



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



**SKRB ZA KAKOVOST IN VARNOST
NEVROLOŠKEGA BOLNIKA -
IZZIVI IN PRILOŽNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE
nadaljevanje**

ZBORNİK PREDAVANJ

8. strokovno srečanje
Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v neurologiji

 M E D I S



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

**SKRB ZA KAKOVOST IN VARNOST
NEVROLOŠKEGA BOLNIKA -
IZZIVI IN PRILOŽNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE
nadaljevanje**

ZBORNİK PREDAVANJ

8. strokovno srečanje
Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v neurologiji

Ljubljana, 28. november 2008

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

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

Ljubljana, 28. november 2008

ZBORNİK PREDAVANJ

Skrb za kakovost in varnost nevrološkega bolnika - izzivi in priložnosti zdravstvene nege -
nadaljevanje

Uredili: Helena Tušar, Maja Medvešček Smrekar

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

Tisk: Tiskarna Povše, Ljubljana

VSEBINA

1. Varnost in varnostna vizita	4
<i>Olga Žunkovič</i>	
2. Vloga MS pri zagotavljanju varnosti bolnikov na nevrološkem oddelku - študija primera	10
<i>Štefca Sršen</i>	
3. Hranjenje bolnika po nazogastrični sondi	13
<i>Stanka Habjanič</i>	
4. Zdravljenje Parkinsonove bolezni z Duodopo	16
<i>Lidija Ocepek</i>	
5. Različni vidiki pristopov zagotavljanja varnosti pri otrocih in mladostnikih z nevrološko boleznijo	18
<i>Milena Rogelj</i>	
6. Hranjenje in varnost otroka z nevrološko boleznijo	22
<i>Majda Tominšek</i>	
7. Zagotavljanje varnosti pri fizioterapevtski obravnavi nevroloških bolnikov	27
<i>Alenka Kobal</i>	
8. Varovanje križa, kaj lahko stori MS, da prepreči nepravilne obremenitve hrbtenice	31
<i>Milena Klopčič</i>	
9. Prehranjevanje pacienta v nevrološki intenzivni terapiji	34
<i>Klavdija Cimbola, Helena Jemec</i>	
10. Vpliv zgodnje vzpodbude na izhod zdravljenja bolnika z okvaro živčevja	39
<i>Aleš Praznikar, Helena Tušar, Maja Medvešček Smrekar</i>	

VARNOST IN VARNOSTNA VIZITA

Navodila za delo v UKC Maribor

Olga Žunkovič, dipl.m.s.
UKC Maribor, Nevrološki oddelek

PRIPOROČILA ZA VARNOSTNE VIZITE VODSTVA

Uvod

Varnostna vizita je proces, v katerem vodstvo obišče oddelek ali enoto in se pogovarja z osebjem, ki neposredno dela s pacienti (osebje prve linije). Sprašuje o varnostnih zapletih, ki so pripeljali do škode za pacienta, osebje ali obiskovalce, o varnostnih zapletih, ki bi lahko pripeljali do škode (angleško: near misses), o potencialnih problemih in možnih rešitvah. Vodstvo nato napravi seznam prioritet ter skupaj z osebjem in komisijo za kakovost poišče rešitve.

Tedenske varnostne vizite predstojnikov oddelkov ter dejavnost in dvomesečne vizite vrhnjega vodstva bolnišnice pokažejo osebju, da si vodstvo prizadeva zgraditi kulturo varnosti. Vizite potekajo na oddelkih, kjer se zdravijo pacienti. Tu ne mislimo samo na bolniške oddelke, ampak tudi na oddelke, kot so na primer rentgenski oddelek, lekarna in laboratorij. Te vizite potekajo kot neformalna metoda pogovora med vodstvom bolnišnice in zdravstvenim osebjem o varnostnih vprašanjih v bolnišnici in kot podpora poročanju o varnostnih zapletih.

To priporočilo opisuje, kako naj vizita poteka, prikaže vprašanja za osebje in nakazuje, kdo od vodstva naj sodeluje pri viziti in kje. Za svojo bolnišnico preglejte ta dokument in ga priredite glede na svoje razmere. Vizite, povezane z varnostjo pacientov, so skupaj z uporabo priporočila o pogovorih o varnosti v mnogih bolnišnicah v tujini pripomogle k izboljševanju varnosti za paciente in spremembam kulture obnašanja. Osredotočenje samo na varnost med temi vizitami je uspešnejša strategija za promocijo ustvarjanja kulture varnosti kakor pa pogovarjanje na vizitah o drugih stvareh, kot so zadovoljstvo pacientov ali problemi s pomanjkanjem denarja ali osebja.

To priporočilo vsebuje:

- teoretične osnove,
- vzroke za uvajanje vizit, povezanih z varnostjo pacientov,
- cilje,
- merila za uspeh,
- navodila za vizite,
- navodila za vodstvo bolnišnic pri izvedbi vizit, povezanih z varnostjo pacientov.

Namen bolnišničnih vizit, povezanih z varnostjo pacientov

1. Prikaz zavzetosti za varnost.
2. Spodbujanje kulture sprememb glede varnosti pacientov.
3. Možnosti vodstva bolnišnice, da se pouči o varnosti pacientov.
4. Ugotavljanje priložnosti za izboljšanje varnosti.

5. Vzpostavitev poti komunikacije o varnosti za paciente med zaposlenimi, vodstvom oddelkov in vodstvom bolnišnice.
6. Vzpostavitev načrta za hitro testiranje izboljšav, povezanih z varnostjo pacientov.

Primeri ciljev

1. Vsi zaposleni (100 odstotkov) bodo sprejeli dejstvo, da bolnišnica izvaja nekaznovorno politiko glede varnostnih zapletov.
2. Poročanje o varnostnih zapletih se bo povečalo za 40 odstotkov.
3. Vsak predstojnik bo skupaj z vodilno medicinsko sestro oddelka pripravil najmanj štiri spremembe za izboljšanje varnosti pacientov na svojem oddelku. Uvajanje teh sprememb bo temeljilo delno na informacijah, ki so bile pridobljene pri vizitah, povezanih z varnostjo pacientov.
4. Eno leto po uvedbi programa vizit, povezanih z varnostjo pacientov, bo 80 odstotkov predstojnikov oddelkov potrdilo, da se je spremenila kultura glede varnosti pacientov; spremembe bodo podprte s podatki.
5. V vsej bolnišnici se bo v prvem letu povečalo poročanje o varnostnih zapletih za 100 odstotkov.
6. V drugem letu programa bo prišlo do 50-odstotnega zmanjšanja varnostnih zapletov v bolnišnici. To bo treba podpreti s podatki in njihovimi analizami.

Merila uspeha

- Odgovori na anketo za predstojnike in vodilne medicinske sestre oddelkov o spremembi kulture v povezavi s poročanjem, analizo in ukrepanjem ob varnostnih zapletih in uvedbi nekaznovorne politike – enkrat letno; anketo pripravi in analizira komisija za kakovost v bolnišnici.
- Število varnostnih zapletov, sporočenih na mesec – poročanje komisiji za kakovost vsake 3 mesece.
- Število sprememb, povezanih z izboljšanjem varnosti za paciente na posameznih oddelkih – poročanje komisiji za kakovost vsake 3 mesece.
- Odstotek sprememb v enem letu v celotnem zavodu na določenem področju, na primer o bolnišničnih okužbah – komisija za kakovost.

NAVODILA ZA VARNOSTNE VIZITE

Osnovna pravila

Bolnišnica sama odloči, ali bo vnaprej objavila čas in kraj varnostnih vizit. O tem se morajo strinjati člani vodstva bolnišnice – direktor, strokovni direktor, glavna medicinska sestra, predstojniki oddelkov in vodilne medicinske sestre oddelkov. Bolnišnica mora zagotoviti zdravstvenemu in drugemu osebju, da so vse informacije, o katerih se razpravlja na varnostnih vizitah, zaupne.

Kdo naj izvaja varnostne vizite

Predstojniki oddelkov in dejavnosti ter vodstvo bolnišnice: direktor, strokovni direktor, glavna medicinska sestra.

Kako pogoste naj bodo varnostne vizite

Varnostne vizite, ki jih izvajajo predstojniki, morajo potekati v prvem letu najmanj enkrat tedensko, ne da bi jih odpovedali. Včasih vizite na določen dan ne bo mogoče izvesti, vendar jo lahko preložimo samo na drug dan v istem tednu. Člani vrhnjega vodstva (direktor, strokovni direktor, glavna medicinska sestra) izvajajo varnostne vizite vsaka dva meseca in lahko na vizitah rotirajo zaradi lažjega razporejanja teh vizit, vendar naj bi v idealnem primeru vsak od vrhnjega vodstva izpeljal najmanj eno vizito na dva meseca.

Kje naj se izvajajo varnostne vizite

Varnostne vizite naj se izvajajo v :

1. oddelkih, kjer se zdravijo pacienti,
2. operacijskih dvorah,
3. sprejemnih oddelkih,
4. intenzivnih oddelkih,
5. oddelkih za radiologijo,
6. lekarnah,
7. laboratorijih.

Kako poteka varnostna vizita

Vizita poteka s pogovorom predstojnikov/vrhnjega vodstva s tremi do petimi člani zdravstvenega osebja in jo lahko strukturiramo na različne načine:

- s pogovorom na hodniku,
- s pogovorom s posameznim članom zdravstvenega tima,
- s pogovorom s članom zdravstvenega tima o delu, ki ga opravlja,
- z odgovori na določenem mestu vsak teden oziroma vsaka dva meseca.

PRIPOROČILA ZA POGOVORE O VARNOSTI

Uvod

Pogovori o varnosti so priložnost za učenje, saj udeleženci pogovora razpravljajo o varnostnih problemih in iščejo rešitve zanje. Ključna prvina izboljševanja varnosti za bolnike je spodbujanje kulture varnosti za bolnike: visoko zavedanje o varnostnih problemih na vseh ravneh. Vodstvo spodbuja in nagraduje poročanje o varnostnih problemih in dejavnostih za izboljševanje varnosti za bolnike in osebje. Da bi resnično dosegli kulturo varnosti, se moramo zavedati potencialnih tveganj, povezanih z varnostjo, 24 ur na dan, 7 dni v tednu – torej ne samo takrat, kadar pride do varnostnega zapleta ali kadar je prisoten kateri izmed članov vodstva bolnišnice.

Pogovori o varnosti so priporočilo, ki ga uporablja osebje, da se vsakodnevno pogovarja o potencialnih problemih varnosti. Zdravstveni zavod uporablja pogovore o varnosti, da poveča zavedanje med osebjem o možnih tveganjih za bolnike, da ustvari okolje, v katerem se osebje pogovarja o varnostnih problemih brez strahu za posledice.

To priporočilo vsebuje:

- uporabo modela za izboljševanje in testiranje pogovorov o varnosti,
- kritične prvine, ki so potrebne za uspeh pogovorov o varnosti,
- navodila za vodenje pogovorov o varnosti,
- obrazec za zbiranje podatkov,
- ocenjevanje varnosti pred pogovori o varnosti in po njih.

Uporaba modela za izboljševanje pogovorov o varnosti

Kaj želimo doseči ?
(Cilji)



Kaj želimo doseči ? (Cilji)

- Povečati zavedanje osebja o problemih varnosti za bolnike.
- Ustvariti okolje, kjer se bo osebje svobodno pogovarjalo o varnostnih problemih, ne da bi se ustrašilo posledic.
- Vključiti varnost v dnevno rutino.

Kako bomo vedeli, da so spremembe, ki smo jih uvedli, resnično izboljšave? (Merila)



Kaj lahko spremenimo, da bo prišlo do izboljšav? (Spremembe)

- Spremeniti kulturo obnašanja.

Kako bomo vedeli, da so spremembe, ki smo jih uvedli, resnično izboljšave? (Merila)

- Po številu varnostnih zapletov, 8 ki jih je osebje odkrilo.
 - Po številu varnostnih zapletov, o katerih je osebje razpravljalo med seboj.
 - Po številu varnostnih zapletov, ki niso, a bi lahko pripeljali do škode za bolnike.
 - Po številu pacientov, ki so razpravljali o problemih varnosti.
 - Po številu varnostnih zapletov, ki so bili preprečeni, ker so nanje opozorili pacienti.
 - Po odstotku osebja, ki zazna, da so pogovori o varnosti pomembni.
- Kaj lahko spremenimo, da bo prišlo do izboljšav? (Spremembe)
- Pogovarjajte se o varnosti na oddelkih dvakrat v vsaki delovni izmeni.

Pogovori o varnosti ne smejo imeti posledic za osebje

Osebje se mora počutiti svobodno pri pogovorih o varnosti za paciente. To se bo zgodilo le takrat, ko bo osebju zagotovljeno, da ne bo prišlo do posledic, kot so na primer odstranitev z delovnega mesta zaradi varnostnega zapleta ali kakšni drugi kaznovalni ukrepi (na primer disciplinski postopek ali slabša ocena pri letnem ocenjevanju uspešnosti). Osnova za zaupanje osebja, da ne bo prišlo do posledic, je podpora predstojnikov oddelka in vodstvenih medicinskih sester oddelka. O tem mora biti osebje obveščeno, preden pride do pogovorov o varnosti. Pomembno je, da si med pogovori nihče ničesar ne zapisuje.

