri otroku pomenijo resno in potencialno življenje ogrožajoče stanje, ki zahteva hitro in pravilno ukrepanje ter takojšnjo prepoznavo spremenjenega stanja otroka. V tem procesu ima pomembno vlogo medicinska sestra, saj je prisotna v vseh fazah zdravljenja. V članku so opredeljene motnje zavesti, vzroki za nastanek motenj zavesti, preiskave, ki so pomembne pri obravnavi otroka z motnjo zavesti, naloge in vloga medicinske sestre v zdravstveni negi otroka z motnjo zavesti, ter je opisan klinični primer pacientke z motnjo zavesti.

Ključne besede: motnje zavesti, otrok, zdravstvena nega

UVOD

Zavest opredelimo kot zavedanje samega sebe in svoje okolice. Primarni je element izkušenj. Vedenje o samem sebi vključuje vse »občutke, razpoloženja in čustva, impulze, hotenja in aktivne okvire vedenja, dejanske ali tiste, za katere si prizadevamo« – ali na kratko, zavedanje vsega posameznikovega duševnega delovanja, še zlasti spoznavnih procesov (1).

Pomembno je, da ob ugotavljanju zavesti otroka ločimo budnost od zavedanja in da določimo otrokovo sposobnost in ustreznost odzivanja na okolico (1).

Na Kliničnem oddelku za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo v Ljubljani se medicinske sestre (v nadaljevanju MS) in zdravstveni tehniki srečujemo z različnimi pacienti z nevrološkimi obolenji in tudi pacienti z motnjami zavesti, pri katerih je pomembna dobra ocena pacientovega stanja, opazovanje stanja in sprememb, predvsem pa vzdrževanje vitalnih funkcij in odkrivanje in prepoznavanje stanj, ki ogrožajo otrokovo življenje.

MOTNJE ZAVESTI

Vsaka motnja zavesti pomeni motnjo v delovanju osrednjega živčevja, kjer je tudi sedež nadzora delovanja osnovnih življenjskih funkcij. Zato motnja zavesti pomeni resno in potencialno življenje ogrožajoče stanje, ki zahteva hitro ukrepanje (2).

Ena izmed nalog pri oskrbi bolnika z motnjo zavesti je opis njegovega stanja. Pri tem je smiselno zavest razdeliti na elementarno (grobo) zavest in vsebino zavesti. Elementarno zavest zaznavamo kot budnost. Njene motnje opišemo z naslednjimi stopnjami, kot so somnolenca, stupor in koma. Vsebina zavesti pa je odvisna od elementarne zavesti in jo zaznavamo kot orientacijo, zaznave, mišljenje, inteligentnost, spomin, čustvovanje. Opis in obravnava vsebinskih motenj zavesti sta pretežno domena psihiatrije. Pri našem delu se lahko zadovoljimo s pojmom zmedenost in delirij (2).

Kronična stanja motnje zavesti

- Trajno vegetativno stanje je stanje motenega zavedanja (okvara hemisfer), z vzpostavljenim ciklom budnosti in spanja, vitalnimi funkcijami in refleksi možganskega debla.
- Locked-in sindrom (sindrom vkljenjene zavesti) – bolniki so pri zavesti, aktivnost možganske skorje je ohranjena, a zaradi okvare poti v možganskem deblu ne morejo ustvariti motoričnih in senzoričnih povezav (3).

Motnje zavesti lahko namesto z besedami opišemo tudi numerično »Glasgow koma lestvico« in njeno otrokom prilagojeno različico (2). Otrokom prilagojena »Glasgow koma lestvica« obsega oceno zavesti, motorični odgovor na dražljaje in sposobnost odpiranja oči (4).

VZROKI MOTENJ ZAVESTI

Vzroki so lahko številni, le nekaj je primarno nevroloških. Pri slednjih je mogoče prikazati strukturne spremembe (5).

Nevrološki vzroki nezavesti:

- poškodbe,
- cerebrovaskularne bolezni,
- tumorji,
- epilepsija, ter
- degenerativne motnje in strukturne spremembe.

Sistemski vzroki nezavesti:

- cirkulacijski,
- presnovni,
- toksični.

OBRAVNAVA OTROKA Z MOTNJO ZAVESTI

Pristop k nezavestnemu bolniku zahteva najprej ugotovitev nezavesti in oskrbo osnovnih življenjskih funkcij. Orientacijska klinična ocena odkrije stanja, ki bi lahko v kratkem povzročila smrt ali poslabšala bolezen. Temu se skušamo z osnovnimi ukrepi izogniti in bolnikovo stanje vsaj začasno stabilizirati ter tako preprečiti nadaljnjo okvaro možganov. Če pri bolniku nista ogrožena dihanje in krvni obtok, je dovolj časa za skrben pregled (5).

Prporoča se strukturiran pristop, ki sestoji iz primerne ocene stanja, reanimacije, sekundarne ocene stanja, urgentnih terapevtskih posegov in končne oskrbe. (1)

PREISKAVE IN ZDRAVLJENJE

- Anamneza in klinični status,
- osnovne laboratorijske preiskave (ionogram, KS, urea, kreatinin, jetrni testi, amonijak, hemogram),
- CT glave – kjer sumimo na nevrološki vzrok motene zavesti,
- Lumbalna punkcija in dodatne preiskave krvi– pri sumu na infekcijski vzrok potem, ko smo izključili možnost zvišanega intrakranialnega tlaka,
- EEG – je koristen pri ugotavljanju epilepsije, metabolne encefalopatije in okužb.

ZDRAVSTVENA NEGA OTROKA Z MOTNJO ZAVESTI

Otrokovo življenje je lahko ogroženo z več vzroki tako neposredno (zastoj srca, dihalna stiska, večja krvavitev) ali posredno (akutna stanja v trebuhu, prsnem košu, glavi, odprte poškodbe kosti, nezavest in podobno). Pravilno in hitro ukrepanje ob sprejemu je ključnega pomena za uspešnost nadaljnega zdravljenja (1).

MS, ki pri sprejemu tesno sodeluje z zdravniki, s svojim znanjem in izurjenostjo bistveno prispeva k uspešnemu izidu kritičnega stanja, v katerem se otrok nenadoma znajde. Tako ima MS ključno in izredno odgovorno vlogo pri sprejemu kritično bolnega otroka. Vloge MS ob sprejemu segajo na različna področja njenega delovanja. V prvi vrsti gre za ukrepe za ohranitev otrokovega življenja ter nadzor vitalnih funkcij, nadalje je MS:

- nosilka in izvajalka celostne zdravstvene nege,
- zagovornica otroka in družine,

- posrednica informacij otroku in staršem,
- učiteljica,
- svetovalka otroku in staršem,
- svetovalka in koordinatorica,
- strokovna sogovornica v negovalnem in zdravstvenem timu,
- povezovalni člen med otrokom in starši (1).

Zdravstvena nega otroka z motnjo zavesti temelji na dobrem opazovanju in nadzoru otroka ter hitrem in pravilnem ukrepanju v okviru kompetenc MS. Upoštevamo, da so spremembe pri otroku bolj nagle in pogosto bolj usodne kot pri odraslem pacientu. Upoštevamo tudi anatomske, fiziološke, psihološke in socialne posebnosti otroka glede na njegovo starostno obdobje (1). V okviru zdravstvenega in negovalnega tima se MS vključuje v vse faze procesa zdravljenja. Pomembno vlogo ima v bolnišnični obravnavi pacienta, saj je ves čas ob pacientu. Pri ocenjevanju otroka je pomemben celosten pristop po temeljnih življenjskih aktivnostih, ugotavljamo njegove potrebe, načrtujemo, izvajamo in dokumentiramo zdravstveno nego ter morebitne spremembe stanja pacienta.

Ko sprejmemo otroka z motnjo zavesti, ga priključimo na monitor, kjer spremljamo vitalne funkcije (frekvenco dihanja, krvni tlak, frekvenco pulza, saturacijo), izmerimo telesno temperaturo, ocenimo morebitno bolečino, po potrebi dodajamo kisik preko nosnega katetra ali kisikove maske po naročilu zdravnika, omogočimo venski pristop, damo zdravila po naročilu zdravnika, ocenimo stanje zavesti, oceno zenic in reakcijo zenic, motorične funkcije, ocenimo barvo kože in pogledamo zunanost otroka. Če pride do zastoja dihanja, pokličemo reanimacijsko ekipo in otroka premestimo v Enoto za intenzivno terapijo.

MS tudi ocenjuje otrokovo sposobnost sodelovanja in pogovornosti. Otroka MS obravnava tako, da delo opravi strokovno in naj otroka neguje z občutkom. Ko ima MS pred svojimi očmi hudo bolnega otroka, naj prepozna njegove potrebe, mu pomaga, se ga dotika. Na ta način bo dala otroku občutek varnosti. Pogovor s starši naj vedno opravi zdravnik. MS naj bo z vsebino pogovora seznanjena zato, da ne prihaja do konfliktnih situacij(1).

Za delo ob kritično bolnem otroku potrebuje strokovno znanje, spretnosti, ki jih pridobi z urjenjem, ter dobre moralne in človeške odlike. (1)

ZAKLJUČEK

Stanja z moteno zavestjo imajo pogosto slabo napoved poteka bolezni, ne le zato, ker pomenijo stopnjo v napredovanju osnovne bolezni, temveč tudi zaradi dodatnih zapletov, ki se ob tem pojavijo. Pogosto ne moremo izvajati specifičnega zdravljenja, zato so toliko pomembnejši splošni ukrepi in simptomatsko zdravljenje. Ne glede na osnovni vzrok so bolnikove možnosti preživetja v veliki meri odvisne prav od teh ukrepov (5).

Pomembno je, da se medicinske sestre, ki delamo z otroki, permanentno izobražujemo na področju nujnih stanj v pediatriji ter redno opravljamo tečaj reanimacije, saj bomo tako s svojim znanjem, strokovnostjo, samozavestjo močno pripomogle pri ukrepih kritičnega stanja otroka, izboljšanju zdravstvenega stanja otroka, dobremu počutju otroka, h kakovostni zdravstveni negi ter zadovoljstvu tako otroka, družine in zdravstvenega tima.

LITERATURA

1. Požar P. *Otrok z motnjo zavesti in naloge medicinske sestre v enoti za intenzivno terapijo (diplomsko delo)*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2009.
2. Mlakar A, Krajnc N, Župančič N. *Nezavesten otrok*. V: Neubauer D. (ur.): *Nujna stanja v otroški nevrologiji*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, 2005: 46–52.
3. Kovač A. *Motnje zavesti*. Dostopno na svetovnem spletu: http://www.atrej.si/Pediatrija/gradivo/seminarji/motnje_zavesti_seminar.ppt, 06.11.2009
4. Neubauer D. *Repetitorij otroške nevrologije*. *Medicinski razgledi*, 2004: 33–37.

5. Krajnc N, Župančič N, Frelj J. Akutna stanja: motnje zavesti v otroški neurologiji. V: Neubauer D. (ur.), Kopač Š. (ur.): Zbornik predavanj iz otroške neurologije. Ljubljana: Medicinski razgledi, 1998; 37: suppl 4: 399–405

VIRI

- Hickey JV. *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. 5 th ed. Philadelphia, Baltimore, New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2003: 159–84.
- Rosalind B. *The child with cerebral dysfunction*. V: Hockenberry MJ. *Wong's essentials of pediatric nursing*. 7 th ed. St. Louis: El Sevier Mosby, 2005: 1011–62.

EPILEPTIČNI STATUS PRI OTROKU IN MLADOSTNIKU

Majda Tominšek, dipl. m. s.