Pogovori o varnosti morajo biti kratki

Pogovori o varnosti naj potekajo med redno izmeno, in sicer na tak način, da ne odtegnejo osebja od njihovih rutinskih dolžnosti. Če skličemo poseben sestanek, bomo odvzeli osebju čas, ki ga potrebuje za oskrbo pacientov, zaradi česar osebje ne bo zadovoljno. Zato je dobro, da osebju povemo, da bo pogovor trajal 5 minut. Med pogovorom merimo čas, da se pogovor ne bi zavlekel.

Vnaprej pripravite seznam problemov varnosti, o katerih se želite pogovoriti

Pri prvih nekaj pogovorih o varnosti verjetno osebje ne bo natančno razumelo, o čem je treba razpravljati, ali pa ne bo vedelo, za kaj pri pogovorih o varnostih pravzaprav gre. Osebje moramo obvestiti tudi o tem, kako se bodo informacije, o katerih se bo razpravljalo, uporabljale kasneje. Zaradi tega je dobro, da sestavimo seznam splošnih varnostnih problemov vnaprej in pri tem uporabimo primere, ki so objavljeni v literaturi ali pa so se zgodili v naši bolnišnici že prej. Pogovarjajte se o teh varnostnih problemih, dokler osebje ne začne pripovedovati o varnostnih problemih iz lastnih izkušenj, na primer o padcih pacientov, preležaninah, okvarah aparatov in druge opreme.

Pogovori o varnosti morajo biti enostavni

Pogovori o varnosti morajo biti enostavni in se jih osebje lahko udeležuje, ne da bi bil prisoten predstojnik ali vodilna medicinska sestra ali pospeševalec pogovorov. Pogovori o varnosti morajo biti strukturirani tako, da so uporabni za vse mogoče varnostne probleme pri pacientih.

PRILAGODITVE POGOVOROV O VARNOSTI

Prilagoditev pogostosti pogovorov o varnosti

V bolnišnici so oddelki različnih velikosti glede na število pacientov in število osebja. Za nekatere manjše enote so dnevni pogovori o varnosti za paciente morda prepogosti. Tako je treba pogostnost pogovorov prilagoditi velikosti oddelkov in številu osebja, vendar morajo biti pogovori dovolj pogosti, da vzdržujejo kulturo varnosti, in ne tako pogosti, da bi jih osebje razumelo kot dodatno obremenitev.

Razširite pogovore o varnosti na celotne time in na vsa okolja v bolnišnici

Nekatere bolnišnice začnejo pogovore o varnosti z medicinskimi sestrami in potem razširijo pogovore na celoten tim, vključno z zdravniki, fizioterapevti in drugimi zaposlenimi. Druge bolnišnice pogovore o varnosti začnejo na oddelkih, kjer ležijo pacienti, in jih pozneje razširijo na druge oddelke, kot so lekarna, rentgenski oddelek itd. Namen je, da se pogovori o varnosti razširijo na celotno bolnišnico in se prilagodijo vsakemu oddelku posebej.

Na pogovorih o varnosti ugotovite, kaj lahko izboljšate

Podatki, ki jih dobimo med pogovori o varnosti za paciente, nam služijo kot priložnost za izboljšave. Sestre, na primer, ugotovijo, da dobivajo veliko zdravil v obliki tablet, ki jih morajo razdeliti na manjše dele, to pa poveča tveganje za nepravilne odmerke. Če to informacijo posredujemo farmacevtom, bodo v prihodnje naročali tablete v potrebnih odmerkih, tako da sestram ne bo več treba tablet deliti na manjše dele.

Sledenje problemov, o katerih smo razpravljali na pogovorih o varnosti

Komunikacija je ključnega pomena za uspeh pogovorov o varnosti. Osebje mora videti, da je predstojnik oddelka ali vodilna oddelčna sestra poslušal pogovor o problemih, ki jih je treba rešiti, in da so predlogi osebja privedli do izboljšav.

Ključne točke pri izvedbi pogovorov o varnosti

- Skličite vse osebje na določenem oddelku, počakajte, da se zberejo vsi.
- Pogovor naj bo kratek, traja naj približno 5 minut; bodite natančni pri omejevanju časa. Opomnite vsakogar, da je namen pogovora izboljšati zavedanje o povečani varnosti za paciente.
- Poudarite, da informacije, ki se bodo izmenjavale na sestanku, ne bodo zapisane in se ne bodo uporabile za disciplinske postopke ali ocenjevanje uspešnosti ali opozorila posameznikom.
- Spodbujajte vsakogar, da spregovori. Morda bi kdo rad kaj povedal, pa je preveč zadržan ali prestrašen.
- Vprašanja postavljajte tako, da bodo ljudje nanje lahko prosto odgovorili, če ne bodo začeli govoriti sami od sebe.

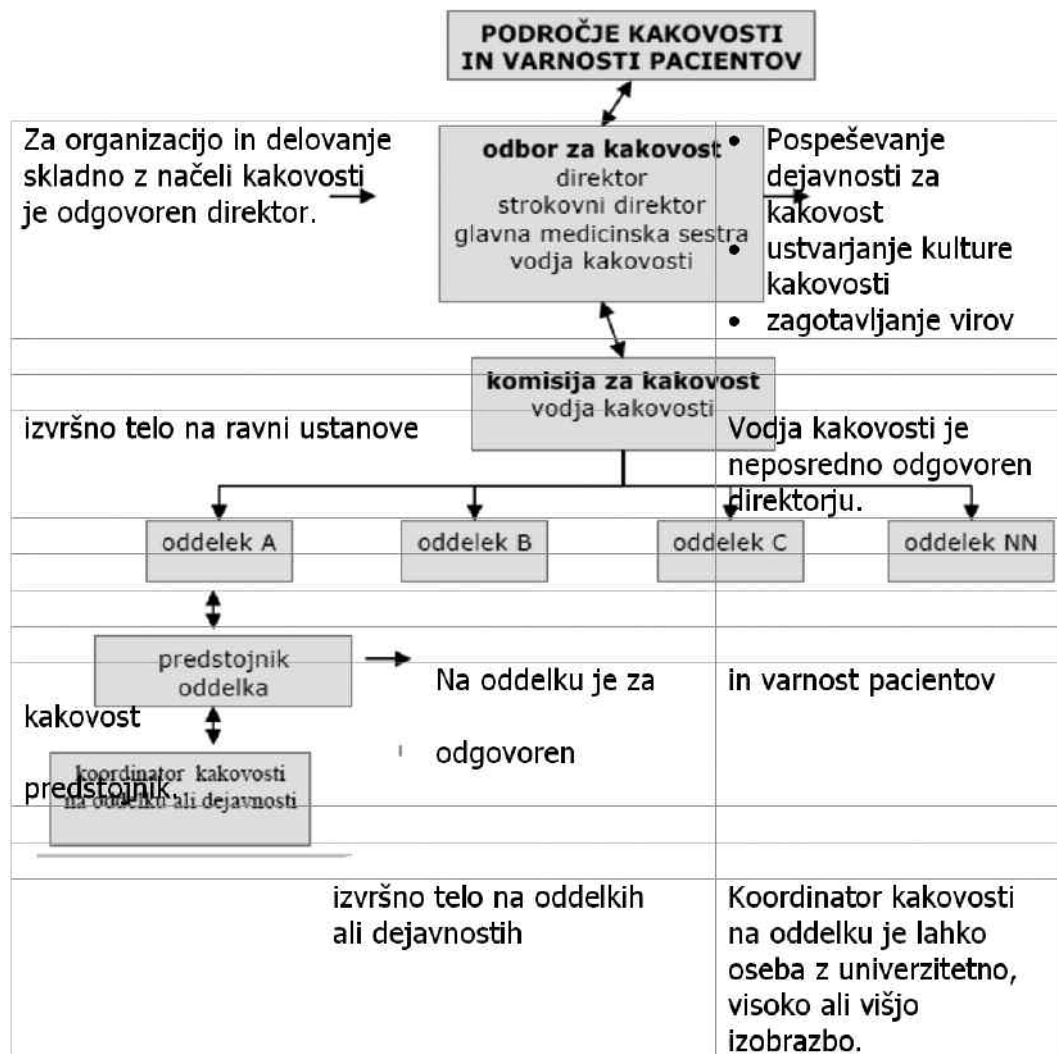
Program problemov, o katerih lahko razpravljate

Primer

- Bodite pozorni, če sta na oddelku dva pacienta z enakim priimkom.
- Če se na oddelku uporablja zdravilo, s katerim osebje do sedaj ni imelo izkušenj, bodite pozorni in preverite vse informacije o tem zdravilu. Ko dobite vse informacije, skličite sestanek in razložite vsem, ki bodo sodelovali pri predpisovanju ali dajanju zdravila, varnostno ravnanje s tem zdravilom.
- Če starejši pacient dobiva zdravilo, ki povzroča zaspanost, bodite še posebno pozorni na večjo možnost padcev.
- Če uporabljate novo infuzijsko črpalko, zagotovite, da jo zna vsakdo, kdor bo z njo delal, pravilno uporabljati.

- Pacientom opišite, kakšno zdravilo dobivajo, kakšni so njegovi stranski učinki, kako ga je treba jemati itd. Spodbujajte paciente, da sprašujejo o svojem zdravljenju.
- Preden uporabite zdravilo, na glas preberite njegovo ime. Če imate v roki slučajno napačno zdravilo, boste na ta način napako morda lažje odkrili, kot pa če bi ime zdravila prebrali po tihem.
- Posebno pozorni bodite, če dajete zdravilo namesto druge osebe, ki je na primer na kosilu ali je zaposlena z drugo stvarjo in vas prosi, da daste zdravilo namesto nje. Posebno pozorni bodite tudi takrat, ko se na primer vrnete z odmora, ker je zdravilo pacientu, medtem ko vas ni bilo, dal morda že kdo drug.

Primer struktur za kakovost



LITERATURA

1. Robida A. *Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice*, 2006
2. Hajnrih B. *Navodila za delo*, 2008

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI ZAGOTAVLJANJU VARNOSTI BOLNIKOV NA NEVROLOŠKEM ODDELKU (Prikaz in uporaba študije primera na konkretnem primeru)

Štefica Sršen, dipl.m.s.
UKC Maribor, Nevrološki oddelek

IZVLEČEK: Teoretična izhodišča:

V prispevku je predstavljen sistemski pristop obravnave bolnika pri zagotavljanju varnosti bolnika s pomočjo študije primera. Študija primera je metodološko fleksibilen pristop v raziskovalnem procesu, ki je osredotočen predvsem na določen primer. Za sistematično analizo primera smo uporabili tovrsten raziskovalni pristop, s pomočjo katerega smo predstavili aplikacijo teorije Calista Roy – adaptacijski model v prakso. Shematično smo pokazali korake pri tej metodi raziskovanja. Za cilj smo si zadali ugotoviti rezultate uporabe prenosa teoretičnega modela v prakso ter spoznati, kako lahko ta način pripomore k zagotovitvi dviga kakovosti življenja bolnika na nevrološkem oddelku.

Po Stenhousu (1988) smo uporabili študijo primera akcijskega raziskovanja. Temeljna naloga nevrološke medicinske sestre je nuditi varno zdravstveno nego na oddelku.

Ključne besede: študija primera, varnost bolnika, varnostne vizite, nevrološka medicinska sestra.

1 Uvod

Pogovor o varnosti je način pridobivanja podatkov o tveganjih, ki ogrožajo paciente, zaposlene ali obiskovalce na posameznem oddelku, s ciljem, da se poveča zavedanje med osebjem o možnih tveganjih za paciente, da se ustvari okolje, v katerem se osebje pogovarja o tveganjih in varnostnih zapletih brez strahu za posledice, išče rešitve in izvaja korekcijske, korektivne in preventivne ukrepe. Pogovori o varnosti potekajo kot formalna, dnevna metoda pogovora o varnosti izvajanja zdravstvene oskrbe na oddelku pri čemer enakopravno sodelujejo vsi zaposleni.

Varnostni zaplet je nenamern ali nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko povzročil škodo:

- pri pacientu,
- pri zaposlenih in obiskovalcih.

Pri tem oseba sebi in drugim povzroči nenamerno škodo v psihofizični ali materialni obliki.

S tem izrazom se nadomestita izraza neželen dogodek in tveganje, ki jih uporabljajo

Ministrstvo za zdravje in drugi avtorji. V UKC Mariboru imamo od 1. 4. 2008 organizacijski predpis s strani Centra za kakovost in organizacijo. Namen prispevka je izpostaviti in predstaviti metodološko-fleksibilno raziskovalno metodo, ki je osredotočena predvsem na posamezen primer in nudenju varnosti na vseh področjih v času hospitalizacije na nevrološkem oddelku.