KO za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo

Pediatrična klinika, UKC Ljubljana

IZVLEČEK

Epileptični status je epileptični napad, ki traja dovolj dolgo, ali se ponavlja dovolj pogosto, da med napadi ne pride do povrnitve zavesti. Najpogostejša oblika je konvulzivni epileptični status, ki ga lahko opredelimo kot najpogostejše nujno stanje v otroški nevrologiji. Zaradi različnih vzrokov se lahko pojavlja v vseh obdobjih otrokovega življenja, od neonatalnega obdobja do obdobja šolskega otroka in mladostnika. Otrok z epileptičnim statusom je kritično bolan otrok, pri katerem je potrebna hitra prepoznavna in ustrezno ukrepanje. Zato naj bi vsaka zdravstvena ustanova imela izdelan natančen protokol o ukrepanju pri ES.

Medicinske sestra s svojim znanjem zdravstvene nege, poznavanjem patologije in najnovejših algoritmov zdravljenja ter obvladovanjem diagnostično-terapevtskih postopkov aktivno sodeluje v zdravstvenem timu pri oceni otrokovega stanja, prepoznavi kritično bolnega otroka, aktivnostih za stabilizacijo vitalnih funkcij in zdravljenju epileptičnega statusa. Njeno zdravstveno vzgojno delo ima pomembno vlogo tudi pri zunajbolnišničnem zdravljenju daljših epileptičnih napadov, ki lahko vodijo v epileptični status.

Ključne besede: epileptični status, otrok, medicinska sestra

UVOD

Epileptični status je eno najpogostejših nujnih stanj v otroški nevrologiji, ki zahteva hitro prepoznavo in ukrepanje, sicer lahko povzroči nevrološke okvare ali smrtno nevarne zaplete. Otrok z dolgotrajnimi generaliziranimi konvulzijami je kritično bolan otrok, zato ga moramo ob dajanju protikonvulzivnih zdravil hkrati oskrbeti tudi s splošnim podpornim zdravljenjem in diagnostičnimi ukrepi (1). Predvsem pa je pomembna odločitev o tem, kdaj je potrebno otroka premestiti v enoto za intenzivno terapijo (EIT), ko krčev ne moremo več obvladovati z običajnimi zdravili.

Medicinska sestra mora znati oceniti stanje kritično bolnega otroka, obvladati diagnostično terapevtske postopke, poznati zdravila za stabilizacijo vitalnih funkcij in najnovejše algoritme zdravljenja ES.

EPILEPTIČNI STATUS

Epileptični status (ES) je dolgotrajen epileptični napad, ki se pojavlja v različnih kliničnih oblikah, v vseh starostnih obdobjih in zaradi različnih vzrokov. Mednarodna liga proti epilepsiji (International League Against Epilepsy – ILAE) je leta 1981 sprejela klasifikacijo epileptičnih napadov, v kateri je ES opredelila kot epileptični napad, ki traja dovolj dolgo, ali se ponavlja dovolj pogosto, da med napadi do povrnitve zavesti ne pride. Do nedavnega je bil ES najpogosteje opredeljen kot nepretrgan napad oziroma dvoje ali več zaporednih napadov, med katerimi se bolniku zavest ne povrne popolnoma, in trajajo več kot 30 minut. V zadnjih letih so v študijah, ki so primerjale učinkovitost različnih zdravil pri prekinjanju epileptičnih statusov, ES opredelili kot epileptični napad, daljši od pet ali deset minut. Časovno krajša opredelitev trajanja ES je tudi najbližja klinični praksi, saj začnemo z zdravljenjem že po dveh ali petih minutah po začetku napada (1).

Med najpogostejšimi oblikami je generalizirani konvulzivni ES, za katerega so značilni generalizirani krči (tonični, tonično-klonični, klonični) (1). Konvulzivni ES poteka v treh fazah. V prvih petih minutah govorimo

o ES v nastajanju, sledi jasno izražena klinična slika ES z očitnimi konvulzijami v prvih 30 minutah. Sledi tretje obdobje ali refraktorni ES, ki se lahko kaže le s subtilnimi motoričnimi pojavi, medtem ko se konvulzivni vzorec elektroencefalograma (EEG) nadaljuje (10).

Razširjenost vseh ES pri otrocih do 15. leta starosti je 4 do 8/1000 otrok, najpogosteje se pojavlja pri otrocih pod enim letom starosti (v 37 %) (2). Vzrok za nastanek ES se razlikuje glede na starostno obdobje otroka. V neonatalnem obdobju je največja incidenca epileptičnih napadov in kar pri 33 % – 50 % se pojavi epileptični status (1). Med najpogostejšimi vzroki so hipoksično-ishemična encefalopatija, možganska krvavite, prirojene nepravilnosti možganov, sepsa, meningitis ter presnovne motnje (hipokalcemija). Pri dojenčkih in malčkah so med najpogostejšimi vzroki za nastanek ES vročinski krči. Kar pri 5 % otrok z vročinskimi krči se pojavi ES. Približno 24 % otrok, ki imajo epilepsijo pred 10. letom starosti, bo enkrat v življenju imelo ES (2). Pri šolskih otrocih in mladostnikih se večja delež otrok, ki imajo epileptični status kot prvi napad v pojavu epilepsije, ali pa se epileptični statusi pojavljajo zaradi menjave ali nerednega jemanja zdravil (1). Kot ostale vzroke za nastanek ES lahko navedemo tudi poškodbo glave, tumor, možgansko kap ali krvavitev, odtegnitev drog ali alkohola in nekaterih zdravil ...

Prognoza ES pri otrocih je predvsem odvisna od vzroka, na končni izid pa nedvomno vplivajo dolžina ES, sistemski zapleti in zapleti ob zdravljenju. V zadnjih desetletjih se je močno izboljšal izid zdravljenja konvulzivnega ES. Zlasti se je znižala umrljivost otrok, ki pa naj bi še zmeraj znašala od 2,7 do 5,2 %. Nevrološke posledice, ki naj bi se pojavljale pri največ 15 % otrok, so velikokrat povezane z osnovnim vzrokom ES (10).

ZDRAVLJENJE EPILEPTIČNEGA STATUSA

Hitra opredelitev krčev (vročinski krči, krči brez vročine, epileptični status...) in ocena otrokovega stanja pomaga določiti obseg preiskav, diagnostičnih metod in sprejeti odločitev o zdravljenju. Pravilen pristop k zdravljenju epileptičnega statusa vključuje poznavanje algoritma zdravljenja, izbiro protiepileptičnih zdravil in pravočasno premestitev v enoto za intenzivno terapijo. V ta namen naj bi vsaka zdravstvena ustanova imela izdelan natančen protokol o ukrepanju pri ES z navedbo odmerkov zdravil in načinom dajanja (10).

Izbira zdravila glede na otrokovo življenjsko obdobje:

novorojenčkovo obdobje → večina krčev je simptomatskih, zato je najprimernejše etiološko zdravljenje.

- Intravenska aplikacija glukoze in kalcija;
- intravenska ali intramuskularna aplikacija piridoksina ;

→ nato protikonvulzivna zdravila:

- intravenska aplikacija fenobarbitona
- fenitoin – Epanutin v intravenski infuziji
- fosfenitoin – natrij (Cerebyx) v kratkorajni intravenski infuziji

- obdobje dojenčka, malčka, šolarja in mladostnika

→ bolnišnično zdravljenje – intravenska aplikacija:

- benzodiazepini – zdravila prvega reda
- diazepam (Aparin)
- lorazepam (Temesta)
- fenitoin ali fosfenitoin-natrij – zdravila drugega reda
- Epanutin
- Cerebyx

• če konvulzij nismo prekinili, sledi protiedemsko zdravljenje:

20 % Manitol

Dexamethason na 6 h

→ v Sloveniji je od leta 1990 uveljavljeno zunajbolnišnično zdravljenje daljših epileptičnih napadov.

- diazepam (Stesolid, Desitin) za rektalno uporabo;
- midazolam (Dormicum) za bukalno uporabo

Če nismo uspeli prekiniti ES z zdravili prvega in drugega reda, moramo otroka premestiti v enoto intenzivne terapije, ker potrebuje zdravljenje z visokimi odmerki benzodiazepinov ali anestetikov. Bolnik ponavadi potrebuje vstavev dihhalne cevke (intubacija) in ostalo podporno zdravljenje ter elektroencefalografsko monitoriranje (1).

VLOGA MEDICINSKE SESTRE

Otrok s konvulzivnim ES je kritično bolan otrok, zato je potrebna hitra prepoznavna in ustrezno ukrepanje v okviru kompetenc medicinske sestre. Naloga ne samo medicinske sestre temveč celotnega zdravstvenega tima je reševanje otrokovega življenja. Prvi ukrepi so usmerjeni k stabilizaciji vitalnih funkcij in po potrebi oživiljanje.

Pri kritično bolnem otroku mora biti medicinska sestra vnaprej pripravljena na motnje dihanja. Sprostitev in zagotovitev dihalnih poti pri otroku, ki je kritično ogrožen zaradi ES, a še spontano diha, je večkrat odločilnega pomena za nadaljnje zdravljenje. Pravilno sestavljen nadihvalni balon, maska ustrezne velikosti in vir kisika naj bo v neposredni bližini otroka. V kolikor ni centralne napeljave kisika, je potrebno poskrbeti za polno kisikovo jeklenko. Zaradi čiščenja dihalnih poti (nevarnost bruhanja in aspiracije želodčne vsebine) je potreben tudi aspirator. Uvede se nasogastrična sonda, da se razbremeni želodec in prepreči aspiracijo izbruhane mase. Pripraviti je potrebno pripomočke za intubacijo. Čim prej je potrebno vzpostaviti intravensko pot, ki naj bo ustrezno pritrjena, da med izvajanjem aktivnosti ali kasneje pri premestitvi ne izpade. Obenem je potrebno odvzeti kri za določitev krvnega sladkorja ter drugih laboratorijskih testov (1). Po navodilu zdravnika medicinska sestra aplicira protikonvulzivna zdravila.

Pri otroku opazuje in nadzira življenjske funkcije:

- Frekvenco pulza in dihanja (monitoring). Pozorna je na povečano dihalno delo, ki se kaže kot tahipnea z uporabo pomožnih dihalnih mišic, vgrezanjem prsnega koša, stokanjem in pospešenim bitjem srca. V kolikor otrok ponehava dihati, hipoksija in acidoza vodita v srčni zastoj. Nekatera protikonvulzivna zdravila vplivajo na center za dihanje – depresija dihanja (diazepam) ali povzročajo motnje srčnega ritma (fenitoin). Medicinska sestra upošteva predpisana navodila o načinu in hitrosti aplikacije zdravila.
- Nasičenost hemoglobina s kisikom s kožnim merjenjem. Ustrezno ukrepanje ob padcu vsebnosti O₂ pod 92 %.
- Arterijski tlak. Hipotenzija je kasen znak, šokovno stanje je že nepopravljivo.
- Temperatura. Pojavi se lahko hipotermija, ki še dodatno ogrozi otrokovo življenje, zato je potrebno otroka dodatno ogrevati.
- Nevrološko stanje. Stanje zavesti, prisotnost krčev, odzivnost otroka ...
- Izločanje urina.
- Vnos tekočin. Pri dalj časa trajajočem ES je potrebno zaradi nevarnosti nastanka možganskega edema omejiti vnos tekočin na 60 % dnevnih potreb (2).

Medicinska sestra pazi, da med izvajanjem negovalnih in terapevtskih postopkov ne povzroči dodatnih poškodb (poškodbe tkiv, padec, hospitalni infekt ...). Ne pozabi na higieno svojih rok in si jih razkužuje z alkoholom po potrebi.