2 Metodologija

Za sistematično analizo primera smo uporabili raziskovalni pristop, imenovan študija primera. Študija zajema življenjsko zgodbo izbrane osebe, kar pomeni, da gre za metodo kvalitativne, analitične in induktivne narave. Vidik opazovanja je akcijsko raziskovanje, ki obravnava bolnika, ki se ni adaptiral na novo okolje, bal se je nemoči in nesposobnosti samooskrbe in je samovoljno zapustil oddelek. Raziskovalec je v

tem primeru opravil pri bolniku pogovor, intervju, opazovanje, zbiranje podatkov in pregled negovalne in medicinske dokumentacije ter sodelovanje z drugimi službami.

V času akcije iskanja bolnika je bila koordinacija obveščenosti vseh služb, sobna medicinska sestra, sobni zdravnik, predstojnica oddelka, glavna medicinska sestra, varnostna služba UKC - vratarji, policija, patronažna služba in bližnji sosed.

3 Potek raziskave - glavne faze

Videli smo, da imajo različne vrste študije primerov svojo vsebinske in metodološke posebnosti. V raziskovalni praksi posebnosti upoštevamo, zato tu ni šablone ampak je vsaka študija zasnovana na posamezniku.

Faze so:

Oblikovanje izhodiščne ideje

Na začetku si oblikujemo primerno izhodiščno idejo o primeru in o tem, kaj bodo cilji (namen, raziskovalna vprašanja) raziskave in kako jih bomo poskušali doseči. Izhodišče raziskovanja je bilo, da bi čim prej odkrili pogrešano osebo, ki je samovoljno zapustila nevrolški oddelek. Pojavi se etična dilema, ker je hospitalizacija prostovoljna za vse, ki jim ni odvzeta opravilna sposobnost samoodločanja ali prisilna hospitalizacija. Bolnišnica ni zapor, bolniki so prostovoljno hospitalizirani. Po drugi strani smo zdravstveni delavci moralno in etično odgovorni za hospitalizirane bolnike.

Izbira primera in zagotovitev dostopa

Če smo v prvi fazi ocenili, da bo naša raziskava možna (da situacija ni ravno brezupna), je sedaj na vrsti bolj dokončna izbira primera ter dogovor z ustreznimi službami za naš dostop do " primera ", institucije, skupine ... Glede dostopa se dogovorimo in koordiniramo z ostalimi ustreznimi službami; policija, varnostna in patronažna služba, ki je glede na njihov način dela udeležena pri naši raziskavi.

Zbiranje podatkov

Podatke zbiramo z opazovanjem (brez udeležbe ali z udeležbo), s standardi, protokoli, intervjuji, neformalnimi razgovori, z vprašalniki, raziskovanjem kvalitete življenja, s teorijami in modeli, s fenomenom ... Kateri izmed teh postopkov pridejo v poštev pri posamezniku v študiji primera, je odvisno od njene vsebine (kaj raziskujemo) in tega, kako temu ustrezno kvalitativno ali kvantitativno je študija naravnana.

Posnetek primera

Osemindesetletni bolnik P.M., ki se je zdravil za Parkinsonovo boleznijo, je 28. 10. 2008 samovoljno zapustil nevrolški oddelek. Pogrešan je bil ob 6.45 uri zjutraj. Obvestili smo negovalni kader na oddelku in varnostno službo U KC Maribor. Začela se je akcija iskanja. Ob 7. uri je bila obveščena policija, ki je prišla ob 9. uri na oddelek. Koordinacija in zbiranje podatkov se je pričela s strani odgovorne sobne medicinske sestre oddelka. Obveščeni so bili tudi sobni zdravnik in predstojnica oddelka. Policija je izpolnila vprašalnik, npr. Koliko je star bolnik, koliko je visok in koliko ima kilogramov, ali je plešast, kakšne barve oči ima, ali ima kakšno znamenje, kakšno ima krvno skupino ... Iz izkušenj smo svetovali, naj ga iščejo na domu. To so tudi storili in ga našli doma. Ob 11. uri so nas iz policijske postaje obvestili, da je gospod P. M. doma. Odgovorna sobna medicinska sestra ga je večkrat poklicala po telefonu, vendar ni bilo odgovora. Obvestila je patronažno medicinsko sestro za obisk na domu pogrešanega bolnika. Ker se ni odzval na trkanje in zvonjenje patronažne sestre, so odšli k sosedu, ki je z rezervnim ključem odprl vrata.

P. M. so našli v postelji s prerezanimi žilami na rokah in odprto plinsko bombo. Oskrbeli so ga, zaprli plinsko bombo in ker je bil poskus samomora, je bil pripeljan z rešilnim avtom na zdravljenje na Psihatrijo. Z našega oddelka je bil izpisan in odpuščen.

4 Zaključek

Zelo pomembno je vztrajno preizkušanje različnih teorij in raziskovanj v zdravstveni negi, ki lahko predstavljajo osnovo za pričetek razvoja teorije, ki bi bila lastna slovenskemu okolju. Dobro organiziranje, načrtovanje raziskovalnega dela, temeljito zbiranje podatkov, kvalitetna obdelava in razvrščanje zbranih

podatkov po predstavljenih kriterijih ter pisanje zaključne evalvacije poteka dela, lahko rodijo dobre sadove raziskovalnega dela. Namen varnostnih vizit je prikazati zavzetost za varnost bolnikov, spodbujanje kulture sprememb glede varnosti in procesne metode dela zdravstvene nege, možnost vodstva bolnišnice, da se pouči o aktivnostih glede varnosti bolnikov. Kakšen nivo varnosti zagotavlja zdravstveni zavod pacientom, zaposlenim in obiskovalcem, je odvisno od kulture in vrednot tako vodstva in zaposlenih, kot pacientov in obiskovalcev.

Visoko stopnjo varnosti v procesu zdravstvene oskrbe vzpostavimo z vodenjem pogovorov o varnosti in varnostnih vizit s:

- premišljenim izobraževanjem s pomočjo analize in študij primerov (varnostnih zapletov)
- sistematičnim informiranjem
- preventivnim delovanjem
- IN TO BREZ VEČJIH VLAGANJ!!!

V PREDSTAVLJENEM PRIMERU SE JE VSE DOBRO KONČALO ZA BOLNIKA IN NEGOVALNO OSEBJE. ČE BI BILO DRUGAČE, BI ZMOGLI TO NALOGO IZPELJATI?

Literatura

1. Sagadin, J. (1991a). *Razprava iz pedagoške metodologije*. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
2. Sagadin, J. (1991b). *Kvalitativno empirično pedagoško raziskovanje*. Sodobna pedagogika.
3. Stenhouse, L. (1988). *Case Study Methods*. V. J. P. Keeves (ed.), *Education Research, Methodology, and Measurement: An International Handbook*, str. 49-53. Oxford idr.: Pergamon
4. Bohinc M, Cibic D. *Teorije zdravstvene nege*. Ljubljana, 1995

HRANJENJE PO NASOGASTRIČNI SONDI

*Stanka Habjanič, dipl.m.s.,
Neurološki oddelek, Splošna bolnišnica Celje*

Povzetek

Hranjenja preko nasogastrične sonde-NGS se poslužujemo v primerih, ko bolnik ne more požirati hrane in tekočine za pokritje vsakodnevnih potreb, ima pa funkcionalen prebavni trakt.

Zelo pomemben je položaj bolnika med hranjenjem.

Za dobro zdravstveno nego bolnika je pomembno, da imamo dovolj informacij o vstavitvi, o hranjenju, dajanju zdravil, o negi kože in vseh možnih zapletih. O vsem tem mora biti obveščen tudi bolnik in svojci.

Enteralno hranjenje je pomemben del zdravljenja tako pri akutnih, kot pri kroničnih boleznih. Lahko se uporablja samo kot hranilna metoda, v povezavi z parenteralno prehrano.

Hranjenje po nasogastrični sondi-NG je indicirano tistim bolnikom, ki ne morejo zaužiti zadostne količine hrane in tekočine za pokritje vsakodnevnih potreb ali pa le to odklanjajo, imajo pa funkcionalni prebavni trakt.

NASOGASTRIČNA SONDA-NG

Od vseh vrst enterostom nasogastrično sondo uporabljamo največkrat. Če je le možno jo uvedemo skozi nos, kajti cevka napeljana skozi usta bolnika zelo ovira, ga moti pri govoru in mu onemogoča zapiranje ust.

Psihična priprava bolnika na poseg

Pred posegom moramo bolnika fizično in psihično pripraviti, ga seznaniti s potekom posega in razlogi za to. Ko je cevka vstavljena, se moramo prepričati, da konec cevke leži v prebavilih in ne v pljučih.

Kadar vemo, da bo potrebno hranjenje preko NGS se mora zdravnik z bolnikom pogovoriti na bolniku razumljiv način. Pogovor pomaga bolniku lajšati stisko pred prihajajočimi telesnimi spremembami, hkrati pa ga pripravi na novo vrsto življenja, kar življenje s sondo zagotovo je.

V primeru, ko bolnik zaradi zdravstvenih težav ni sposoben samostojnega odločanja, se zdravnik pogovori s svojci.

Če bolnik ali svojci odklanjajo poseg se jim moramo še posebej posvetiti, saj je to običajno samo klic na pomoč. Po skrbnem pogovoru praviloma privolijo v poseg, saj jih seznanimo s posledicami.

Vstavev nazogastrične sonde

Uporabljamo tanke in mehke sonde premera 3-5mm, zelo redko debelejšje. Sodobna hranilna sonda je na koncu zadebeljena in obtežena, da ohranja svoj položaj v želodcu.

Položaj moramo preveriti z avskultacijo vpihnjenega zraka nad želodcem, z aspiracijo želodčne vsebine, lahko tudi z RTG slikanjem. Pri vstavljanju sonde pa moramo biti pozorni predvsem na draženje bolnika na kašelj. Ko smo prepričani, da je cevka pravilno nameščena jo fiksiramo, da ne izpade.

Priprava hrane

Prehrana bolnika mora biti hranilno in energetsko uravnotežena tudi takrat, ko hrano dovajamo po NGS.

V praksi se priprava enteralne prehrane skoraj več ne uporablja zaradi pomajnkljivosti kot so:

- problem zagotovitve optimalnih hranilnih snovi v predpisani količini tekočine;
- uničenje nekaterih hranilnih snovi, zaradi mehanske in termične obdelave živil;
- velika viskoznost hrane;
- dolgotrajna priprava hrane, ki zahteva ustrezno tehnično opremljenost kuhinje;
- natančen izračun receptur;
- educiran kader;
- večja možnost bakteriološke kontaminacije.

Hranjenje po NG sondi:

Bolnika vedno pred hranjenjem psihično in fizično pripravimo.

Posedemo ga v polsedeč položaj.

Tik pred začetkom hranjenja po NG še enkrat preverimo pravi položaj sonde, z avskultacijo vpihanega zraka nad želodcem, kontroliramo eventualni zastoj hrane v želodcu z aspiracijo želodčne vsebine nato pa sondo počasi speremo z majhno količino vode ali nesladkanega čaja.

Hrana mora biti segreti na sobno temperaturo, saj premrzla hrana velikokrat povzroči drisko.

S hranjenjem pričnemo vedno počasi.

Kontinuirano hranjenje

Kadar se poslužujemo kontinuiranega ali neprekinjenega hranjenja pričnemo v obliki kontinuirane infuzije 20-30ml/h in odmerek postopno povečujemo, tako da v nekaj dneh dosežemo željeno količino, ponavadi 100-150ml/h-kar naj bi bila tudi maksimalna hitrost.

Hranjenje traja od jutra do večera s premorom preko noči.

Sicer je to hranjenje za bolnika in osebe bolj udobno, pomembna pomajnkljivost pa je, da zmanjša bolnikovo mobilnost.

Intermitentno hranjenje

Z intermitentnim hranjenjem ali s hranjenjem v obliki bolusa nekako stimuliramo normalne prehranjevalne navade. Najprej dajemo manjše boluse čaja, nato pa pričnemo z dajanjem hrane v manjših količinah, ki jih nato postopno povečujemo.

Boluse izvajamo s pomočjo 50-60 ml brizgalk. Hranjenje naj bo počasno in bolnik naj dobi 6-8 obrokov na dan.

Pri tem načinu hranjenja poskušamo aktivno vključiti tudi bolnika in svojce, saj je pomembno, da bolnik nima strahu pred samostojnim hranjenjem, če je tega sposoben.

Previdni moramo biti, da poleg hrane dodamo tudi zadostno količino tekočine.

Bolnikom, ki bruhamo ali imajo drisko zaradi druge bolezni kot je na primer viroza, damo večjo količino tekočine po cevki, kar pri rutinskem hranjenju ni potrebno.

Dajanje zdravil

Če ima bolnik zdravila, jih je možno dati v bolusu (naenkrat) skozi hranilno stomo.

Tablete ali kapsule je potrebno zdrobiti ali raztopiti v 30-50ml vode ali nesladkanega čaja ter vbrizgati zmes v želodec pred ali med hranjenjem.

Tekoča zdravila damo kot je predpisano.

Po vbrizgavanju zdravil, je potrebno vbrizgati še 50ml, da cevko speremo.

Potrebna pozornost na zdravila, ki se jih ne da drobiti ali topiti v vodi-obvestiti zdravnika.

Zapleti

Dalj časa vstavljena NG sonda lahko povzroči draženje kože-preležanina zaradi pritiska najpogosteje v nosnici, lahko povzroči tudi vnetje grla, srednjega ušesa in sinusov.