Ob skrbi za otrokovo življenje ne sme pozabiti na svoje ravnanje in obnašanje tako do otroka kot tudi do staršev ali oseb, ki so ob kritičnem dogodku čustveno vpleteni. Tudi če je otrok nezavesten, dela z njim ljubeče, obzirno in pomirjujoče (4). Starše pomiri in si poskuša zagotoviti njihovo zaupanje. Ravno vzpostavitev medsebojnega zaupanja med starši otroka in zdravstvenim osebjem je ključnega pomena v nadaljnjih odnosih. Informacije o stanju otroka naj posreduje za to kompetentna oseba (zdravnik). Medicinska sestra naj bo z vsebino pogovora seznanjena, da ne prihaja do konfliktnih situacij (6).

Vsa opazovanja in diagnostično-terapevtske posege je potrebno ustrezno dokumentirati, saj dokumentacija predstavlja sodno-medicinski dokument. Obenem pa zagotavlja kontinuirano in kakovostno zdravstveno nego tudi ob premestitvi na enoto za intenzivno terapijo.

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI ZUNAJBOLNIŠNIČNEM ZDRAVLJENJU

Kadar gre za zunajbolnišnično zdravljenje daljših epileptičnih napadov, je medicinska sestra vključena že od prve hospitalizacije otroka dalje. Njena vloga zavzema vključevanje staršev in otrok v vse faze procesa zdravstvene nege, predvsem pa se osredotoči na zdravstveno vzgojno delo s starši otroka. Učenje skrbnega opazovanja otrokovega vedenja in gibanja, opazovanja napadov, ustrezno dokumentiranje opazovanj in učenje oblik pomoči so elementi, ki lahko v nujnih stanjih veliko pripomorejo k pravočasnemu in pravilnemu ukrepanju tako staršev kot tudi zdravstvenih delavcev. Predvsem pomembno je učenje staršev o pripravi in načinu uporabe zdravil, ki se uporabljajo za prekinjanje daljših epileptičnih napadov, ki lahko privedejo do ES.

ZAKLJUČEK

Kontinuirana in kakovostna zdravstvena nega, ki je podprta z znanjem in sodobnim pristopom do otroka in cele družine, je vključena v vse odločitve zdravstvenega tima pri oceni otrokovega stanja in njegovem zdravljenju. Medicinska sestra kot aktivna udeleženka s pravočasnim odkrivanjem ogrožajočih dejavnikov, ustreznim in strokovnim ukrepanjem, znanjem in izobraževanjem vseh udeleženi zagotavlja dober izid nujnega stanja oz. pravočasno in dobro organizirano premestitev v enoto za intenzivno terapijo.

LITERATURA

1. *Perkovič Benedik M, Frelj J. Epileptični status, Nujna stanja v otroški neurologiji – 50 let otroške neurologije na Slovenskem, Medicinska fakulteta, Ljubljana, Katedra za pediatrijo 2005; 37–40.*
2. *Neubauer D. Repertorij otroške neurologije, Medicinski razgledi 2004; 39–44.*
3. *Primožič J. Razpoznava kritično bolnega otroka, Univerzitetni klinični center Ljubljana. Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo. Knjiga predavanj VIII. Izobraževalni seminar 2004; 5–6.*
4. *Petrovič M. Zdravstvena nega kritično bolnega in poškodovanega otroka, Univerzitetni klinični center Ljubljana. Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo. Knjiga predavanj, VIII. Izobraževalni seminar 2004; 65–66.*
5. *Jerman J. Zdravstvena nega otroka z epileptičnimi napadi, Zbornik predavanj otrok in mladostnik z neurološko boleznijo, Zbornica zdravstvene nege 2000, 28–29.*
6. *Petrovič M. Vloga medicinske sestre pri kritično bolnem in poškodovanem otroku, Univerzitetni klinični center Ljubljana. Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo. Knjiga predavanj, VIII. Izobraževalni seminar 2004; 67.*
7. *Primožič J. Etična razmišljanja ob kritično bolnem otroku, Razpoznava kritično bolnega otroka, Univerzitetni klinični center Ljubljana. Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo. Knjiga predavanj VIII. Izobraževalni seminar 2004; 5–6.*
8. *Petrovič M. Priprava otroka na sprejem v enoto za intenzivno terapijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana. Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo. Knjiga predavanj, VIII. Izobraževalni seminar 2004; 5–6.*
9. *Frelj J, Neubauer D. Zdravljenje krčev in epileptičnega statusa pri novorojenčkih, malčkih in mladostnikih. 13. Derčevi dnevi – Zbornik predavanj, Ljubljana: Pediatrična klinika 2001; 220–226.*
10. *Perkovič Benedik M, Neubauer D. Epileptični status pri otroku in mladostniku. Zbornik predavanj - Epilepsija pri otrocih in mladostnikih. Maribor: Medicinska fakulteta univerze Maribor, Katedra za pediatrijo, 2009; 81–84.*

POGOVOR Z OTROKOM IN NJEGOVIMI STARŠI O NJEGOVI BOLEZNI

*Milena Rogelj, dipl. m. s.
KO za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo
Pediatrična klinika, UKC Ljubljana*

Uvod

Življenje vsakega posameznika je sestavljeno iz komedije in tragedije, veselja in žalosti, sreče in bolečine. Življenje slehernemu lahko prinese fizične in psihične težave, bolezni in poškodbe, trpljenje, ki se ga ne moremo ubraniti. Takrat človek potrebuje pomoč od zunaj.

V situacijah, ko človek išče pomoč v zdravstvu, je pogosto prav medicinska sestra osnovni vir pomoči bolniku, in sicer včasih kar mimogrede ob svojem delu, ko se sreča z bolnikom kot človek s človekom v medsebojnem odnosu. Če imamo znanje in izkušnje s komunikacijo, z bolnikom lažje raziskujemo vse dimenzije telesnega in duševnega trpljenja na naporni poti do zdravja. Človeški »dotik« se v zdravstveni negi uresniči takrat, ko smo se sposobni spontano in odgovorno odzivati na potrebe bolnikov in njihovih najbližjih, in to v tistem trenutku, ko te obstajajo in ko smo jim v pomoč, kadar nas le-ti potrebujejo.

Vprašanja staršev

Zvedeti, da ima otrok hudo, težko ozdravljivo, napredujočo ali celo neozdravljivo bolezen, je verjetno za starše najtežja novica, s katero se morajo spoprijeti.

Prva predstavitev bolezni staršem in otroku je odločilna. Postavi temelje za nadaljnji odnos med otrokom, starši in zdravstvenim timom. Sporočilo o diagnozi ostane v spominu otroka in staršev vse življenje.

Kdo naj bi povedal mojemu otroku?

Kdaj naj bi mu povedali?

Kaj naj bi mu povedali?

Odvisno od odnosa, ki ga imajo starši s svojim otrokom – lahko mu povedo sami, ali pa pomaga razložiti diagnozo zdravnik. Otroku potrebuje osebo, ki ga podpira, ga ima rada in ga opogumlja, in če se starši odločijo, da mu povedo sami, naj se posvetujejo, kaj mu bodo povedali.

Pomagajo lahko zdravnik, medicinska sestra ali psiholog. Starši naj se pogovorijo z nekom, ki jim je blizu in ki jim bo pomagal, da bodo bolj mirni, pogovorijo naj se s starši drugih obolelih otrok.

Ob hudi bolezni se starši in otrokova družina odzivajo na različne načine, ki lahko niso vedno prijetni pri stikih z zdravstvenim osebjem, ki otroka zdravi in neguje. Največkrat starše mori občutek krivde, da za otroke niso dobro poskrbeli, četudi ni zato nobenega pravega razloga. Zato jim moramo biti v oporo in jim skušati razjasniti razloge, ki izključujejo kakršnokoli odgovornost, ki bi se utegnila razširiti v otrokovi družini in zaplesti odnose med starši samimi, v okolici in v šoli.

Na splošno pa vidimo, da si ljudje želijo stika in pogovora z osebami, ki so jim nekako čustveno blizu, kažejo do njihove stiske razumevanje in so pripravljeni tudi poslušati. Namenoma pravim poslušati, kar vključuje tudi za to primeren čas in prostor, ki si ga bomo izbrali za pogovor. V posredovanju informacij je potrebno biti izjemno takten in se zavedati, da mimogrede navržena misel ali celo glasno razmišljanje, k čemur so nagnjeni nekateri zdravniki in medicinske sestre, lahko povzročijo novo stresno situacijo pri starših in v družini.

Sprejemanje krutih dejstev o bolezni otroka je za starše vedno lažje, če oseba, ki se z njimi pogovarja, pokaže do tega sočutje, jih ne obremenjuje z nepotrebniimi podrobnostmi o bolezni v medicinskem žargonu. Zdravstveni delavci se pogosto zavedamo, da ima v stanju otrokove bolezni vsaka izgovorjena beseda poseben in globlji pomen.

Vzpostavitev medsebojnega zaupanja med starši otroka in zdravstvenim osebjem je ključnega pomena v nadaljnjih odnosih in stalna odprtost otroških oddelkov za obiske staršev in svojcev bolnih otrok je temelj takšnega zaupanja.

Nikoli ni pravega trenutka, da bi otroku povedali za težko bolezen. Izbrati je potrebno čas in prostor, kjer bosta lahko sama. Najbolje je povedati resnico takoj po postavitvi diagnoze, odlašanje omogoči uporabo domišljije in razvijanje strahov. Preden pa se odločimo, pa moramo vedeti, kakšna je bolezen, njeno prognozo in zdravljenje. Tako smo pripravljeni na vsa vprašanja. Počutil se bo bolj varnega, če mu povemo resnico.

Nobenega dvoma ni, da lahko otrok že v zelo zgodnji starosti dojame, kaj je v zvezi z njegovim življenjem »normalno« in »običajno« in kaj ne. To velja prav gotovo tudi za področje zdravja, bolezni in zdravljenja. Zato danes tudi ne more biti sporno, da je treba otroke pripraviti na zdravljenje (posebej bolnišnično) in seveda tudi na posamezni poseg. Vsaj od starosti, ki je potrebna za vstop v šolo, ima otrok pravico izvedeti, kaj se bo z njim zgodilo. Od posameznega primera bo odvisno, kakšna bo ta informacija, vsekakor pa mora biti primerna otrokovi starosti, razumu, in hkrati takšna, da ne povzroči negativnih posledic.

Dolžnost informiranja se povečuje s starostjo in zrelostjo otroka, ki praviloma zagotavlja tudi višjo stopnjo razumevanja posameznega posega, njegovih posledic in tveganja.

Malčki do prvega leta starosti ne morejo razumeti bolezni, bolj so osredotočeni na to, kaj se jim dogaja, kako se dotakniti in obvladati stvari. Mnogi jokajo, bežijo proč in kričijo.

Po 18. mesecu otrok pričinja razmišljati, kaj se dogaja okrog njega. Nikoli mu ne smemo reči, da ne gre k zdravniku, če gre, da razni preiskovalni postopki ne bolijo, če v resnici bolijo. Če mu poveste, da injekcija zabolj le za trenutek, in da ni nič narobe, če ob tem joka, mu daste vedeti, da ga razumete in sprejemate njegova čustva oz. bolečino. S svojo odkritostjo in poštenostjo povečujete zaupanje vase.

Pri nujnem urgentnem sprejemu, pri raznih nezgodah ali nevarnih akutnih boleznih, ki ponavadi predstavljajo za otroke večjo nevarnost kot za odrasle, je vse delo osredotočeno na rešitev kritične situacije. V tej situaciji tudi starši niso sposobni dajati otroku varnosti in zavetja. Sami so potrebni pomoči v skrbi za otroka. Pomembno je, da dobijo kvalitetne informacije. Staršem in otroku olajšamo to težko obdobje z razumevanjem, naklonjenostjo in potrpežljivostjo.

Otroci med 7. in 12. letom so že sposobni sodelovati pri zdravljenju. Razumejo, da jim je bolje, če jemljejo zdravila in se ravnajo po navodilih zdrav. delavcev.

Otroci, stari 12 let in več so sposobni razmišljati o stvareh, ki jih niso sami izkusili. Postavljali bodo vedno bolj zahtevna vprašanja. Med zdravljenjem se je potrebno nenehno odkrito pogovarjati z otrokom. Razložiti jim je treba vse na enostaven način, takoj od začetka, če se starši temu izogibajo, to poveča otrokove skrbi, češ, tako sem bolan, da se še pogovarjati ne smemo.

Za mladostnike, ki so na prehodu iz obdobja otroka v odraslega, bolezen predstavlja poseben problem. Pojavijo se skrbi o neodvisnosti, zunanem izgledu, sprejemanju, spolnosti, načrtih za prihodnost. Mladostnikovo prizadevanje k avtonomnosti in lastni identiteti je ogroženo. Pogosti in dolgi izostanki iz šole povzročajo občutke zapuščenosti, fizične spremembe pa povzročijo težave ob vrnitvi v šolo (občutki sramu in označenosti).

Vsak otrok lahko reagira na svoj način in isti otrok lahko reagira na drug način v drugem času. Specifične probleme moramo reševati individualno.

Pomembno je, da mladostnik dobi razumljivo in preprosto razlago o svoji bolezni in zdravljenju, da sodeluje pri kritičnih odločitvah, da spremlja oz. na svoj način nadzira shemo zdravljenja in preiskave in da se aktivno vključuje v razprave tudi o drugačnih možnostih zdravljenja, predvsem, če je že starejši.

Vprašanja otrok

Zdravstveni tim pomaga otroku postavljati vprašanja in izraziti svoje skrbi, kajti postavljanje vprašanj je izredno zdravilno.

Zakaj sem zbolel?

Ali bom ozdravel?

Kaj se bo zgodilo z menoj?

Zakaj moram jemati zdravila, če se počutim dobro?

Kaj naj rečem sošolcem?

Bom zmogel delati stvari, ki sem jih delal, preden sem zbolel?

Preveč informacij bolnika zmede, premalo pa izzove dodatno zaskrbljenost. Na sposobnost otroka in družine, da učinkovito sprejmeta in uporabita dane informacije, vplivajo značilnosti posameznika in družine. Zato je za celostno obravnavo zelo pomembno, da zgodaj ocenimo celotno družino, kajti pozornost do čustvenih potreb bolnega otroka in družine je bistveni del celostne obravnave bolnega otroka.

Starše vzpodbujamo, da pomagajo otrokom pri ohranjanju vsakodnevnih aktivnosti. Otrok, običajno mladostnik, lahko zavrne zdravljenje zaradi izgube upanja, občutka nemoči, ker se boji stranskih učinkov oz. kombinacije le-teh. Sodelovanje pri zdravljenju pomeni držati se predpisane sheme zdravljenja in preiskav, kar je za uspeh zdravljenja bistvenega pomena. Če se navodil ne držijo, zdravnik lahko pomisli, da je izbrano zdravljenje neuspešno, odreja nepotrebne preiskave, starši pa iščejo rešitve v alternativnih oblikah zdravljenja.

Zaključek

Medicinske sestre pomagamo bolnim izražati občutke in duševne reakcije na bolezen. V komunikaciji z bolnikom in/ali njegovimi svojci moramo biti pozorni in se izogibati nekaterim pogostim motnjam: lastna negotovost, strah pred vprašanji, brezbrzižnost, podcenjevanje pomena informacij za bolnika, pomanjkanje časa, neprijetno okolje – hrup, jemanje poguma s kretnjami in mimiko, vzdušje, v katerem se odvija komunikacija.

Za kulturo odnosov med zdravstvenimi delavci in bolnikom in njegovimi svojci nista dovolj le hotenje, potrebna sta tudi znanje in prilagodljivost. Nekateri raziskave kažejo, da bolniki ne razumejo celo do 50 % tistega, kar jim zdravstvenimi delavci pripovedujejo (Trček, 1994).

Uporabljali naj bi bolj razumljiv jezik, z manj latinščine in tujkami, pri pogovoru z otrokom pa tudi dialekt in žargon, ki ga otrok razume.

Značilno za zahodno kulturo je, da ne znamo poslušati in biti pozorni, kar bolnika zelo obremenjuje. Dolgo je že znano dejstvo, da se bolnik med zdravstveno ustanovo s toplim odnosom in osebnim spoštovanjem, ter strokovno vrhunsko, a v odnosih bolj hladno ustanovo, raje odloči za prvo.

Empatija, to je sposobnost vživljanja v položaj bolnika, je zato ena temeljnih potreb poklicne usposobljenosti v zdravstvu. To je sposobnost razumeti drugega in se ustrezno odzivati nanj.

Empatija naredi zdravstvenega delavca občutljivega za stiske, bojzani, trpljenje in druga doživljanja otrok in staršev. Potrebno jo je izraziti in jo posredovati pacientu ... Biti empatičen pomeni poslušati, izreči pravo besedo, se obnašati tako, da otrok in starši čutijo, da smo z njimi, hkrati pa ostajamo trdno na svojih strokovnih pozicijah, s katerim lahko otrokom nudimo pomoč.

Pomembno je, da prejemamo zdrav. delavci povratne informacije o svojem vedenju in komunikaciji od svojih porabnikov. Običajno dobimo takšne informacije naključno. Veliko dobrega in slabega nam zamolčijo. Ko bi vedeli, kaj delamo dobro, s čim pomagamo ljudem, koliko ljudi to cenijo, bi nas vzpodbudilo v trenutkih, ko obnemoremo. Na vprašanje, kaj se dogaja med nami, otroci in mladostniki in njihovimi starši, bi dobili delavci v otroškem zdravstvu predvsem veliko odgovorov, ki bi nam bili v zadovoljstvo. Iz soočenja s svojimi napakami pa bi se morda kdo tudi česa naučil.

Literatura:

1. Neubauer D. Etične odločitve pri otroku z napredujočo neurološko okvaro. *Slov. pediatrija* 1998; 5:suppl 2: 42–46.
2. Šelih A. Pravice bolnega otroka in staršev-pravni vidik. *Slov. Pediatr.* 1998; 5:suppl 2: 14–16.
3. Filipič I. Komunikacija v zdrav negi; *Obzor Zdr N*1998;32: 221-5.
4. Škerbinek L. Profesionalna komunikacija med. sestre. *Obzor.zdr N* 1992; 26: 29–32.
5. Mikuš-Kos A. Bolan otrok, njegovi starši in zdrav. delavci – kaj se dogaja med nami? *Slov.ped.* 1995;1–3.
6. Kos-Mikuš A. Kako otrok doživlja bolezen. Ljubljana:Cankarjeva založba,1969.
7. Trček J. Medosebno komuniciranje in kontaktna kultura. *Radovljica: Didakta*,1994:42.

NUJNA STANJA V NEVROLOGIJI

*prim. mag. Bernard Meglič, dr. med.
Klinični oddelek za bolezni živčevja
SPS Nevrološka klinika, UKC Ljubljana*

Klinična nevrologija se je v zadnjih desetletjih izrazito hitro razvijala. Z uporabo novih metod diagnostike in terapije so številne akutne nevrološke bolezni postale zazdravljive, prognoza bolezni pa se je izboljšala. Klinična nevrologija obravnava bolezni, ki prizadenejo živčno-mišični sistem, ki ima pri odrasli osebi slabo sposobnost regeneracije. Časa za ohranitev živčnega tkiva je pri akutnem nevrološkem obolenju malo. Diagnostika temelji na avtoanamnezi in heteroanamnezi, kliničnem pregledu in preiskavah, od katerih so največkrat uporabljene nevroradiološke. Cilj diagnostike je postaviti nevroanatomsko (npr. prizadetost desne možganske poloble) in etiološko (npr. krvavitev) diagnozo.

Tako kot velja za vsa urgentna stanja, **diagnostika** in osnovni **terapevtski ukrepi** potekajo vzporedno od prve minute srečanja z bolnikom na terenu. Bolnika je pogosto potrebno pred transportom ali med transportom umiriti ali celo uspavati, intubirati in umetno predihavati, kar seveda onemogoča nevrološko oceno. Heteroanamnestični podatki o bolniku in o dogajanju med transportom so tako za nevrologa v nujni ambulantni izjemnega pomena in pomembno prispevajo k hitrejši postavitvi diagnoze. Poleg opisa osnovnih življenjskih funkcij naj bi osnovno oceno nevrološkega stanja bil sposoben podati vsak zdravstveni delavec. Najpogostejše akutno nastale nevrološke motnje so kvantitativne in kvalitativne motnje zavesti, krči oz. nehoteni zgibki, ohromitve (hemipareza, parapareza, monopareza), vrtoglavica, motnja ravnotežja oz. hoje, glavobol, bolečine v predelu hrbtenice in okončin, motnje vida, požiranje in dihanje. Nujno stanje predstavlja povišan znotrajlobanjski tlak (glavobol, slabost, bruhanje, motnje vida). Veliko kroničnih nevroloških bolnikov se vrača v nujne ambulante zaradi akutnega poslabšanja kroničnih nevroloških izpadov ob okužbi, dehidraciji ali drugem internističnem obolenju pa tudi zaradi stranskih učinkov zdravil.

Motnje zavesti lahko povzročijo neposredna okvara nekaterih delov možganov (možgansko deblo, talamus, možganska skorja). Vzroki so možganska krvavitev, meningitis, ali pa so vzroki za moteno delovanje možganske skorje hipoksija, hipoglikemija, intoksikacija (zdravila, alkohol, prepovedane droge). Nezavest lahko torej povzroči »nevrološki« ali »internistični« vzrok, zaradi česar takšne bolnike pogosto obravnavajo internisti in nevrologi. Pogosto je potrebna obsežna diagnostika, ki pa jo dobri podatki o bolniku lahko pravilno usmerijo.

Akutno nastala motnja govora, hemipareza, senzibilite motnje, vrtoglavica, motnje vida so najpogosteje posledica **možganske kapi**, ki je lahko ali ishemični infarkt ali krvavitev. Klinično ni mogoče zanesljivo ločiti med enim in drugim, zato je indiciran CT glave. Razlikovanje je ključno za uvedbo ustrezne terapije. Ishemično možgansko kap je v časovnem oknu 4 ur in pol po nastanku simptomov mogoče zdraviti s trombolizo. Velja, da je čim hitrejša izvedba trombolize ključna za dober uspeh tega zdravljenja.

Akutno nastali glavobol lahko z motnjo zavesti, bruhanjem in nevrološkimi izpadi, je pogosto znak **subarahnoidne krvavitve**, katere izvor je anevrizma na možganski arteriji ali arteriovenska malformacija. Hitra oskrba – nadzor življenjskih funkcij, predvsem dihanja, analgezija, sedacija in zniževanje povišanega krvnega tlaka izboljšajo prognozo sicer zelo težke bolezni.

Značilen tonično klonični **epileptični napad** spozna večina zdravstvenih delavcev, manj značilne (male oz. parcialne) napade pa se pogosto zamenja z zmedenostjo, motnjo govora. Najbolj nujno stanje predstavlja epileptični status tipa grand mal, ki bolnika življenjsko ogroža in lahko vodi v invalidnost. Epileptični status je potrebno prekiniti čimprej. V kolikor intravenska terapija zaradi krčev ni mogoča, je

indicirana aplikacija zdravila (npr. diazepam) rektalno ali bukalno. Po napadu/ih morajo prisotni bolnika položiti v položaj nezavestnega zaradi grozeče aspiracije.