Zelo hud zaplet hranjenja po NG sondi je aspiracija hrane, zato moramo biti pred pričetkom hranjenja po NG sondi vedno prepričani, da konec cevke leži v prebavilih in ne v pljučih.

ZAKLJUČEK

Ustrezna prehranjenost bolnika pomembno vpliva na izid zdravljenja. Glede na bolnikovo zdravstveno stanje in omejitve v zvezi z boleznijo zdravnik odredi ustrezen način, vrsto, količino in sestavo hrane. Vse postopke v zvezi z hranjenjem po nazogastrični sondi izvaja izkušena medicinska sestra po sprejetih strokovnih standardih z upoštevanjem individualnih značilnosti posameznega bolnika.

LITERATURA:

1. Eržen J. Hranilne stome. Strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester za zdravstveno nego stom. Zbornik predavanj strokovnega srečanja, Slovenj Gradec, 12.-13. Junij 1997
2. Flis V. Bolnik s stomo in sodobna medicinska etika. Dihalne stome. Pivec G. (ur.), Belna A. (ur.), Tomažič J. (ur.). Zbornik predavanj strokovnega seminarja, Maribor, 15., 16. April 1999
3. Hribar B. Navodila za nego gastrostome in priprava hrane za hranjenje. Trbovlje: Splošna bolnišnica Trbovlje, 2000
4. [Http://www.vh.org/adult/provider/internal,edicine/GICases/Techniques/gastrostomy.html](http://www.vh.org/adult/provider/internal,edicine/GICases/Techniques/gastrostomy.html), 2002: Percutaneous endoscopy gastrostomy placment.
5. Ivanuša A., Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2000.
6. Kozar F. Izločalne prebavne stome. Strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester za zdravstveno nego stom. Zbornik predavanj strokovnega srečanja, Slovenj Gradec, 12.-13. junij 1997
7. Štupnik T., Vidmar S. Hranjenje bolnikov z gastrostomo, jejuno stomo in nasoenterično sondo. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, 2000.

ZDRAVLJENJE PARKINSONOVE BOLEZNI Z DUODOPO

Lidija Ocepek, dipl.m.s.

Center za ekstrapiramidne bolezni, KO za bolezni živčevja, Nevrološka klinika

Parkinsonova bolezen (PB) je neurodegenerativna, kronična, progresivna bolezen, pri kateri prihaja zaradi odmiranja celic substance nigre v bazalnih ganglijih do pomanjkanja dopamina. Zaradi tega se pri bolniku pojavijo značilni znaki in simptomi bolezni: tresenje, povišan mišični tonus, upčasnenost gibanja ter motnje ravnotežja. Kljub terapiji bolezen napreduje, v pozni fazi se motorični znaki stopnjujejo, pridruži se psihiatrična simptomatika (anksioznost, depresija, demenca) in motnje avtonomnega sistema (nihanje krvnega tlaka, zaprtje, inkontinenca).

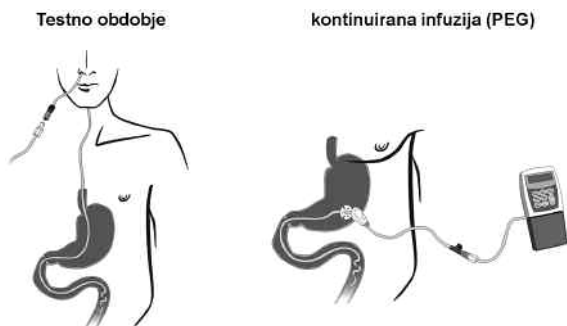
V terapiji PB še vedno prvo mesto zavzemajo preparati L-dope. Z leti se pogostnost stranskih učinkov pulznega dajanja tega, sicer neobhodno potrebnega zdravila povečuje, izstopajo pa predvsem motorična nihanja, zgibki, avtonomni viharji, psihoze, bolečine. Kljub skrbno titrirani terapiji vse več bolnikov ostaja slabo pokretnih. V zadnjih letih se je zelo obetavno pokazala uvedba levodope v obliki intestinalnega gela (Duodopa). Bolniku se duodopa gel aplicira neposredno v tanko črevo po jejunalni sondi, nameščeni preko PEGa, s pomočjo črpalke, ki jo ima bolnik shranjeno ob telesu (žep, prirejena torbica). Tako se levodopa preko celega dne enakomerno sprošča v kri in deluje na celice v bazalnih ganglijih (ne tako kot v obliki tablet, ko koncentracija zdravila v krvi in možganih niha – pulzno dajanje). S tem omogočimo da je bolnik preko budnega dneva ves čas 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. Potrebno je tudi intenzivno sodelovanje s farmacevtsko družbo, ki skrbi za nemoten dotok zdravila, črpalk in servisiranje le teh.

Uvajanje duodope poteka v dveh fazah:

1. *Testno obdobje* - uvedemo jejunalno sondo (145 cm) skozi nos v želodec, od tam jo peristaltika potegne v dvanajstnik in nato v tanko črevo, kjer se tudi sicer začne resorbcija L-dope, ki jo bolnik zaužije v obliki tablete. Naslednji dan kontroliramo lego sonde z rentgenskim slikanjem. V tem času postavimo bolniku individualno dozo zdravila in opazujemo odziv in dinamiko. Testno obdobje je namenjeno tudi temu, da se bolnik in skrbnik dobro seznanita z načinom zdravljenja, ki zahteva od obeh aktivno vlogo.

2. *Vstavitev PEGa in jejunalne sonde* - po nekaj dneh testnega obdobja, ko dosežemo že relativno dobro stanje, ko bolnik spozna način zdravljenja, se skupaj z bolnikom in skrbnikom odločimo za poseg (PEG) in v sodelovanju z gastroenterologi to tudi izvedemo. Rokovanja s črpalko naučimo bolnika, predvsem pa skrbnika.



- Pred uvedbo duodope morata bolnik in skrbnik dobro poznati dinamiko Parkinsonove bolezni z motoričnimi nihANJI – vklop/izklop, zgibki.
- Bolnika in skrbnika seznanimo z zdravilom duodopa, načinom dobave in shranjevanjem zdravila.
- Bolnika in skrbnika naučimo vzdrževanja stome okoli PEGa z vstavljenjo jejunalne sondo.

Stoma se ponavadi zaceli brez zapletov. Krajši čas po operaciji se sicer lahko pojavijo bolečine v trebuhu, okužba in iztekanje želodčnega soka, le redko pa je to dolgoročen problem. Lokalne okužbe okrog stome je treba zdraviti konzervativno z dezinficiensom. Zdravljenje z antibiotikom je redko potrebno.

- Bolnika in skrbnika seznanimo z zapleti s strani sistema (PEG, sonda, črpalka), nepravilnega titriranja zdravila.

Zapleti z napravo so pogosti, npr. puščanje konektorja, premik jejunalne sode. Premik sode v želodec povzroči ponoven pojav motoričnih nihanj (zaradi nestalnega prehajanja Duodope iz želodca v tenko črevo). Zamašitev, prepognitev ali vozli jejunalne sode povzročijo, da črpalka odda signale visokega tlaka. Zamašitev je ponavadi mogoče odpraviti z izpiranjem sode z navadno vodo. Sprememba namestitve utegne biti potrebna, če se sonda prepogne, zavozla ali je zamenjana. Če sonda ali črpalka povsem odpove, je treba bolnika zdraviti s peroralno levodopo/karbidopo, dokler težava ni razrešena.

- Bolnika in skrbnika naučimo rokovanja s črpalko (nastavitev jutranje, dnevne in dodatne doze, menjave baterij, čiščenja črpalke...).

Odmerjanje:

Potrebni odmerek levodope se med bolniki z napredovalo Parkinsonovo boleznijo občutno razlikuje, zato je pomembno, da odmerek prilagodimo individualno glede na klinični odziv.

Celotni dnevni odmerek Duodope sestavljajo trije posamično prilagojeni odmerki: jutranji bolusni odmerek, odmerek za neprekinjeno vzdrževanje in dodatni bolusni odmerki.

- **Jutranji odmerek:** Jutranji bolusni odmerek je treba aplicirati s črpalko, tako da je hitro (v 10–30 minutah) dosežena terapevtska koncentracija. Odmerek mora temeljiti na bolnikovem predhodnem jutranjem vnosu levodope.
- **Odmerek za neprekinjeno vzdrževanje:** Vzdrževalni odmerek ali dnevna doza zdravila je izračunana glede na bolnikov predhodni dnevni vnos levodope. Odmerek za neprekinjeno vzdrževanje prilagajamo individualno glede na motorično dinamiko bolnika.
- **Dodatni bolusni odmerki:** Če bolnik čez dan postane hipokinetičen – manj gibljiv. Dodatni odmerek prilagodimo individualno. Če potreba po dodatnih bolusih preseže 5 na dan je treba zvišati vzdrževalni odmerek.

Nadziranje zdravljenja: Nenadno poslabšanje odziva na zdravljenje s ponovnim pojavom motoričnih nihanj mora zbuditi sum, da se je distalni del sode premaknil iz tankega črevesja v želodec. Lego sode je treba preveriti z rentgenskim slikanjem in konec sode po potrebi ponovno vstaviti s pomočjo gastroskopa.

Vse bolnike, ki so na Duodopi, je potrebno natančno, redno spremljati. Zato medicinska sestra v času postavljanja doze veliko časa preživi z bolnikom, da skupaj, na podlagi motoričnega odziva, določita optimalno dozo in pravočasno odkrijeta vse nevspečnosti. Za ugotavljanje motoričnega odziva na duodopo uporabljamo »duodopa dnevnik«.

Ko vidimo, da bolnik in skrbnik postopek zdravljenja obvladata, bolnika odpustimo domov in se dogovorimo za redne kontrolne preglede, kjer sodeluje zdravnik parkinsonolog, parkinsonsko usmerjena medicinska sestra in bolnik s skrbnikom. Bolniku damo možnost, da pokliče medicinsko sesto ob nastopu težav.

Uspeh parenteralnega zdravljenja z Duodopo je močno odvisen od dobrega razumevanja dinamike Parkinsonove bolezni s strani bolnika in skrbnika in sodelovanja s člani tima.

RAZLIČNI VIDIKI PRISTOPOV ZAGOTAVLJANJA VARNOSTI PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI Z NEVROLOŠKO BOLEZNIJO

Milena Rogelj, dipl. m. s.

Klinični oddelek za otroško, mladostniško in razvojno neurologijo, Pediatrična klinika, Ljubljana

Na splošno velja, da je varnost, pa naj bo to osebna, poklicna, ekonomska ali pa socialna ena ključnih vrednot, ki zagotavljajo zadovoljstvo posameznika.

Živimo v družbi, ki nam zagotavlja višjo stopnjo varnosti kot v preteklosti. Trudimo se, da bi vsa tveganja in nezaželene dogodke predvideli zato, da bi jih preprečevali. Govorimo o varnostni kulturi.

Varnost lahko vključimo v prav vsa področja našega delovanja. V mislih imam hierarhijo potreb po Maslowu in življenjske aktivnosti po Hendersonovi.

Ni vseeno kakšna je opremljenost oddelka, kakšni so sanitarni prostori, kakšna je postelja in ni vseeno koliko je prostora okrog nje, tudi hrup ni nepomemben. Govorim o varnosti okolja v katerega vstopajo starši s svojim otrokom.

Na stanje neposrednega okolja zaposleni nimamo prav velikega vpliva. Lahko opozarjamo na nepravilnosti in v primeru novogradnje sodelujemo pri načrtovanju boljših, ustrežnejših prostorov.

Lahko oz. moramo pa imeti vpliv pri izbiri sodelavcev (govorim o sodelavcih na področju zdravstvene nege). Že mnogi pred menoj so zapisali, kako zelo je pomemben prvi vtis, ki ga ustanova preko svojih zaposlenih naredi na uporabnika.

Prepričana sem, da večina med nami korektno opravlja svoje naloge, imamo pa tudi redke posameznike, ki kvarijo ugled našega poklica in nenazadnje ustanove, vendar to ni tema mojega prispevka.

Pomembna se mi zdi komunikacija.

Otroci, mladostniki in odrasli kljub težki prizadetosti potrebujejo neposreden, iskren in čustven odnos. Vsi, ki delamo z in za ljudi, moramo imeti ljudi radi, nudenje pomoči potrebnim pa nam bi moralo biti v zadovoljstvo. Za nas je človek, z vsemi pozitivnimi in negativnimi lastnostmi, največja vrednota. Zdravstveni delavci moramo biti čustveno in osebnostno zrele osebe, ki dobro prenašamo različne stresne in tragične situacije, bolnike in svojce moramo znati potolažiti. Upam, da tistih, ki trpijo za pomanjkanjem sposobnosti vživljanja v občutke in stališča drugih, ni med nami- predvsem za zdravstvene delavce je pomembno, da se znajo vživljati v druge ljudi. Na nek način ponižuješ sam sebe, ko ne glede na občutke in potrebe sogovornika ves čas vztrajno skušaš uveljaviti svojo voljo.

In če verbalni dialog ni mogoč?