Akutno nastala zmedenost (delirij) je vse bolj pogost vzrok obravnave v nujnih ambulantah. Obolevajo predvsem starejši, bolniki z že znanimi nevrološkimi in psihiatričnimi obolenji, bolniki, ki jemljejo veliko različnih zdravil, alkoholiki in zasvojenici z drogami. Vzrok akutno nastale zmedenosti je lahko akutno nastala možganska okvara (možganska kap, encefalitis) ali pa sistemsko obolenje (okužba, dehidracija, hospitalizacija). Delirij poslabšuje napoved osnovne bolezni.

Akutni glavobol je simptom, katerega vzrok je lahko prizadetost znotrajlobanjskih struktur zaradi draženja (meningitis, subarahnoidna krvavitev) ali povišanega znotrajlobanjskega pritiska (sekundarni glavobol). Večina glavobolov je primarnih (migrena, tenzijski glavobol) in bolnika ne ogrožajo, potrebna je predvsem analgezija. Tudi za druge bolečinske sindrome, ki jih obravnava nevrolog, velja, da je potrebno izključiti ogrožajoče stanje, zatem pa indicirati analgezijo.

Akutna vrtoglavica (lahko z bruhanjem) v večini predstavlja nenevarno stanje, čeprav je lahko za bolnika zelo neprijetna. Klinični pregled in po potrebi nevroradiološka preiskava izključita akutno znotrajlobanjsko dogajanje, v terapiji pa je potrebna sedacija, obzirno premikanje bolnika, antiemetik in občasno infuzija glukosaliničnih raztopin zaradi nevarnosti dehidracije.

OBRAVNAVA BOLNIKA V AMBULANTI URGENTNE NEVROLOGIJE

Urška Ivanc, ZT

Milka Gojković, dipl. m. s.

Služba za urgentno nevrologijo, Nevrološka klinika, UKC Ljubljana

V nevrološko urgentno ambulanto je bolnik lahko napoten iz splošne nujne medicinske pomoči, internistične prve pomoči, iz drugih specialističnih ambulant in zdravstvenih domov. Ponavadi imajo bolniki napotnico za nujni pregled. V dopoldanskem času so to prizadeti bolniki, ki največkrat niso življenjsko ogroženi. Zgodi pa se lahko tudi, da pripeljejo življenjsko ogroženega bolnika. V popoldanskem času poleg prizadetih pridejo tudi manj prizadeti in pomični bolniki, ki imajo napotnico prav tako za nujni pregled.

Kako poteka obravnava in koliko časa bo trajala, je odvisno od stanja bolnika.

Ponavadi bolnika pripelje reševalna služba. Medicinska sestra skupaj z zdravnikom prevzame bolnika in njegovo medicinsko dokumentacijo. V primeru, da zdravnika ni v ambulanti, ga pokliče, in šele ko se zdravnik prepriča o zdravstvenem stanju bolnika, lahko reševalec odide. Poleg napotnice je pomembna tudi zdravstvena kartica, protokol reševalne službe in drugi dokumenti. V ambulantly knjigo je potrebno čim prej zapisati priimek in ime bolnika ter uro prihoda. Beleženje ostalih podatkov in opravil poteka sproti.

Pri oceni stanja bolnika medicinska sestra uporablja (MZOS) modificiran zgodnji opozorilni sistem.

Modificiran zgodnji opozorilni sistem – prepoznavanje kritično bolnega

	3	2	1	0	1	2	3
Pulz		<40	41-50	51-100	101-110	111-130	>130
SKTmmHG	<70	71-80	81-100	101-199		>200	
Fr. dihanje		<8		9-14	15-20	21-29	>30
Temp. C		<35	35.1-36.5	36.5-37.4	>37.5		
CNS				Z	K	B	N

Spremljajte oceno – če je ocena več >4, kličite zdravnika, nastavite monitor in po potrebi izvajajte trojni maneuver.

Legenda:

Z-zbujen, **K**-odziva se na klic, **B**-odziva se na bolečino, **N**-nezavesten.

Pri prevzemu medicinska sestra takoj oceni stanje zavesti bolnika, ga pokliče, nekaj vpraša in glede na odzivnost reagira. Nezavesten bolnik ali bolnik, ki reagira na bolečinski dražljaj, mora biti takoj pregledan. Izvaja se monitoring in po potrebi TPO (temeljni postopki oživljanja). Koliko časa lahko počaka na pregled tisti bolnik, ki se odziva na klic, je odvisno od drugih spremljajočih simptomov, kot so bruhanje, slabost, glavobol, in tudi tak bolnik mora biti čim prej pregledan. Medicinska sestra lahko sama triažira bolnike, ki so zavestni in neprizadeti, vendar o tem mora biti seznanjen zdravnik.

Glede na stanje zavesti medicinska sestra pripravi bolnika na pregled. Bolnika, če je potrebno, higiensko uredi, sezuje čevlje, po potrebi sleče oblačila, ki ovirajo pregled, in izmeri vitalne funkcije (krvni pritisk, srčna frekvenca, saturacija kisika, telesna temperatura). Medicinska sestra potem sledi navodilom zdravnika in mu pomaga pri pregledu.

Nevrološki pregled opravi zdravnik, prične z anamnezo ali heteroanamnezo. Pogosto nevrološki bolniki niso pogovorljivi, so brez svojcev, zmedeni in spreminjajo izjave, tako da pridobivanje osnovnih podatkov včasih zahteva veliko časa.

Temu sledijo razširjen pregled z oceno zavesti, orientiranosti, pregled vida, ugotavljanje ohromelosti, motenj požiranja, motenj govora ter iskanje morebitnih drugih nevroloških izpadov. Zdravnik pregleda delovanje srca in pljuč ter posluša vratni arteriji.

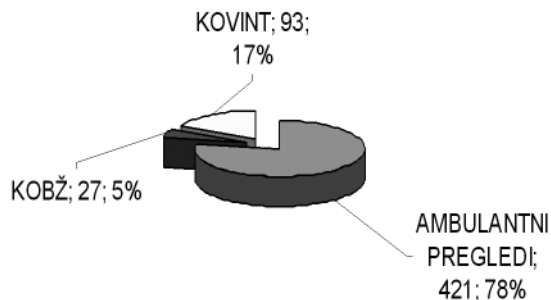
Slikovne preiskave (CT, CTA, MR, DSA) so pomembne diagnostične preiskave za postavitev medicinske diagnoze. Zelo pomembna je tudi osnovna preiskava cerebro-spinalnega likvorja ter preiskava krvi.

Medicinska sestra mora poskrbeti, da je v ambulanti vedno dovolj materiala in zdravil ter da vse potrebne aparature delujejo. Medicinska sestra mora biti strokovno usposobljena na vseh področjih zdravstvene nege. Ob sprejemu bolnika v urgentno ambulanto poleg nenehnega opazovanja bolnika medicinska sestra skrbi za dokumentacijo, ki jo je bolnik prinesel s seboj. Skrbi za pravilen vnos podatkov v računalniški sistem ter za izdajo potrebnih napotnic za rentgenske ali druge preiskave. Tudi ob zaključku obravnave mora poskrbeti, da so na izvidu napisana jasna navodila. Ob sprejemu bolnika na ustrezni oddelek izpolni osnovne podatke na temperaturni list in namesti bolniku identifikacijsko zapestnico. Poleg merjenja osnovnih vitalnih funkcij medicinska sestra opravi odvzem krvi in drugih kužnin za laboratorijske in mikrobiološke preiskave. Medicinska sestra sodeluje tudi pri vseh medicinsko-tehničnih postopkih kot na primer endotrehalna intubacija, TPO, defibrilacija, monitoring in drugo.

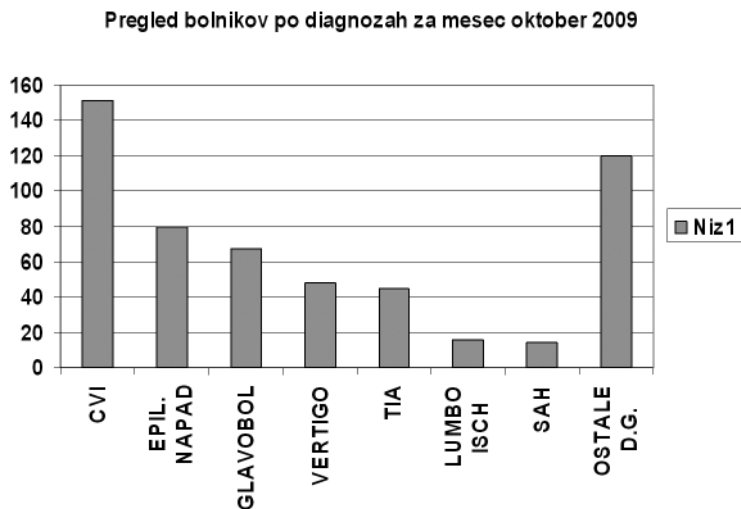
V obdobju od 1. 5. 2009 do 31. 10. 2009 je bilo v urgentni nevrološki ambulanti pregledanih 3166 bolnikov.

V mesecu oktobru 2009 je bilo pregledanih 541 bolnikov, kar znaša povprečno 17 pregledov na dan. Od tega je 93 sprejetih na KOVNINT-u, ali povprečno 3 na dan, in 27 na KOBŽ-u, povprečno 1 na dan.

Razmerje med pregledanimi in sprejetimi bolniki v mesecu oktobru 2009



Napotenih je bilo 151 bolnikov z diagnozo cerebro-vaskularni inzulit, 80 pa z diagnozo epileptični napad. Z diagnozo glavobol 67, vertigo 48, tranzitorna ishemična ataka 45, lumbosialgija 16 in subarahnoidna krvavitev 14 bolnikov.



Približno 120 bolnikov je bilo napotenih z drugimi diagnozami, kot so: kolaps, motnje zavesti, poslabšanje demence, parkinsonove bolezni, multiple skleroze, aterolateralne skleroze, Guillan-Barre sindrom, možganski tumor, motnje vida, anksiozno stanje, depresija in druge.

V mesecu oktobru 2009 je bilo opravljenih 217 CT preiskav, 70 odvzemov krvi, 27 EKG in 18 lumbalnih punkcij.

Če primerjamo statistiko za mesec oktober s predhodnimi meseci, ni večjih odstopanj.

Obravnava bolnika v ambulanti urgentne nevrologije je zahteven in odgovoren proces, ki zahteva strokovno usposobljen kader, ki je sposoben hitrega ukrepanja in dobrega timskega sodelovanja.

SPREJEM BOLNIKA V NEVROLOŠKO INTENZIVNO TERAPIJO

Helena Stegnar, dipl. m. s., Petra Šanc, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana

Klinični oddelek za vaskularno nevrološko in intenzivno nevrološko terapijo

Oddelek nevrološke intenzivne terapije

Povzetek

Zaposleni v intenzivni terapiji se ob sprejemu bolnika srečujemo z zelo različnimi bolniki glede na medicinsko diagnozo kakor tudi z različnimi potrebami po zdravstveni negi. Te so številne in se hitro spreminjajo, kar od zaposlenih v ZN zahteva neprekinjeno opazovanje, vrednotenje, pravilno hitro ukrepanje in prilagajanje bolnikovim potrebam.

Ključne besede : sprejem, nevrološki bolnik, intenzivna enota, medicinska sestra

UVOD

Sprejem bolnika v nevrološko intenzivno terapijo (ONIT) predstavlja za izvajalce zdravstvene nege izziv, ki zahteva najvišjo strokovno, etično in organizacijsko usposobljenost zdravstvenega tima. Takšen bolnik je namreč življenjsko ogrožen, zato je potrebno zagotoviti neprekinjen nadzor življenjskih funkcij, ciljno diagnostiko, zdravljenje in zgodnjo rehabilitacijo.

Oddelek intenzivne nevrološke terapije (ONIT) je del Kliničnega oddelka za neurologijo Nevrološke klinike. Na njem se zdravijo pacienti s specifičnimi nevrološkimi obolenji iz vse Slovenije. V ONIT so sprejeti pacienti z naslednjimi obolenji:

- pacienti z miastenijo gravis (najhujša oblika, pri kateri lahko pričakujemo dihalno stisko);
- pacienti z akutnim poliiiradikulonevritisom (kjer lahko pride do dihalne odpovedi);
- pacienti s ponavljajočim se kroničnim demielinizacijskim poliiiradikulonevritisom (umetno predihavanje, invazivni monitoring);
- pacienti z amiotrofično lateralno sklerozo;
- pacienti z možgansko kapjo katerekoli etiologije, pri katerih pričakujemo ugoden razplet;
- pacienti z znotrajmožgansko krvavitvijo ter bolniki, ki imajo vstavljen zunanjo ventrikularno drenažo ali kirurško evakuacijo hematoma;
- pacienti po subarahnoidni krvavitvi, ne glede na stopnjo;
- pacienti v konvulzivnem epileptičnem statusu in tisti pacienti z epilepsijo, pri katerih je prišlo do zapletov (Švigelj in sod, 2004).

SPREJEM ŽIVLJENJSKO OGROŽENEGA NEVROLOŠKEGA BOLNIKA

Sprejem bolnika v KOVNIT je bodisi *načrtovan*, po dogovoru z zdravnikom na določen dan, največkrat pa je sprejem bolnika *nujen*, in sicer *neposreden*, ko pride do poslabšanja bolnikovega zdravstvenega stanja na drugem oddelku nevrološke klinike, ali pa *posreden*, ko po obravnavi bolnika v sprejemni ambulanti in opravljenih osnovnih diagnostičnih preiskavah (Ct, Cta) postavimo diagnozo, ki predstavlja razlog za sprejem v ONIT.

- Sprejem bolnika obsega: – administrativni sprejem (izvede administrator in ambulantna med.sestra);
- medicinski sprejem (izvede za to odgovorni zdravnik);

- sprejem zdravstvene nege izvajajo ZT(zdravstveni tehniki) in MS (medicinske sestre).

V izvajanje postopkov ob sprejemu bolnika so vključeni: zdravnik nevrolog ali anesteziolog, DMS – vodja tima zdravstvene nege, ter DMS in ZT – kot člani tima ZN (Pajnikihar, 1999).

Posteljna enota za življenjsko ogroženega nevrološkega bolnika:

Že pred sprejemom ZT pripravi posteljno enoto, kjer mora biti zagotovljena:

- specialna bolniška postelja z antidekubitusno blazino, z varnostnimi ograjami in transportnim stojalom;
- obposteljni monitor z vsemi priključki za nadzor vitalnih funkcij (elektrode za nadzor frekvence srca in dihanja, manšeto za merjenje krvnega tlak, pulzni oksimeter, toplomer);
- O2 konzolo in pripomočke za priklop kisika (venti in ohio maske, vlažilec ...)
- ročni dihalni balon z obrazno masko in z zaščitnim filtrom;
- mehanski ventilator (možnost različnih oblik mehanskega predihavanja);
- aspirator in pripomočki za aspiracijo (sterilne rokavice, aspiracijske cevke, fiziološka raztopina za vlaženje tubusa, brizge, maske), ki jih pripravimo na zaščiteno taso;
- infuzijsko stojalo, na katerem so nameščeni pripomočki za nastavitev invazivnega merjenja tlaka in cvp-ja;
- perfuzorji in infuzijske črpalke za nastavitev terapije (trije perfuzorji in tri črpalke)
- črpalka za enteralno sondno prehranjevanje;
- BIS monitor (bispektralni indeks);
- pripomočki za odvzem kužnin (brisi, posodica za odvzem aspirata, list kužnin in spremlni list za mikrobiološke preiskave);
- pripomočki za zaščito izvajalcev (razkužilo, kape, maske, predpasniki, sterilne in zaščitne lateksove rokavice).

DMS pa pred sprejemom bolnika pripravi:

- pisno dokumentacijo (temperaturni list, navodilo za terapijo, protokole, pisna soglasja za anestezijo, izjavo o posredovanju informacij o pacientu)
- taso za endotrahealno intubacijo/ reintubacijo bolnika
- vključi aparat za umetno predihavanje
- pripomočke za vzpostavitev periferne i.v. poti ter pripomočke za odvzem krvnih vzorcev
- sterilne sete za diagnostične in terapevtske posege
- aparat za snemanje EKG
- reanimacijski voziček.

Glede na bolnikovo zdravstveno stanje DMS pripravi še dodatne specifične aparature in pripomočke po naročilu zdravnika, ki omogočajo specifični (invazivni) nadzor bolnika:

- PICCO kateter in aparaturo
- Lidco
- CeVOX
- aparaturo za merjenje znotrajlobanjskega tlaka (ICP)
- aparaturo za uravnavanje telesne temperature pacienta – ARTIC SUN, COOL GUARD;
- bronhoskop



Slika 1: <http://www.ozs.si/default.asp?ID=13228>

POTEK SPREJEMA

Bolnika sprejmemo v ONIT bodisi z oddelka ali iz sprejemne nevrološke ambulante. Že med samim sprejemom postavljata zdravnik in medicinska sestra delovne diagnoze na podlagi opazovanja bolnika in prejetih informacij. Po prihodu v bolniško sobo sledi vrstni red ukrepov, ki se izvajajo istočasno in so razdeljeni med člane negovalnega tima.

DMS – timska sestra po sporočilu o sprejemu bolnika določi obposteljno medicinsko sestro in osebje za izvedbo sprejema ter natančno določi postopke, ki jih posamezna MS in ZT izvaja ob sprejemu bolnika v intenzivno terapijo.

Zaradi hujše prizadetosti bolnika so potrebni takojšnji intenzivni postopki nadzora, zdravljenja in zdravstvene nege. Naše timsko delo je usmerjeno k nadzoru in ohranjanju življenjskih funkcij bolnika, lažšanju bolečin in drugih simptomov.

Bolnika med samo predajo oz. sprejemom v intenzivno terapijo preložimo v posteljo in ga slečemo, namestimo mu elektrode za nadzor frekvence srca in dihanja, manšeto za krvni tlak in pulzni oksimeter. Med tem pripravimo stacionarni monitor in ga do priklopa nanj pustimo še vedno na mobilnem monitoringu, da s tem zagotovimo neprekinjen nadzor vitalnih funkcij. Ekipa za spremstvo bolnika ustno poroča o bolnikovem zdravstvenem stanju. Sledi prevzem bolnikove medicinske dokumentacije in dokumentacije ZN ter prevzem bolnikove lastnine.

V večini primerov bolnika že takoj ob sprejemu intubiramo, za nastavitev ustreznih parametrov ventilacije ter priklop bolnika na umetno ventilacijo je odgovoren zdravnik. DMS asistira pri ev. nujnih intervencijah, aplicira nujno intravenozno terapijo po naročilu zdravnika ter odvzame kri za krvne preiskave po protokolu za sprejem. Asistira pri uvajanju arterijske linije ali pa postopek po dogovoru z zdravnikom izvede sama. Zdravnik uvede centralni venski kateter, v kolikor se zanj ne odloči, medicinska sestra uvede

periferni 60 cm venski kateter (flebo kateter). Priprava bolnika in vseh potrebnih pripomočkov za uvajanje ter zagotavljanje aseptičnih pogojev je skrb medicinske sestre.

Med tem obstojna medicinska sestra zagotavlja nadzor bolnika in je odgovorna, da so vse diagnostične terapevtske in negovalne intervencije opravljene in zabeležene. Med uvajanjem venskih poti ZT pripravi sistem za invazivno merjenje arterijskega in venskega tlaka ter izvede umeritev vrednosti, ko so kanali uvedeni. Bolniku uvede SUK (po navodilu SUK s temperaturno sondo) in takoj ob sprejemu odvzame vzorec za nativni urin, uvede NGS, namesti BIS elektrodo, izvaja nujne terapevtske in preventivne intervencije, skrbi za beleženje vitalnih funkcij na temperaturni list, v prvih 24 urah odvzame nadzorne kužnine: brise na MRSA (bris kožnih gub in nosu, bris žrela oz. AT), bris na ESBL, po naročilu zdravnika odvzame še urin za mikrobiološko analizo. Obposteljna medicinska sestra dokumentira sprejem bolnika v sprejemni zvezek. Bolnikovo lastnino popiše in odda svojcem. Kadar svojcev ni, lastnino popiše in spravi na za to dogovorjen prostor. Če so ob sprejemu prisotni svojci, pridobi od njih morebitna potrebna pisna soglasja za ev. preiskave pri bolniku, z namenom varovanja bolnikovih podatkov pa svojci izpolnijo še obrazec o posredovanju informacij o bolnikovem zdravstvenem stanju.

Pri bolniku so po sprejemu potrebne še dodatne diagnostične preiskave, za pripravo dokumentacije je odgovorna timska sestra, za transport na diagnostično terapevtske posege pa bolnika pripravi obposteljna sestra, ki z zdravnikom transport tudi izvede.

NAČRTOVANJE ZDRAVSTVENE NEGE

Bolnika obravnavamo po procesni metodi dela, ki je izhodišče za celostno in kontinuirano obravnavo bolnika. Negovalni načrt je v pomoč celotnemu negovalnemu timu. Z njim poskušamo doseči popolnost, čim večjo strokovnost in kakovost zdravstvene nege (Pajnikihar, 1999).

Ob sprejemu bolnika zberemo vse potrebne podatke. V večini primerov si moramo za pridobivanje informacij pomagati z razpoložljivo dokumentacijo in s svojci, ker je komunikacija z bolnikom zaradi prizadetosti onemogočena. Na podlagi zbranih podatkov, analiziranja in opazovanja bolnika postavimo negovalne diagnoze, ki so osnova za načrt zdravstvene nege.

ZAKLJUČEK

Intenzivno zdravljenje nevrološkega bolnika je kompleksno in vedno izziv tako za zdravnike kot ostalo medicinsko osebje, ki dela na oddelku za zdravljenje življenjsko ogroženih bolnikov.

Pomembno je, da medicinske sestre in zdravniki delujemo kot usklajen tim v bolnikovo dobro.

Ni navodila, ki bi veljalo ob vsakem primeru novosprejetega bolnika. Razlike v obravnavi bolnika so nujne namreč glede na resnost bolezni in na nujnost sprejema. Kljub razlikam pa vselej in povsod lahko upoštevamo preprosto načelo: bolnik naj ne bo številka!