Če komunikacijo predstavljajo mimika, geste, glasovi, jok, smeh, celotno odzivanje telesa?

Ali znamo prepoznati vznemirjenje, veselje, bolečino, potrebo po hrani, počitku?

Nekoč si je nekdo postavil vprašanje, zakaj nimamo sodobnega pouka o učinkovitem komuniciranju in lepšem sožitju v družinah in širšem okolju?

Namen mojega prispevka je krepitev vedenja in zavesti, da smo zdravstveni delavci (ne samo MS in ZT) tisti, ki moramo prepoznati stisko ljudi in jim pomagati, ob znanju moramo imeti razvito intuicijo in empatijo.

Včasih imaš vtis, da so stvari urejene samo za tiste, ki so v svojih zahtevah »agresivni«. Mi moramo prepoznati tiste, ki tiho čakajo in ne upajo vprašati kaj več kot je nujno potrebno. In tudi mi nimamo vsega potrebnega znanja o tem, kam vse se lahko starši obrnejo po pomoč, do česa so upravičeni, da bi jim bilo življenje lažje.

Da bi se oni in njihov otrok počutil v naši družbi varni.

Življenje utira nenavadna pota, ki so marsikdaj v popolnem nasprotju z našimi pričakovanji.

Z rojstvom otroka z motnjo v razvoju, zaradi poškodb po prometnih in drugih nesrečah, zaradi bolezni družinskega člana se v družini porušijo mnoga pričakovanja in želje.

Starši na dejstvo, da je z otrokom nekaj narobe, zelo različno odreagirajo.

Z diagnozo primanjkljaja pri otroku se prične starševska kriza, ki variira v trajanju in prehaja skozi več faz. Ta proces je prežet z močnim emocionalnim doživljanjem, rušenjem pričakovanj, upov in načrtov staršev. Značilno za prvo soočanje z diagnozo je popolno odbijanje realnosti s strani staršev. Iščejo opravičila za zakasneli razvoj in upajo v ozdravitev. Otrokovo prizadetost jemljejo kot začasno, poskušajo jo ignorirati, kar pa vodi v psihično obremenjenost. Pojavi se družinska kriza, ki ima za posledico konfliktne situacije. Na začetku je to t.i. šok kriza, ki se pojavlja v trenutku največje občutljivosti, ko nepričakovano rojstvo prizadetega otroka poruši vsa pozitivna pričakovanja v zvezi z njim. Naslednja stopnja krize je kriza osebnih vrednot, ki vodi do emocionalnega odbijanja otroka. Vključuje tudi strah pred stigmo, občutek krivde in neuspeha. Ta kriza se lahko ohranja skozi vse življenje. Izrazi se tako z ambivalenco kot tudi z popolnim zavračanjem otroka. Otrokova prizadetost za vso družino predstavlja težke psihofizične zahteve, za nekatere pa tudi pritisk socialnega okolja, zaradi česar se odločijo za namestitev otroka v zavodu. Tisti, ki se odločijo, da ga bodo obdržali doma, mu poskušajo omogočiti čim boljše pogoje za razvoj.

Leta 2002 je bila pri Varuhu človekovih pravic RS ustanovljena posebna skupina, ki deluje na področju varstva pravic otrok in mladih. Vsak otrok ima pravico do zdrave in varne mladosti. Skupaj z odraslimi, ki smo za to odgovorni, imajo možnost sooblikovati svojo prihodnost. Otroci, ki slabše vidijo ali slišijo, in tisti, ki so na invalidskem vozičku, ne zmorejo istega kot zdravi. Zato potrebujejo našo podporo, pomoč in razumevanje. Tudi oni imajo pravico do šolanja in razvoja svojih sposobnosti. Razvojni psihologi svarijo, da je treba otrokove potenciale v največji možni meri spodbujati in razvijati že od najnežnejše starosti naprej.

Kako jim v težkih trenutkih ustrezno pomagati- po strokovni in človeški plati?

Ljudje smo si različni, nekateri se plaho in popolnoma nevedni prepustijo zaposlenim v ustanovi, drugi včasih prav agresivno zahtevajo nemogoče.

Osebna zavzetost in pripravljenost za pomoč pomeni tudi uspešno delo z otroki in njihovimi starši. Naj bo medicinska sestra predvsem človek, ki jih zna poslušati, jih ohrabriti, jih usmerjati, pomagati jim odpirati vrata, ki jih sami ne upajo ali se ne znajdejo. Ne smemo pa dovoliti, da se zabrišejo meje profesionalnega odnosa in s tem objektivnost in učinkovitost.

Otroci s posebnimi potrebami so otroci, ki potrebujejo posebno nego in **varstvo**.

To so otroci :

- z motnjami vida, slepi in slabovidni, so zmerno in težko slabovidni;
- z motnjami sluha, gluhi in naglušni;
- gibalno ovirani otroci, s prirojenimi ali pridobljenimi okvarami, poškodbami gibalnega aparata, centralnega ali perifernega živčevja, ki se odraža v obliki funkcionalnih in gibalnih motenj, so zmerno, težje in težko gibalno ovirani;
- otroci z motnjami v duševnem razvoju imajo znižano splošno raven inteligentnosti, nižje sposobnosti na kognitivnem, govornem, motoričnem in socialnem področju ter pomanjkanjem veščin, kar vse se odraža v neskladju med njihovo mentalno in kronološko starostjo, so otroci z zmerno, težjo in težko motnjo;
- čustveno in vedenjsko moteni otroci;
- dolgotrajno hudo bolni otroci, pri katerih je kljub zdravljenju pričakovati trajne posledice bolezni oz. otroci s takimi boleznimi, ki zahtevajo zdravljenje, nego in rehabilitacijo, ki traja dalj kot šest mesecev;
- za otroke z več motnjami pa se štejejo otroci, ki imajo hkrati dve ali več motenj ali diagnosticiranih bolezni.

Seznam hudih bolezni:

- kronične encefalopatije (prirojene malformacije možganov, heredodegenerativne in presnovne bolezni, rezidualna stanja po vnetjih, travmah, cerebrovaskularnih insultih...),
- imunsko pogojene bolezni živčevja(multipla skleroza, poliradikulitis, cerebralni arteritis..),

- epilepsije, rezistentne na zdravljenje,
- mišične, živčno mišične bolezni, obporodna poškodba brahialnega pleteža,
- tumorji živčevja s posledicami,
- težka oblika cerebralne paralize,
- kromosomopatije z motnjami v duševnem in telesnem razvoju,
- itd....

Naša država je v ustavi zapisala, da je pravna in socialna država. To načelo uresničuje s sistemom socialnega varstva, socialnega zavarovanja in z zagotavljanjem posebnih pravic posameznim skupinam prebivalstva (otrokom, invalidom, starim) z varstvom socialnih pravic.

Pristojni center za socialno delo na pobudo staršev prične postopek za uveljavljanje pravic za otroke, ki potrebujejo posebno nego in varstvo po zakonu o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Uradni list RS, št.97/01), mnenja poda zdravniška komisija Pediatrične klinike. Starši lahko uveljavljajo pravice:

- za daljši dopust za nego in varstvo otroka
- za dodatek za nego otroka
- za krajši delovni čas zaradi starševstva
- za delno plačilo za izgubljeni dohodek

Pravice iz socialnega varstva so urejene v obliki storitev, ukrepov in dajatev.

Po podatkih Statističnega urada RS je bilo v letu 2007 v centre, zavode ali domove vključenih 1489 otrok s posebnimi potrebami, od tega 1380 v domsko, 109 pa v dnevno varstvo;

V centrih za usposabljanje, delo in varstvo je bilo v domsko varstvo vključenih 422 z zmerno, težjo in težko motnjo v duševnem razvoju, 555 otrok s fizičnimi poškodbami, 403 pa v zavode za čustveno in vedenjsko motene.

Mladi, ki bivajo v teh ustanovah, se večinoma izobražujejo v rednih osnovnih ali srednjih šolah v bližnji okolici ali pa je izobraževanje zanje organizirano v okviru zavoda. V letu 2007 je obiskovalo osnovno šolo 151, srednjo šolo pa 232 teh otrok in mladostnikov.

Poškodbe glave najpogosteje utrpijo mladi, stari med 15-25 let. Še vrsto let po poškodbi se lahko spoprijemajo z njihovimi posledicami; to jih utegne ovirati pri šolanju, iskanju ali ohranjanju zaposlitev in navezovanju osebnih stikov, torej pri dohajanju vrstnikov.

Prevoz invalidnih otrok

V avtomobilih se vozijo tudi invalidni otroci, ki imajo drugačne potrebe kot zdravi otroci. Starši in skrbniki imajo s prevozom invalidnih otrok velike težave, saj je na trgu zelo malo posebnih sedežev za prevoz invalidnih otrok, pa še tisti, ki so, so izredno dragi. Ob vsem tem ne gre spregledati, da ima vsak invalidni otrok svoje potrebe. Zdravstvene zavarovalnice so- tako so opozorili tudi na nedavnem posvetu o prevozu invalidnih otrok- še gluhe za financiranje nakupa otroških varnostnih sedežev za invalidne otroke, tako da je vsa skrb prepuščena staršem in skrbnikom.

Kam po pomoč?

Programi celostne rehabilitacije za osebe po nezgodni možganski poškodbi potekajo na Inštitutu RS za rehabilitacijo

Linhartova 51, v Ljubljani: tel. 01/475 81 00; www.ir-rs.si

Mladi se lahko tudi več let po poškodbi obračajo po pomoč na različne naslove ali se vključijo v skupine za samopomoč:

Društvo Vita,

Jakšičeva 7, Ljubljana, tel. 01/565 87 96, 040/455 040; www.vita-poskodbe-glave.si.

Društvo Vita ima še enote v Mariboru, Kopru in Kočevju.

Zavod za varstvo in rehabilitacijo po poškodbi glave Zarja,
Kajuhova 32r, Ljubljana, tel. 01/547 18 00; www.zavod-zarja.si

Korak, Jelenčeva ulica 15, Kranj, tel. 04/201 82 80

Zavod Naprej, zavod za varstvo, rehabilitacijo in kvaliteto življenja po poškodbi glave,
Čufarjeva 5, Maribor,
tel.(05 91) 93 001 in (0591) 93 000,
e-naslov: zavod.naprej@triera.net.

Knjiga: Šolanje kot priložnost in izziv po možganskih poškodbah

Sožitje : Zveza društev za pomoč duševno prizadetim Slovenije,
Samova 9/5, Ljubljana
Info@zveza-sozitie.si
www.zveza.sozitie.si

Zveza društev za cerebralno paralizo Slovenije
Rožanska 2, Ljubljana
Tel. 01/534 06 67, 534 26 43
<http://www.soncek.org>

Literatura:

1. *Interno glasilo UKC, junij 2008*
2. *Peče, Čuk.M. (1992).Integracija-le novo ime za posebno izobraževanje?*
3. *Rutar,D.(1995).Telo in oblast. Ljubljana: DAN*
4. *Pravilnik o kriterijih za uveljavljanje pravic za otroke, ki potrebujejo posebno varstvo in nego*

HHRANJENJE IN VARNOST OTROKA Z NEVROLOŠKO BOLEZNIJO

Majda Tominšek, dipl.m.s.

UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, KO za otroško, mladostniško in razvojno neurologijo

IZVLEČEK

Če pri otroku ni sposobnosti požiranja, ima pa ohranjeno funkcijo ostalega dela prebavne cevi, se zaradi preprečevanja podhranjenosti in aspiracije, poskuša zagotoviti zadosten vnos kalorij z enteralno prehrano. Najpogosteje se vstavi nazogastrična sonda ali perkutana endoskopska gastrostoma. Dolgotrajno enteralno hranjenje ima lahko za posledice tako medicinske kot psihološke zaplete, zato je pri otrocih izredno pomembno, da se doseže vsaj delni peroralni vnos hrane.

Medicinska sestra mora poznati najnovejše smernice obravnave in s tem tudi hranjenja otrok z nevrološko boleznijo. V sodelovanju s širšim zdravstvenim timom (zdravnik, psiholog, fizioterapevt) in starši, oblikuje individualen pristop do otrokovega hranjenja in s tem zagotovi varnost otrok z nevrološko boleznijo. Prevzame vodilno vlogo na področju hranjenja.

Ključne besede: otrok, nevrološka bolezen, medicinska sestra, peroralno hranjenje.

UVOD

Pravilna prehrana je pomembna v vseh življenjskih obdobjih. Zadosten vnos hranilnih snovi pa ima največji pomen v obdobju rasti in razvoja otroka (1). Pri procesu hranjenja sodeluje več elementov, ki pa se menjajo glede na otrokovo starost. Za normalen razvojni proces požiranja, sesanja in prežvekovanja je nujno potrebna anatomsko in nevrološka zrelost.

V svetu se, po navedbah American Speech-Language-Hearing Association (5), beleži porast števila otrok z motnjami hranjenja. Za razlog navajajo večje število preživelih rizičnih otrok, v glavnem prezgodaj rojenih otrok in otrok s prirojenimi napakami. Pri otrocih z nevrološko boleznijo se, po navedbi nekaterih avtorjev, kar v 80% pojavijo zapleti pri hranjenju (4).

PROCES HRANJENJA IN STOPNJE RAZVOJA

Obstajajo velike razlike v orofaringealni anatomiji otroka in odrasle osebe, ki so pomembne in odgovorne za otrokove funkcionalne sposobnosti vse do njegovega tretjega ali četrtega meseca življenja. Ustna votlina je manjših dimenzij, jezik izgleda prevelik in s svojo velikostjo zapolni majhno ustno votlino, se hkrati dotika dna, nebnege loka in dlesni. Pomika se omejeno, predvsem levo in desno. V licih so prisotne mišice za sesanje. Čeljust je majhna. Prisotno je dihanje skozi nos, saj je pretok zraka hitrejša kakor skozi usta, ki so zapolnjena z jezikom. Epiglotis in mehko nebo se dotikata in delujeta kot zaščitni mehanizem, larinks je položen višje v vratu zaradi boljšega zapiranja pri požiranju. Jezična kost je iz hrustanca, Eustahijeva cev pa je položena vodoravno. Strukturne spremembe se pričnejo med četrtem in šestim mesecem starosti in se nadaljujejo tekom prvega leta starosti otroka. Omogočajo zrele obrazce sesanja, požiranja, grizenja in prežvekovanja.

Preglednica: Razvoj procesa požiranja.

<i>Od rojstva do 4. meseca starosti</i>	<ul style="list-style-type: none">- refleksna oralna aktivnost- pojavi se obrazec sesanja- larinks je postavljen visoko v vratu – 4. vratno vretence- dihalna pot se zapira med požiranjem
<i>Od 4. do 8. meseca starosti</i>	<ul style="list-style-type: none">- otrok je nevrološko zrel za peroralno prehranjevanje- zmanjšuje se oralna refleksna aktivnost- faringealne strukture se daljšajo- od 7. do 8. meseca se pojavi žvečenje
<i>Od 8. do 24. meseca starosti</i>	<ul style="list-style-type: none">- med 8. in 10. mesecem se razvije žvečenje- pride do laterizacije jezika- larinks se spusti v višino 6. vratnega vretenca- sigurnost požiranja pa se prične šele po 4. letu starosti

Najpogostejši vzroki in stanja, ki so vezani na problem s hranjenjem in požiranjem so:

- motnje osrednjega (cerebralna paraliza, encefalopatija...) in/ali perifernega živčevja (živčno - mišične bolezni, sindromi);
- motnje gastrointestinalnega sistema;
- prezgodnje rojstvo – nizka porodna teža;
- srčne bolezni in okvare;
- razcep neba;
- različna stanja in bolezni, ki negativno vplivajo na dihalne poti.

Pri otrocih s nevrološkimi motnjami lahko pride do problemov pri razvoju oromotornih spretnosti, ker ne pride do nujne koordinacije med strukturami, ki sodelujejo pri procesu požiranja (2).

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) izpostavlja jasne znake problemov s hranjenjem/požiranjem (5):

- pretirano slinjenje ali iztekanje hrane ali tekočine iz ust;
- neobičajna kvaliteta glasu (grgljajoč, globok..)
- pokašljevanje ali zatikanje hrane med hranjenjem;
- kronično vnetje pljuč ali pogoste druge respiratorne infekcije;
- problemi v koordinaciji dihanja s hranjenjem ali pitjem;
- pogosto bruhanje;
- prekomerno ali premajhno pridobivanje telesne teže.

Kot posledica problemov s hranjenjem/požiranjem se pri otrocih pojavi podhranjenost, dehidracija, komplikacije zaradi aspiracije, pogosta vnetja zgornjih dihal, ki lahko postanejo kronične. Pojavi se tudi osamitev v socialnih situacijah, ki zajemajo hranjenje.

V kolikor pride do resnih problemov s strani hranjenja, je skrb staršev dominantno usmerjena ravno na ta vidik razvoja, predvsem na količino hrane, ki jo otrok uspe zaužiti. Smatrajo, da je od tega odvisno otrokovo zdravje, rast in razvoj.

ENTERALNO HRANJENJE

Vzpostavljanje pravilnega obrazca hranjenja je pogoj za otrokovo normalno rast in razvoj. Kadar je zaradi medicinskega problema onemogočen peroralni vnos hrane se poskuša zagotoviti zadosten vnos kalorij z enteralno prehrano preko nasogastrične sonde ali gastrostome. Indikacija je lahko tudi nesodelovanje pri zdravljenju z dieto (ketogena, elementarna, polimerna dieta).

Glede na nove možnosti zdravljenja hudo bolnih otrok je število kandidatov za dolgotrajno enteralno hranjenje vse večje. Prav tako se širi obseg indikacij (1). Največja skupina bolnikov, ki potrebuje enteralno hranjenje so otroci z okvaro živčnega sistema (cerebralna paraliza, hipoksično ishemična encefalopatija, progresivne degenerativne nevrološke bolezni, živčno-mišične bolezni, hude poškodbe glave...).

NASOGASTRIČNA SONDA IN GASTROSTOMA

Hranjenje po nasogastrični sondi se uporablja pri bolnikih, ki potrebujejo enteralni način hranjenja manj kot mesec dni. Nasogastrične sonde so dolge gibljive cevke iz različnih umetnih materialov, ki jih skozi nos in nosno votlino preko nazofarinksa in požiralnika uvedemo v želodec. Če sondo uvedemo še dlje v črevo, govorimo o nazointestinalni oziroma nazojejunalni sondi. Orogastrična sonda pomeni uvajanje sonde skozi usta v želodec. Zapleti nazogastričnih sond so lahko razjede nosnic, vnetja sinusov, požiralnika, ulceracije, krvavitve in aspiracije želodčne vsebine v dihalni sistem (6). Lahko se pojavi nazalno, faringealno in ezofagealno draženje in preobčutljivost. Obstaja tudi možnost težav z dihanjem, ker sonda zasede otrokovo nosnico. Ob nasilnem uvajanju pa obstaja nevarnost poškodbe ali perforacije požiralnika s posledičnim mediastinitisom. Hranjenje po nasogastrični sondi je nefiziološko. Hranljive snovi zaobidejo del prebavnega trakta, ki je ob normalnem hranjenju vključen v uravnavanje apetita (biološki vzorec lakote in sitosti) in sprejemanje hrane. Pri dolgotrajnem hranjenju preko sonde je izgubljena senzorična izkušnja stimulacije ust (dotik, žlica, skodelica...), izgubijo se tudi vsi refleksi požiranja in sesanja. Pojavi se občutek neugodja ob hranjenju. Sonda pritegne tudi pozornost okolice na otrokove probleme s hranjenjem.

Bolnike, ki potrebujejo enteralni način prehrane dlje časa, hranimo skozi gastrostomo. Gastrostoma je operativno ali endoskopsko ustvarjena povezava (PEG – perkutana endoskopska gastrostoma) med želodcem in površino trebušne stene s pomočjo posebnega katetra. Zapleti se lahko pojavijo že ob vstavljanju gastrostome, saj je poseg izveden v anesteziji. Takoj po vstavitvi prihaja do prehodnega draženja in otekanja mesta, kjer je sonda vstavljena. Kasneje se lahko pojavi razrast granulacijske tkiva okoli vstopnega mesta. Poveča se možnost za nastanek gastroezofagealnega refluksa ali za njegovo poslabšanje. Lahko se pojavijo tudi težji zapleti kot je peritonitis, nekrotizirajoči fasciitis, gastro-kolo-kutana fistula, obilna krvavitve in zapora prebavil. Prednost gastrostome je, da se ohrani oralna faza požiranja. Pomemben je tudi psihosocialni vidik.

Hranjenje izključno preko sonde ali gastrostome se izvaja le pri otrocih z težkim nevrološko boleznijo ali motnjami zavesti. Pri vseh ostalih otrocih se poskuša doseči vsaj delni vnos hrane na usta, saj se tako izognemo sekundarnim motnjam hranjenja.

PRIPRAVA NA PERORALNO HRANJENJE

Hranjenje po sondi izključi aktivne funkcije, zato je potrebno pri otroku pripraviti senzorno-motorične izkušnje za oralno hranjenje. Čas, da preidemo s sonde na oralno hranjenje, je odvisen od otrokovega zdravstvenega stanja in njegove prehranjenosti.

Pri hranjenju upoštevamo otrokovo celo telo, ne le usta. V obravnavo je potrebno čimprej vključiti starše, ki najbolje občutijo in ocenijo otrokovo odzivanje. Ob oceni otroka smo pozorni na otrokove sposobnosti. Ocenimo povezavo med otrokovo grobo motoriko, motoriko ust in dihanjem. Ocenjujemo tudi jakost in kakovost oralnih refleksov. Otroka je potrebno na hranjenje pripraviti (položaj, inhibicija patoloških refleksov). Priprava na oralno hranjenje vključuje tudi oralno kontrolo, ki jo izvajamo vedno prej, preden otroka nahranimo po sondi. Tako pripravljamo zapiranje ust in požiranje. V hranjenju naj otrok uživa, poteka naj čimbolj naravno. S tem izoblikujemo socialno interakcijo. Poiskati moramo način, kako bomo otroku najbolj pomagali pri njegovem funkcioniranju.

PROGRAMI PREHODA NA PERORALNO HRANJENJE

Otroci, ki so dobili sondo takoj po rojstvu, nimajo možnosti razviti asociacije med pozitivnimi občutki v predelu ust in zmanjševanju lakote. Ravno tako ne razvijejo čustvene naveze in socialnega kontakta, ki se izoblikuje med hranjenjem. Pri prehodu na peroralno hranjenje, tudi ko medicinski razlogi niso več prisotni, otroci pogosto odklanjajo hrano. V praksi se problem rešuje s poudarkom na procesu hranjenja, namesto da bi se usmerili na razvoj spretnosti, ki hranjenje podpirajo (2).

Obstaja kar nekaj programov in načinov pomoči, ki otrokom in staršem pomagata pri odvajanju od sonde. Eden od programov je Encouragement Feeding Program ali Program podpiranja hranjenja, ki je nastal v devetdesetih letih in se še danes v nekoliko spremenjeni obliki, izvaja v Združenih Državah Amerike (2). Govori o celostnem pristopu k otroku in enakovredno upošteva tako otrokove psihološke, senzorične kot oralno-motorične sposobnosti. Izvaja se v medicinskih centrih. Cilj programa je naučiti otroka, da prepozna znake lakote in sitosti v lastnem telesu, razvije svoje občutke, osvoji mehanizem hranjenja in se tako varno vrne v domače okolje.

V evropskem prostoru je nastal program intervencije v domačem okolju, ki je rezultat sodelovanja Univerzitetne klinike v Grazu in Otroške klinike v Bonnu, ter je že nekoliko let prisoten v klinični praksi, posebno v Avstriji. Osnovna zamisel programa sloni na izvedbi celotnega postopka v domačem okolju. Danes se cel proces programa izvaja še v bolnišničnem okolju. Sodelujejo pediater, logoped, psiholog, defektolog in medicinska sestra oziroma patronažna medicinska sestra. Izredno pozornost namenjajo preusmeritvi starševske pozornosti s količine hrane na uspehe, ki so bili doseženi v otrokovem razvoju.

V obravnavo otrok z motnjami hranjenja so v svetu vse bolj vključeni logopedi. V Združenih Državah Amerike so ravno logopedi tisti, ki se primarno ukvarjajo z različnimi problemi hranjenja (2).

V Sloveniji takega programa nimamo. Na Univerzitetni Pediatrični kliniki v Ljubljani so v odvajanje otrok od sonde vključeni fizioterapevti v okviru razvojno neurološke obravnave. Sodelujejo z vsemi kliničnimi oddelki in službami. Največji poudarek temu problemu posvečajo na Neonatalnem oddelku in KO za otroško, mladostniško in razvojno neurologijo. Medicinske sestre so le delno vključene v probleme odvajanja od sonde, saj se tehnike hranjenja učijo le fizioterapevti.

VLOGA MEDICINSKE SESTRE

V bolnišničnem okolju medicinska sestra izvaja kontinuirano (24 ur) zdravstveno nego. Otroka pozna, pozna njegovo patologijo, zna oceniti njegovo zdravstveno stanje, negovalne probleme, odzive in reakcije. Sodeluje s starši, izvaja zdravstveno vzgojno delo in si pridobi njihovo zaupanje. Hranjenje je ena izmed otrokovih življenjskih aktivnosti, kjer medicinska sestra izvaja aktivnosti, oziroma sodeluje in uči starše, da to aktivnost samostojno opravijo. S svojimi izkušnjami in znanjem sodeluje s fizioterapevti, ki izvajajo aktivnosti za prehod na peroralno hranjenje.

Na terciarnem nivoju bi bilo potrebno pripraviti program, ki bi potekal po najnovejših svetovnih smernicah in bil prilagojen za slovensko področje. V ta program je nujno potrebno vključiti medicinske sestre, jih ustrezno motivirati in izobraziti. Z izobraževanjem bi medicinske sestre pridobile nujna znanja, ki jih pri svojem delu dnevno potrebujejo. S pridobljenim znanjem bi lahko prevzele vodilno vlogo na tem področju. Z izvajanjem izobraževalnih programov bi medicinske sestre zagotovile prenos znanja na sekundarni in primarni nivo zdravstvenega varstva. V obliki učnih delavnic bi v izobraževanje vključile tudi starše in s tem zagotovile tudi bolj kakovostno oskrbo otroka v domačem okolju.