LITERATURA

1. *Ivanuša A, Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Univerza v Mariboru: Visoka zdravstvena šola, 2002.*
2. *Pajnikihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Založba Obzorja, 1999.*
3. *Švigelj V, Žvan B. Akutna možganska kap 2. Ljubljana 2007.*
4. *Tetičkovič E. Klinična nevrologija. Maribor: Založba Obzorja Maribor, 1997.*

BOLNIK Z DUODOPO

*Lidija Ocepek, dipl.m.s.
Univerzitetni klinični center Ljubljana
Nevrološka klinika
Klinični oddelek za bolezni živčevja*

Parkinsonova bolezen je neurodegenerativna bolezen možganov. Nastane zaradi postopnega propadanja živčnih celic v možganih, ki skrbijo za normalno gibanje telesa. Te celice se nahajajo v črnem jedru možganskega debla in proizvajajo živčni prenašalec dopamin, ki je ključnega pomena za normalno gibanje telesa in pomaga pri mnogih drugih možganskih dejavnostih. Danes vemo, da se bolezen začne veliko let prej, preden bolnik in njegov zdravnik opazita prve znake (npr. tresenje, upočasnjenost, mišična okorelost), in da so s temi predkliničnimi začetki povezane motnje spanja in voha, depresija, zaprtost ...

Še pred nekaj desetletji smo bili pri obravnavi bolnika s Parkinsonovo boleznijo nemočni. Danes imamo na voljo celo vrsto terapevtskih možnosti, ki hudo prizadetemu bolniku izjemno izboljšajo stanje, ga vračajo v družbo in na delovno mesto.



V zadnjih letih se je v zdravljenju napredovale faze Parkinsonove bolezni z zdravili zelo obetavno pokazala kontinuirana dopaminergična stimulacija z Duodopo, to je levodopa v obliki intestinalnega gela. Dolgoročna uporaba poteka s prenosno črpalko, ki gel aplicira neposredno v začetni del tankega črevesja po stalni sondi, nameščeni skozi perkutano endoskopsko gastrostomo z zunanjo transabdominalno (PEG) in notranjo intestinalno sondo.

Tako je bolnik preko budnega dneva gibljiv in samostojen pri izvajanju dnevnih aktivnosti. Za uvajanje tovrstne terapije je potrebna 3-tedenska hospitalizacija v terciarni ustanovi, kjer je obravnava timska (subsposialist-parkinsonolog, specializirana medicinska sestra, gastroenterolog, radiolog).

Vloga specializirane medicinske sestre pri uvajanju in vodenju zdravljenja z Duodopo je relativno samostojna:

- pred uvajanjem zdravljenja z Duodopo morata bolnik in skrbnik dobro poznati dinamiko Parkinsonove bolezni z motoričnimi nihanji – vklop/izklop, zhibki, avtonomni vihar;
- bolnika in skrbnika seznaniti z zdravilom Duodopa (način dobave in shranjevanja);
- bolnika in skrbnika seznaniti z načinom nabave in shranjevanja zdravila ter drugega materiala, ki je potreben za aplikacijo zdravila;
- bolnika in skrbnika naučiti rokovanja s črpalko (nastavitev jutranje, dnevne in dodatne doze, menjave baterij, čiščenja črpalke ...);
- bolnika in skrbnika naučiti izvajanja nege okoli PEG-a;
- seznanimo ju z zapletmi s strani sistema (sonda, črpalka, PEG), nepravilnega titriranja zdravila.



VLOGA TIMA ZDRAVSTVENE SLUŽBE PRI ODPUSTU BOLNIKA PO MOŽGANSKEM DOGODKU

Irma Kumer, dipl. m. s.

Starostna meja preživetja človeka je predvsem v razvitem svetu vsako leto višja. Zato so starostniki velika skupina prebivalstva, ki ima zelo specifične potrebe in je pogost uporabnik zdravstvenih storitev. Vse več držav se na ta problem odziva z ustrežno prilagoditvijo nacionalnih programov, ki urejajo to problematiko, tudi zaradi vpliva na zmanjšanje stroškov. V teh programih poudarjajo ohranjanje in izboljšanje kakovosti življenja starostnika, predvsem z vidika njegove samostojnosti. (Peternelj 2005).

Ugotavljanje potreb odkrije poleg zdravstvenih tudi socialne, kar zahteva vključevanje različnih služb, ki zagotavljajo starostniku ter njegovim svojcem ustrežno strokovno in laično podporo, zagotavljanje varnosti in možnost čim daljšega bivanja v domačem okolju (Hancock 2003, Andrews 2004).

Tako pomoč potrebujejo predvsem bolniki s kroničnimi boleznimi, bolniki po preboleli možganski kapi, bolniki s posledicami zaradi padcev ali drugih poškodb, bolniki s kroničnimi ranami, bolniki po operaciji kolka ali kolena, splošno oslabei starostniki po akutni bolezni in dementni starostniki (Gibbon 2002).

Raznolikost potreb bolnikov, predvsem zelo pogosta kombinacija zdravstvenih in socialnih problemov, je tudi razlog za različna poimenovanja oblik obravnave bolnikov po zaključku akutne obravnave in pred odpustom iz bolnišnice, in s tem povezanih dejavnosti.

Kratkotrajno podaljšana (neakutna) obravnava zdravstvene nege je most med bolnišnico in ostalimi strokovnimi in drugimi službam, ki zagotavljajo bolniku večjo kakovost življenja po odpustu iz bolnišnice.

V Sloveniji tovrstna obravnava sedaj obsega podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo in je nadaljevanje akutne diagnostične in terapevtske obravnave.

Prve ugotovitve na ravni države o potrebnem številu postelj za neakutno obravnavo so bile narejene v letu 2000 (Peternelj 2000). Ugotovljeno je bilo, da potrebujemo v Sloveniji 4,4 % od vseh obstoječih postelj v bolnišnicah za izvedbo programa oddelkov za zdravstveno nego (Peternelj 2005) (v letu 2004 se je za to obliko oskrbe odločilo dvajset slovenskih bolnišnic).

Bolnišnica v Novem mestu je pristopila k tej obliki obravnave bolnika v letu 2004. Na ta način smo pridobili na vsakem oddelku določeno število postelj, s pomočjo katerih smo evidentirali bolnike, ki niso več potrebovali akutne obravnave. Ta način obravnave nam omogoča, da skupaj z bolnikom in njegovimi svojci intenzivneje načrtujemo, kako bo z bolnikom v prihodnje. To obdobje je tudi čas, ko medicinska sestra izvaja zdravstveno vzgojo za bolnika in svojce.

Pomembno področje je vzpostavljanje stikov z bolnikovimi svojci. Večina svojcev kaže pretirano skrb, vsaj v začetku bolezni. Ni pa malo tistih, ki bolnika dejansko odklanjajo, čeprav na zunaj kažejo pretirano skrb. Čim dlje traja bolnikova bolezen oz. rehabilitacija in čim starejši je bolnik, tem bolj je verjetno, da bodo svojci vse manj pripravljeni skrbeti za bolnika.

Idealen izid rehabilitacije je seveda, da se bolnik vrne v prejšnje družinsko okolje (Tetičkovič, 1993).

Ker zdravstveni tim že od sprejema bolnika načrtuje trajanje predvidenega zdravljenja in predvideno obliko zdravstvene in socialne obravnave, mora biti v to aktivnost vključen zdravnik, v našem primeru nevrolog, medicinska sestra, socialni delavec, patronažna služba, svojci in navsezadnje bolnik sam.

Pri naših bolnikih velikokrat odpust po akutnem zdravljenju ni možen zaradi zdravstvenih ter najpogosteje socialnih razlogov ter je potrebno uskladiti, kakšna pomoč bo za bolnika najbolj potrebna, npr. pomoč na domu, zdravstvena nega na domu, institucionalno varstvo (dnevno ali celodnevno varstvo).

V primeru izbire zdravstvene nege na domu in/ali pomoči na domu pristojna služba bolnišnice obvesti izbranega zdravnika (v našem primeru sobni nevrolog) oziroma patronažno medicinsko sestro ter center za socialno delo.

V primeru institucionalnega varstva pomaga upravičencu in njegovim svojcem urediti ustrezno namestitev pristojna služba bolnišnice, v našem primeru je to socialna delavka s pomočjo sobnega nevrologa.

Bolnika, ki mu zdravstveno stanje ne omogoča samostojnega življenja niti z zagotovljeno zdravstveno in socialno obravnavo na domu, iz bolnišnice ni možno odpustiti, če ni urejena neposredna preemestitev v institucionalno varstvo. Če taka preemestitev v katerikoli dom starejših v Sloveniji zaradi čakalne dobe ni možna takoj, ostane za čas čakanja na sprejem v bolnišnici. To vsem bolnišnicam narekuje 8 odločba 9.člena Zakona o državni upravi – navdilo o zagotavljanju zdravstvene in socialnovarstvene obravnave v primeru odpusta iz bolnišnice ter v primerih, ko upravičenec živi doma. Velikokrat pa je sama bolnišnica – oddelek v stiski s prostimi prostori, ko bolniki, ki ne potrebuje zdravljenja, zaseda prostor akutnim bolnikom, ki bi potrebovali zdravljenje. Ob takih situacijah se na oddelkih počutimo zelo negotovi in nemočni.

Kot smo že navedli, je potrebno načrtovanje priprave bolnika na odpust iz bolnišnice izvajati že ob samem sprejemu, čeprav nikoli ne moremo natančno določiti časa, ko bo bolnik npr. po možganski kapi sposoben odpusta. In ravno zaradi tega skušamo na našem oddelku oblikovati skupino strokovnjakov, ki bo aktivno sodelovala z bolnikom in svojci.

Ker smo oddelek s 35 posteljami in z omejenim številom kadra, ne moremo slediti standardom, ki bi zagotavljalo popolno obravnavo bolnika.

Zamisel in smernice so takšne, da bi v timu, ki je zadolžen za zdravstveno vzgojo oz. strokovno razlago, bolnikom in svojcem po možganski kapi svetovali zdravnik nevrolog, diplomirana med. sestra, srednja med. sestra, oddelčni fizioterapevt ob povabilu bolnišnične socialne delavke.

Naš namen je predvsem boljše sodelovanje uporabnika ter ponudnika storitev kot tudi zagotoviti krajšo ležalno dobo na oddelku, predvsem v obliki neakutne bolnišnične obravnave.

Program priprave bolnika na odpust bi zajel :

- strokovno razlago o možganski kapi (vzroki, posledice, samo zdravljenje),ki bi jo posredoval zdravnik
- postopke zdravstvene nege in oskrbe ter učenje izvajanja postopkov ZN ob primeru (oskrba telesnih funkcij, izbira ustreznega položaja, kontrola medikamentozne terapije, pomoč pri samostojnem hranjenju in požiranju, komunikacija), ki bi jo posredovala MS
- rehabilitacijo bolnika ter prikaz vaj ter aktivnosti (postopna vertikalizacija in ohranjanje, izboljševanje oz. nadomeščanje učinkovite mobilnosti z delom na aktivni in pasivni gibljivosti, reedukaciji mišične funkcije, koordinaciji in ravnotežja in reedukaciji hoje,
- sodelovanje socialne delavke pa bi bilo usmerjeno k sodelovanju z institucionalnimi ustanovami v zvezi z domsko oskrbo, pomoč na domu, sodelovanje s patronažno službo (vezane na preostale psihofizične sposobnosti in na možnosti za ponovno vključevanje v ožje in širše socialno okolje) (Silič-Bauman, 2004).

Naš kratkoročni cilj je, da izvajamo program 1 x tedensko, ob sredah , oziroma glede na trenutne potrebe oddelka.

Seminarska soba naj bi bila na oddelku, čim bolj dostopna bolnikom, opremljena z računalniško podporo ter ustreznimi pripomočki za praktičen prikaz postopkov.

Odločili smo se, da v izvedbo programa vključimo tudi specializante nevrologije ter študente VŠZ Novo mesto.

Torej, plan je zastavljen in upamo, da bomo v novembru začeli z realizacijo.

Rezultate našega dela bomo sproti spremljali preko anketnih vprašalnikov in po potrebi program prilagodili.