ZAKLJUČEK

Proces odvajanja od sonde je dolgotrajen in zahteva visok nivo strokovnosti ter sodelovanje, nadzor in podporo več strokovnjakov. V Slovenskem prostoru bi se moral oblikovati program, ki bi sledil najnovejšim svetovnim smernicam. Medicinske sestre bi morale biti vključene v izobraževanje in osvojiti znanja razvojno neurološke obravnave otrok ter prevzeti vodilno vlogo na področju hranjenja. Njihov obseg dela in vključevanje staršev v vse faze procesa zdravstvene nege, s tem tudi hranjenje otroka, bi z novim

znanjem zagotavljal hitrejši prehod na peroralno hranjenje. Zagotovljena bi bila večja varnost in kakovost zdravstvene nege ter preprečevanje sekundarnih motenj hranjenja.

LITERATURA

1. Homan M et al. *Perkutana endoskopska gastrostomija. Izbrana poglavja iz pediatrije. Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani. Katedra za pediatrijo 2006;36-41.*
2. Ivašič J, Blažič D, Lulič S. *Put od hranjenja sdom do peroralne prehrane (logopedski pristop). Paediatr Croat 2007; 51:11-17.*
3. Madič B. *Predgovorna razvojno neurološka obravnava otrok z zgodnjo možgansko okvaro. Mednarodni dopolnilni tečaj Ljubljana 1994; 1-15.*
4. Wilken M et al. *Von der Sonden-zur oralen Ernährung Evaluation von Sondenwohnung im hauslichem Umfeld 2004; 1-10.*
5. Wilken M, Jotzo M. *Therapie frunkindlicher Fütterungsstörungen und Sondenentwohnung. Unveroffentliches Manuskript 2004; 1-23.*
6. *Služba zdravstvene nege, Univerzitetni klinični center Ljubljana. Medicinsko tehnični postopki in posegi v zdravstveni negi 2005; 106 – 111.*

ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI PRI FIZIOTERAPEVTSKI OBRAVNAVI NEVROLOŠKIH BOLNIKOV

Alenka Kobal, dipl. fiziot.

Služba za nevrorehabilitacijo, Nevrološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

1. UVOD

Večina motenj, s katerimi se srečujejo nevrološki bolniki, bodisi otežuje njihovo gibanje ali zmanjšuje njihovo sposobnost za sprejemanje dražljajev iz notranjega in zunanjega okolja. Fizioterapevt, ki obravnava bolnika s tovrstnimi simptomi, mora znati pravočasno oceniti stopnjo nevrološke okvare in presoditi, ali lahko takšna motnja kakorkoli ogroža bolnika.

Strategije, s katerimi fizioterapevti poskušamo zavarovati bolnika tekom obravnave, so različne in zavisijo od vrste obolenja in spremljajočih nevroloških simptomov. V glavnem uporabljamo naslednje pristope:

1. Ustrezne položaje bolnika
2. Asistenco terapevta pri gibanju bolnika
3. Uporabo zunanjih in notranjih vzpodbud, ki olajšajo bolnikovo gibanje
4. Uporabo pripomočkov za gibanje
5. Ustrezno doziranje jakosti toka pri izvajanju električne stimulacije
6. Upoštevanje časovnih in temperaturnih normativov, kadar izvajamo terapijo z ohlajanjem ali segrevanjem.

V nadaljevanju bodo predstavljene strategije, ki jih uporabljamo pri posameznih nevroloških obolenjih oziroma nevroloških simptomih.

2. ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI PRI OBRAVNAVI BOLNIKOV Z MOŽGANSKO KAPJO

Najbolj pogost izid kapi so motnje gibanja, ostale posledice lahko vključujejo kognitivne probleme, probleme percepcije, senzibilnosti, probleme na področju govora. Vse našete nepravilnosti mora fizioterapevt upoštevati pri načrtovanju in izvajanju programa fizioterapije, tako da ga prilagodi stopnji bolnikove prizadetosti (1).

Najpogostejše motnje na področju gibanja so delna ali popolna ohromelost ene strani telesa, spremembe mišičnega tonusa, odsotna oziroma zmanjšana sposobnost za izvedbo vzravnalnih, ravnotežnih in zaščitnih reakcij. Nepravilnostim gibanja se večkrat pridružijo tudi motnje občutenja, ki se kažejo kot zmanjšan ali odsoten občutek za dotik, temperaturo, bolečino, občutek za položaj in gibanje sklepov ter motnje vida.

Zmanjšane gibalne sposobnosti in spremembe občutenja na eni strani, kot tudi motnje na področju višjih živčnih dejavnosti (motnje zaznavanja, dojetanja, motnje govora) na drugi strani, znatno vplivajo pri bolniku na izvedbo različnih funkcionalnih aktivnosti (2). Bolnik ima lahko precejšnje probleme že pri obračanju v postelji, nadalje pri posedanju, sedenju, vstajanju in hoji. Težave so lahko pri posameznih bolnikih tako izrazite, da ogrožajo njegovo varnost.

V akutnem obdobju po nastanku možganske kapi so zato cilji fizioterapevtske obravnave usmerjeni predvsem v preprečevanje naslednjih neugodnih posledic bolezni:

1. Neželenih sprememb mišičnega tonusa

2. Zmanjšanih obsegov gibljivosti v sklepih
3. Pojava bolečine v rami
4. Pljučnih zapletov
5. Nastanka preležanin
6. Padcev pri izvajanju funkcijskih aktivnosti
7. Vpliva zanemarjanja prizadete strani

Pred vsemi omenjenimi nevarnostmi je možno bolnika zavarovati že z ustreznim nameščanjem v postelji, v sedečem položaju na stolu ali na invalidskem vozičku. Prav ne tem področju je še posebej pomembno dobro sodelovanje med fizioterapevti in negovalnim timom.

Ker je bolnikovo izvajanje funkcijskih aktivnosti moteno, mu je potrebno zagotoviti za varno izvajanje določeno pomoč. V zgodnem obdobju se v ta namen poslužujemo predvsem asistencije terapevta. Terapevt zna oceniti bolnikove funkcijske sposobnosti in dobro ve kdaj, kje in koliko pomoči bolnik potrebuje za izvedbo posamezne aktivnosti. O bolnikovih sposobnostih seznanjeni tudi člani negovalnega tima, ki preživijo z bolnikom preostali del dneva.

Deloma zagotavljamo bolniku varno gibanje z uporabo pripomočkov. Pri uporabi pripomočkov za gibanje moramo biti še posebej previdni. Prezgodnja ali neustrezna uporaba pripomočka lahko pomeni za bolnika prej oviro kot pomoč ali mu naredi več škode kot koristi.

Za zmanjšanje vpliva zanemarjanja prizadete strani telesa je pomemben pravilen pristop zdravstvenega osebja in svojcev k bolniku, ki naj bo vedno s prizadete strani. K bolnikovemu zavedanju prizadete strani bo veliko pripomogla tudi ustrezna ureditev bolniške sobe, ki naj omogoča, da bolnik dobi preko dneva čim več dražljajev na prizadete strani.

3. ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI PRI OBRAVNAVI BOLNIKOV Z MULTIPLO SKLEROZO

Pri bolnikih z multiplo sklerozo prihaja do motenj, ki so direktna posledica okvare osrednjega živčevja, ter do sekundarnih motenj, ki so posledica osnovne motnje ali posledica neprimerne obravnave osnovne motnje (2). Med najbolj pogostimi značilnostmi multiple skleroze, ki jih fizioterapevti obravnavamo so spremenjen mišični tonus, zmanjšana moč mišic, motnje ravnotežja, motena usklajenost gibanja in hitra utrudljivost.

Cilji fizioterapevske obravnave, s katerimi želimo zavarovati bolnika pred neželenimi posledicami bolezni, so usmerjeni v:

1. Preprečevanje večjih sprememb mišičnega tonusa
2. Ohranjanje polnega obsega gibljivosti v sklepih
3. Preprečevanje kontraktur
4. Ponovno učenje in ohranjanje hotenega gibanja
5. Spodbujanje stabilnosti v različnih položajih in pri gibanju, izboljšanje usklajenosti gibanja
6. Preprečevanje preneglega utrujanja

Pred spremembami mišičnega tonusa, zmanjšanim obsegom gibljivosti, pred nastankom kontraktur skušamo bolnika zavarovati z različnimi fizioterapevtskimi metodami in tehnikami:

- Nameščanje v ustrezne relaksacijske položaje, s katerimi preprečimo razvoj kontraktur in zaviramo neželeno refleksno aktivnost (4).

- Aerobna vadba: Dawes in sodelavci so leta 2000 ugotovili, da intenzivno kolesarjenje ne povečuje spastičnosti. Aerobna vadba na tekočem traku je prav tako pokazala ugodne učinke na izboljšanje funkcionalne mobilnosti. (Silver in sodelavci) (3).

- Ohlajanje prizadetega predela je posebej učinkovito za zmanjševanje spastičnosti v mišicah upogibalkah prstov. Uporabimo mešanico tretjine vode in dveh tretjin ledu. Terapevt zadrži bolnikovo roko

v ledeno mrzli vodi 3-krat po 3 sekunde, pri čemer je med vsako ponovitvijo le nekaj sekund. Postopek povzroči znatno znižanje spastičnosti (4).

- Električna stimulacija: številne študije so pokazale učinkovitost izvajanja električne stimulacije na mišicah, ki delujejo kot antagonisti spastičnih mišic. Električna stimulacija v povezavi z medikamentozno terapijo za zmanjševanje spastičnosti - terapijo z botulin toksinom poveča učinkovitost toksina (3).

Pri bolnikih, ki imajo motnje občutenja, moramo biti pozorni pri doziranju jakosti toka pri izvajanju električne stimulacije. Prav tako moramo biti pri tovrstnih bolnikih pazljivi pri upoštevanju časovnih in temperaturnih normativov, kadar uporabljamo ohlajevanje prizadetih predelov v terapevtske namene.

Za krepitev oslabilih mišic lahko uporabljamo vaje proti upor v gibalnih vzorcih. Zaradi hitre utrudljivosti bolnikov je potrebno izbrati pravo količino upora. Intenzivna vadba lahko povzroči povečanje telesne temperature, ki prav tako kot povečana temperatura okolja, slabo vpliva na bolnikovo telesno zmogljivost.

S postopki stabilizacije, ritmične stabilizacije in facilitacije kokontraktij v trupu in proksimalnih sklepih udov lahko izboljšamo stabilnost in usklajenost gibanja (6). Sčasoma, zaradi napredovanja bolezni, ti terapevtski postopki ne zadoščajo več. V tem primeru uporabljamo za lažje zadrževanje položajev, kot tudi za ohranjanje stabilnosti med gibanjem, različne pripomočke kot so posteljni naslon, stojka, invalidski voziček, hodulja, bergle, sprehajalna palica.

Z uporabo pripomočkov povečamo varnost in stabilnost, zmanjšamo možnost za padce, povečamo prehojeno razdaljo, povečamo hitrost in učinkovitost hoje, izboljšamo kvaliteto vzorca hoje in zmanjšamo utrudljivost (5).

Hitra utrudljivost se pojavlja pri približno 78% bolnikov z multiplo sklerozo. Pri bolnikih opazimo dnevni vzorec utrujanja; imajo časovna obdobja znotraj dneva, ko premorejo več energije in obdobja z nizkim energetskim potencialom. Določene aktivnosti in pogoji okolja, kot so visoke zunanje temperature, še povečajo stopnjo utrudljivosti pri bolnikih. Ugotoviti moramo, če je utrudljivost vezana na specifične mišične skupine, dele telesa ali funkcionalne sisteme. Utrudljivost ima tudi znaten vpliv na opravljanje vsakodnevnih aktivnosti (5).

Fizioterapevtsko obravnavo moramo pri bolniku načrtovati tako, da vadba poteka v tistem delu dneva, ko se bolnik počuti svežega, pri močeh in ne tedaj, ko je zaradi bolezni ali drugih zunanjih okoliščin izčrpan in brez energije (6).

4. ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI PRI FIZIOTERAPEVTSKI OBRAVNAVI BOLNIKOV S PARKINSONOVO BOLEZNIJO

Tresavica, zmanjšana hitrost gibanja, zmanjšana amplituda gibanja, težave pri začenjanju gibanja, togost mišic in motnje ravnotežja štejejo med primarne motnje gibanja, ki so posledica anatomskih, fizioloških in patofizioloških sprememb v osrednjem živčnem sistemu pri Parkinsonovi bolezni (7).

Med sekundarne motnje gibanja uvrščamo:

- motnje hoje: bolniki hodijo s kratkimi, podrsavajočimi koraki v nenormalni sključeni drži, ki prispeva k razvoju propulzivne hoje (bolnika zanaša naprej). V nekaterih primerih opazimo retropulzivno hojo, ko bolnika zanaša nazaj (7).