Huda prizadetost človeka, ki zboli za možgansko kapjo, predstavlja za bolnika in svojce veliko prelomnico v njihovem življenju. Pogosto bolnik in svojci ne vidijo nikakršnega izhoda iz nastale situacije. Zastavljajo si

številna vprašanja v zvezi z boleznijo in posledicami ter spremembami, ki jih bo treba uvesti po odpustu bolnika iz bolnišnice. S celostno obravnavo bolnika, ki vključuje tudi pripravo bolnika in svojcev na odpust iz bolnišnice in življenje z omejitvami, ki jih prinaša bolezen, prehod v domače okolje ne bo predstavljal ponovnega stresa, temveč bo samo nadaljevanje obravnave na poti k čim večji samostojnosti in neodvisnosti bolnika.

LITERATURA:

1. *Andrews J A, Manthorpe J, Watson R. Involving older people in intermediate care 2004.*
2. *Hancocks S. Intermediate care and older people. Nurs Stand 2003.*
3. *Gibbon B. Rehabilitation following stroke. Nurs Stand 2002*
4. *Kaste m, Skyhøj Olsen T, Orgogozo J, Bogousslavsky J, Hache W. Organization of stroke care: education, stroke units and rehabilitation. Cerebrovasc Dis 2000.*
5. *Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Navodilo o zagotavljanju zdravstvene in sociovarstvene obravnave v primeru odpusta iz bolnišnice ter v primerih, ko upravičenec živi doma, Uradni list RS, št. 52/02.*
6. *Peternelj A. Izvajanje programa neakutne obravnave v Kopa – Golnik 2005.*
7. *Peternelj A. et al. Projekt potreb in organiziranosti negovalnih oddelkov in zavodov v RS. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije 2000.*
8. *Pettersen R, Dahl T, Wyller TB. Prediction of long-term functional outcome after stroke rehabilitation. Clin Rehabil 2002.*
9. *Silič- Bauman B, Tomažič S. Rehabilitacija bolnikov z možgansko žilno boleznijo na domu 2004.*
10. *Švigelj V, Žvan B. Akutna možganska kap II. 2007.*
11. *Tetičkovič E. Obvarujmo se možganske kapi 1993.*

SMEJALNA TELOVADBA - SMEH BREZ RAZLOGA

*Simona Krebs, dipl. med sestra
vaditeljica joge smeha z mednarodnim certifikatom*

POVZETEK

SmeH je človekovo prirodno vedenje, s katerim izraža zadovoljstvo in srečo. Je del vedenja, ki ga urejajo možgani. Človeku pomaga vzpostaviti socialne interakcije z drugimi. Je nalezljiv in že ena oseba, ki se smeje, lahko izzove enak odziv v drugih. Strokovnjaki za neurologijo so ugotovili, da se naši možgani, ko slišijo smeh, odzovejo tako, da pripravijo naše mišice na smejanje. Že leta 1862 je francoski nevrolog dr. Guillaume Duchene ugotovil, da smehljaj ustnic (m.zygomatic major) in oči (m.orbicularis oculi) poveča aktivnost dela možganov, kjer je center »srečnih čustev«. Ta smeh imenujemo Duchennov smehljaj.

Veda, ki se ukvarja s fiziologijo in psihologijo smeha, se imenuje gelotologija (gr. gelos – smeh). V sestavku so predstavljeni znanstveni dokazi učinka smeha na naše zdravje. Vendar cilj prispevka ni samo vedenje o smehu, ampak tudi o novi tehniki vzpodbujanja smeha, ki prihaja k nam iz Indije in jo je razvil zdravnik dr. Madan Kataria. Gre za smeh brez razloga, ki na naše telo vpliva popolnoma enako kot smeh, ki ima razlog.

UVOD

Če pomislimo na smeh, se nam zdi, da je to nekaj samoumevnega, vendar bo ob vprašanju, kolikokrat ste se danes nasmejali ali samo nasmehnili, verjetno ta številka zelo skromna. Rekli boste, da potrebujete razlog. Vendar kljub temu da so učinki smeha dokazani, je smeh kot zdravilo ostal nekje v pozabi. Dokazano je, da se otroci nasmejejo vsaj 300–400-krat na dan, medtem ko se povprečen odrasli človek nasmeje le 15-krat na dan. Zdravnik dr. Madan Kataria je na osnovi znanstvenih člankov vpliva smeha na zdravje ljudi prišel na idejo, da je smeh izrednega pomena. Na začetku je izvajal prakso smeha s humoristi, ki so pripovedovali šale. Kasneje je ugotovil, da dejansko za smeh ne potrebujemo razloga, ampak je razvil kombinacijo smejalno-dihalnih vaj, ki se izvajajo v skupini. Učinki so fantastični. Na podlagi tega je leta 1995 ustanovil prvi klub smeha v Indiji. Sedaj jih po svetu deluje v 60 državah 6000.

ZGODOVINA RAZISKAV O UČINKIH SMEHA

Študija, ki jo je naredil nemški psiholog dr. Titze, govori o tem, da so se ljudje leta 1950 smejali 18 minut na dan, danes le še 6, in stvarem, katerim so se pred 50 leti nasmejali do solz, se danes niti ne nasmejnemo več.

Leta 1960 je psihiater dr. William Fry dokazal, da smeh deluje na večino fizioloških sistemov telesa. Študija je pokazala, da 60 sekund intenzivnega smeha (čeprav narejenega) poveča srčni utrip za 3–4 minute, kar bi drugače dosegli z 10-minutno aerobno vadbo na fitnes napravah.

Pisatelj Norman Cousins je leta 1960 izdal knjigo »Anatomija bolezní«, v kateri je opisal učinke smeha, katere je spoznal v času svoje bolezni. Sodeloval je pri biokemičnih znanstvenih raziskavah o vplivu čustev na zdravje. Ugotovil je, da so mu veliki odmerki vitamina C in 10 minut smejanja ob gledanju video smešnic omogočili 2 uri spanja na dan. (Cousins, 1979)

Zdravnik dr. Patch Adams je pripeljal smeh v bolnišnice s klovní zdravnikí, ki obiskujejo bolne otroke.

Dr. Lee S. Berk iz Loma Linda Univerze v Kaliforniji je z ekipo proučeval vpliv smeha na ljudi po srčnem infarktu. Raziskava je potekala tako, da je polovica ljudi gledala vsak dan 30 minut komedije. Ta skupina je imela po enem letu manj aritmij, nižji krvni tlak, manj stresnih hormonov in potrebovali so manj zdravil. Ponovitev infarkta je bila pri njih 20 %, medtem ko je bila pri skupini, ki komedij ni gledala, 50 %.

TERAPEVTSKI UČINKI SMEHA

**Smeh deluje antistresno, sprošča,
prekrvavi telo,
znižuje nivo stresnih hormonov, kot sta epinefrin in kortizol,
krepi imunski sistem,
deluje protibolečinsko – pospeši izločanje endorfinov,
deluje antidepresivno – izloča se serotonin (»hormon sreče«),
je odlična aerobna vadba – preskrbi telo s kisikom, pospeši utrip in dihanje,
uravnava krvni tlak,
masira notranje organe,
vpliva na samozavest,
je pomembno komunikacijsko in socialno orodje,
aktivira desno – instinktivno polovico možganov (vzpodbuja kreativnost).**

SMEH BREZ RAZLOGA – SMEJALNA JOGA po metodi dr.Madana Kataria

Indijski zdravnik dr.Madan Kataria je leta 1995 ustanovil prvi klub smeha. Ugotovil je, da naš um ne loči med naravnim in »narejenim smehom«. Oba povzročita izločanje » hormonov sreče ». Skupaj z ženo je razvil tehniko gibalno-smejnih vaj, ki se končajo s sprostitvijo. Koncept smejalne joge je v tem, da ne potrebujete smisla za humor, ampak da se lahko smejanja naučite in tako transformirate svoje telo. V družbi je znano, da se brez humorja ne moremo smejati. Humor je stanje intelekta, misli, in v različnih kulturah se smejimo različnim rečem. Ko odrastemo, se zelo redko smejemo, in če pogledamo otroke, se smejejo popolnoma spontano in za smeh ne potrebujejo zunanjih dražljajev. Kako se torej smejati, če se tako ne počutimo? Obstaja povezava med mislimi in telesom. Ljudem, ki so žalostni in depresivni, se počutje manifestira na telesu – hodijo počasi, govorijo počasi, njihove telesne funkcije so upočasnjene. In enako je tudi obratno. Kar se zgodi telesu, se zgodi tudi mislim. Kadar se počutimo slabo in gremo teč, se avtomatično počutimo bolje. Torej, če smo nesrečni ali žalostni in se začnemo smejati na silo (»narejen« smeh), bo naš um sledil telesu in kmalu se bomo počutili bolje. Smejnalna vadba ni sreča, ampak je zadovoljstvo, igra, užitek. Sreča je povezana z našimi mislimi in vrednotami in po navadi o sreči govorimo kot o nečem, kar je bilo ali kako naj bi bilo. Le v redkih primerih je sreča sedanost. Se spomnite, koliko časa ste bili srečni, ko ste dobili nov avto, službo, diplomu. Zelo kratek čas. Za razliko od veselja, ki je brezpogojni občutek trenutne sreče in se vzbudi, kadar se smejemo, igramo, plešemo in pojemo. Kadar smo veseli, radostni, se v telesu zgodijo biokemični in fiziološki procesi, ki vplivajo na naše počutje in spremenijo negativne poglede na življenje ali situacijo.

Smejnalna telovadba je enostavna tehnika, ki v skupini ljudi ob očesnem kontaktu povzroči valove iskrenega smeha. Vse, kar je potrebno storiti, je pustiti racionalni, analitični, kritični um nekje ob strani in se čim bolj prepustiti lastni igrivi naravi v nas samih. Na koncu vadbe sledi globoka sprostitvev, ki nas umiri in ponovno vrne nazaj v realnost. Sama vadba se začne s ploskanjem in igrivim »ho, ho, ha, ha«, kar stimulira akupunkturne točke na rokah. Skupina se z očesnim kontaktom in ploskanjem med seboj poveže in nato sledijo vaje, ki so časovno omejene. Ker je vadba zelo intenzivna, je potrebno vmes narediti nekaj dihalnih vaj in se odpočiti. Že samo nasmešek na obrazu, ki vključuje tudi očesne mišice, vpliva na izločanje endorfinov. Tudi če se ne zmoremo smejati, bo prisostvovanje smejalni vadbi, pa čeprav nekje ob strani, na nas vplivalo blagodejno.

Smejnalna vadba je tako učinkovita tehnika za zdravje kot tudi za medčloveške odnose, da so jo po svetu vključili v različne delovne organizacije. Vadbo izvajajo v vrtcih, šolah, bolnišnicah, policiji, zaporih, na poslovnih srečanjih in še kje. Smeh je zdravilo, ki ga imamo vedno pri sebi. Smeh je pot k sebi in k drugim.

LITERATURA:

1. C D. Marci; E K. Moran, BA and S P.Orr: *Physiologic Evidence for the interpersonal Role of Laughter During Psyhchoterapy. The Jornal of Nervous and mental Disease, 2004, Vol 192 (10): 689–695.*
2. N Cousins; *Anatomy of an illness of Percived by patient: New York, W. W. Norton in Company. Inc; 1979.*
3. <http://www.laughteryoga.org/concept> .
4. <http://www.jogasmeha.si/>.
5. K Kawakami, K T Kawakami, M Tomonaga, J Suzuki, T Kusaka, T Okai: *Origins of smile and laughter: A preliminary study. Early Human Development, 2006 (82):61–66.*
6. Tambllyn T, *Laugh and Learn – 95 ways to use humor for more effective teaching and training, New York: AMACON, 2003.*