- zamrznjenje, lepljenje: nenadno prenehanje gibanja ali motorični blok je začasna, nehotena nesposobnost gibanja. Motorične bloke lahko opazimo tudi pri govorjenju, pisanju, umivanju zob itd. (7).

Motnje ravnotežja in zamrznjenja so tista stanja, ki pri bolnikih največkrat pripeljejo do padcev (8). Prav tako tudi težave s kontrolo drže, progresivno zmanjševanje hitrosti in amplitude gibov povzročajo spotikanje, zdrse in padce (7).

Fizioterapevtski pristopi, s katerimi skušamo omiliti pogostnost padcev, so:

1. Uporaba vzpodbud:

- Slušne vzpodbude (npr. ritmična glasba, glas terapevta, metronom, ploskanje) se uporabljajo kot nadomestilo za odsotnost ali pomanjkanje notranjega ritma. Primerne so pri težkem začenjanju hoje in pri zamrznitvah (7).
 - Vidne vzpodbude (npr. črte, palice) pomagajo pri izboljšanju dolžine koraka in hitrosti hoje. Namenjene so odpravljanju kratkih korakov pri hoji v obliki belih ali živobarvnih vodoravnih črt, ki so položene na tla v ustreznem razmiku, glede na dolžino koraka (primerno bolnikovi starosti, višini in spolu) (7).
 - Proprioceptivne vzpodbude (npr. zibanje telesa z ene strani na drugo) služijo kot pomoč pri začenjanju gibanj kot sta hoja in obračanje v postelji (7).
 - Pozornostne vzpodbude: se nanašajo na kognitivne procese - načrtovanje, miselna vadba posameznih zaporedij gibanja, zavestna pozornost za vzdrževanje ravnotežja med gibanjem (7).
2. Naučiti bolnika alternativnih gibalnih strategij, ki omogočajo varnejše izvajanje funkcijskih aktivnosti kot so obračanje v postelji, posedanje, presedanje, vstajanje in hoja
 3. Izboljšanje stabilnosti.
 4. Korekcija drže.
 5. Vadba za vzdrževanje splošne kondicije.
 6. Uporaba pripomočkov, ki pomagajo pri vzdrževanju ravnotežja (sprehajalna palica, bergle, hodulja).

5. ZAKLJUČEK

Zmanjšana zmožnost gibanja je ena najbolj pogostih funkcionalnih prizadetosti, ki jo povzročajo različna nevrološka obolenja. Prav zaradi tega predstavlja vzdrževanje najvišje stopnje mobilnosti enega od glavnih ciljev fizioterapevtske obravnave pri nevrološkem bolniku. Terapevt pa mora znati presoditi, kdaj je gibanje še funkcionalno in na kakšni stopnji nezadostna gibalna sposobnost ogroža bolnikovo varnost. V slednjem primeru je naloga terapevta, da zna z ustreznim strokovnim pristopom zavarovati bolnika pred neugodnimi posledicami.

LITERATURA:

1. Baer G, Durward B. *Stroke.V: Stokes M. Physical Management in Neurological Rehabilitation. Elsevier Limited, 2004: 75-101.*
2. Rugelj D. *Možganska kap. V: Rugelj D. Gradivo za predmet neurofizioterapija. Ljubljana: Oddelek za fizioterapijo Univerze v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo 2008: 35-45.*
3. Thornton H, Kilbridge C. *Physical management of abnormal tone and movement V: Stokes M. Physical Management in neurological Rehabilitation. Elsevier Limited, 2004: 432-450.*
4. Jackson J: *Specific treatment techniques. V: Stokes M. Physical management in neurological Rehabilitation. Elsevier Limited, 2004: 394 - 411.*
5. De Souza L, Bates D: *Multiple sclerosis. V: Stokes M. Physical Management in Neurological Rehabilitation. Elsevier Limited, 2004: 178-201.*
6. Rugelj D. *Multipla skleroza. V: Rugelj Darja. Gradivo za predmet neurofizioterapija. Ljubljana: Oddelek za fizioterapijo Univerze v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo 2008: 47-54.*
7. Grandovec M. *Učinki fizioterapevtske obravnave pri bolnikih s parkinsonizmom, ki imajo motnje ravnotežja, Diplomsko delo 2003.*
8. Bloem BR, Hausdorff JM, Visser JE, Giladi N. *Falls and Freezing of Gait in Parkinson's Disease: A Review of Two Interconnected, Episodic Phenomena. Movement Disorders 2004; 19 (8) 871-884.*

VAROVANJE KRIŽA KAJ LAHKO STORI MEDICINSKA SESTRA, DA PREPREČI NEPRAVILNE OBREMENTITVE HRBETENICE

Milena Klopčič, dipl.fiziot.

Univerzitetni Klinični center Ljubljana, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo

UVOD

Zdravstveni delavci moramo posebno skrb posvetiti svojemu zdravju in dobremu počutju, saj smo le tako lahko kos vsakodnevnim psihičnim in fizičnim stresom. Nikoli pri svojem delu, pa če je še toliko dela, ne pozabite, da boste morali delati mogoče celo 40 let. Zato se je potrebno za vse fizične obremenitve dobro pripraviti, zdravo živeti ter poznati splošna pravila varnega obračanja, prenašanja in nameščanja bolnikov v pravilne položaje.

PRAVILNA OBREMENTEV TELESA IN POKLICNA DEJAVNOST

Številne študije medicine dela po svetu in tudi pri nas so pokazale, da medicinske sestre v veliki meri trpijo zaradi bolečin v hrbtenici. Te bolečine so posledica nepravilnih položajev, gibanja pri delu in dvigovanja bremen.

Bolečine lahko sproži tudi preprost običajen gib, vendar se motnje v delovanju hrbtenice kot celote kopičijo in so posledica mesece in leta trajajoče slabe drže, nepravilne mehanike telesa, stresnega življenja, neprimerne delovnega okolja ter zmanjšane telesne pripravljenosti.

Zmanjšana telesna aktivnost pogosto vodi do prekomerne telesne teže in ohlapnosti trebušnih mišic, ki vodijo do nepravilnih obremenitev hrbtenice. S primerno telesno aktivnostjo se temu lahko zlahka izognemo.

Pravilno delovanje nog da dobro držo, kajti preko mišic stopala in nog dobivajo mišice impulze za aktivnost. Vzravnana drža je položaj, v katerem je telo popolnoma uravnoreženo. Mišično delo, ki je potrebno za vzdrževanje drže, se pri dobri postavitvi in popolni uravnoreženosti zmanjša. Za preprečevanje bolečin v križu in vratu je zelo pomembna tudi vsakodnevna drža. Zanemarjanje drže povečuje fiziološke krivine hrbtenice in s tem tudi možnosti nastanka bolečine v križu in vratu. Za vzdrževanje dobre drže je med drugim potrebno izboljšati aktivnost trebušnih mišic in ohranjati glavo vzravnano.

Dobra telesna kondicija ne opredeljuje le moči za enkratno izvedbo napornega dviga, temveč tudi vzdržljivost. Z aktivacijo trebušnih mišic se pritisk v trebušni votlini poveča, sile, ki delujejo na medvretenčne ploščice, se zmanjšajo za 30-50% in je zato potrebna manjša moč v paravertebralnih mišicah. Pri dvigovanju ima pomembno vlogo tudi usklajeno delovanje mišic medeničnega dna, ki pri aktivaciji trebušnih mišic ne smejo popustiti zaradi povečanega pritiska v trebušni votlini.

POTREBNA ZNANJA IN AKTIVNOSTI ZA VARNO ROKOVANJE Z BOLNIKI

Izvajane varnega rokovanja z bolniki je večstransko in vključuje:

- ustrezno delovno opremo,
- pravila varnega rokovanja in premikanja,
- oceno bolnikovega stanja,
- trening

- in skrb za bolnikovo ugodje

Bolnike delimo:

- Samostojne v dnevnih aktivnostih
- Delno samostojne, ki potrebujejo pri posedanju in nameščanju v položaje pomoč
- Nesamostojne, pri katerih so potrebne pasivne tehnike premikanja in prestavljanja

PRINCIPI VARNEGA NAMEŠČANJA IN Premeščanja bolnikov

- Nikoli ne dviguj, (kotaljenje) uporabljalj pripomočke
- Teža bremena mora biti v sorazmerju z zmogljivostjo negovalca
- Delaj eno delo hkrati
- Na delo se pripravi
- Izberi vodilnega negovalca
- Uporabi varne biomehanske principe!

VARNI BIOMEHANSKI PRINCIPI

- Zagotovi čim manjši pritisk na medvretenčne ploščice
- Nogi sta v širini ramen, ena nekoliko naprej
- Izogibaj se obračanju trupa
- Rahlo pokrči kolena
- Komolca sta čim bližje telesa, izogibaj se poseganju, s tem povzročiš večje tveganje za poškodbo
- Napni trebušne mišice, da podprejo hrbtenico
- S pogledom spremljalj gibanje
- Tekoče se gibaj med izvajanjem tehnike
- Izogibaj se zadrževanju položajev

Dvigovalec lahko spretnost pridobi, vendar pa mora ugotoviti svojo mejo maksimalne obremenitve in poiskati pomoč, ko jo potrebuje. Za učinkovito in popolno izvedbo določene tehnike je potrebno znanje prijemov s katerimi si dvigovalec olajša delo z bolnikom. Dokazano je, da ustrezne tehnike dvigovanja zmanjšujejo možnost poškodbe hrbtenice, vendar je pogosto zaradi pomanjkanja prostora, osebja in časa uporaba ustrezne tehnike otežena.

Glede na različna obolenja bolnikov poznamo več tehnik dvigovanja, prestavljanja in obračanja, vendar se vedno držimo splošnih pravil varnega dvigovanja. Zato velja da cilj uspešnega dvigovanja dosežemo takrat, ko z minimalnim naporom izvršimo zahtevno delo in povzročimo minimalno neugodje za bolnika.

Zaradi naglice običajno dvigujemo tudi bolnike, ki si sicer vsaj delno pomagajo sami, s tem škodujemo sebi, za bolnika pa je manever neprijeten, lahko tudi boleč. Kadar ocenimo, da je bolnik sposoben sodelovati, ga učimo pravilnega poteka menjave položajev ter ga verbalno vzpodbujamo, le tako bo sposoben zavzemati različne položaje tudi sam.

ZAKLJUČEK

Bolečina v križu predstavlja velik zdravstveni problem v številnih razvitih državah. Kar 90 odstotkov bolnikov trpi za tako imenovano enostavno bolečino v križu, le 10 odstotkov ljudi pa trpi za kronično bolečino v križu, ki ima lahko različne vzroke.

Iz raziskav so predvsem pomembne ugotovitve, da primerna telesna in duševna pripravljenost v precejšnji meri pripomore k zmanjšanju bolečin v križu. Prav tako je pomembna prilagoditev delovnemu okolju na delovnem mestu in zdrav način življenja.

Nemalokrat se nepravilnega gibanja med delom zavedamo šele takrat, ko nas zaboli v križu, zato je poleg zdravega načina življenja pomembno, da izvajamo postopke dela tako, da jih izvajamo pravilno in varno. Če je le mogoče, omogočimo in naučimo bolnika, da sodeluje pri aktivnostih obračanja in posedanja.

Literatura:

1. *Popovič J Bolečina v križu in išias. Ljubljana: Mladinska knjiga 1984.*
2. *Rugelj D., Pogostost pojavljanja bolečine v križu. Obzornik zdravstvene nege, Letnik 29*
3. *Gaber G. Hlebš S. Bolečine v križu, Zavod za tehnično izobraževanje, 1997.*
4. *Hollis M. Safer lifting for patient care, 1985.*
5. *Gaber G, Rački N, Bevetek T. ergonomski pristop k zmanjševanju bolečin v križu pri negovalnem osebju: III. strokovno posvetovanje slovenskih fizioterapevtov, Rogla: Društvo fizioterapevtov Slovenije, 1993: 49-56.*
6. *D. Bašič, S. Hlebš, Dejavniki tveganja bolečine v križu; Ergonomija; 2006*
7. *Pravilnik ozagotavljanju varnosti in zdravja pri ročnem premeščanju bremen (Ur.list RS št 73/2005)*

PREHRANJEVANJE PACIENTA V NEVROLOŠKI INTENZIVNI TERAPIJI

Klaudija Cimbola, ZT

Helena Jemec, dipl.m.s

UKC Ljubljana, Nevrološka klinika, KO za vaskularno neurologijo in intenzivno nevrološko terapijo

Izvleček

Prehranjevanje pacienta je zelo pomembna življenjska aktivnost, ki jo moramo izvajati pri vsakem pacientu, ki je sprejet v nevrološko intenzivno terapijo. Poznamo več načinov hranjenja, kot je enteralno hranjenje preko nazogastrične sonde ali parenteralno hranjenje, to je hranjenje preko intarvenoznega kanala. Omenim naj tudi hranjenje per os, to hranjenje preko ustne votline, vendar se tako hranjenje izvaja le pri pacientih, ki imajo dobro ohranjen požiralni refleks, ki ga preverimo s testom požiranja. Poznamo več vrst hrane za enteralno hranjenje pacienta, vsaka vrsta hrane odgovarja določenim boleznim. Pri hranjenju nevrološkega pacienta so možni tudi zapleti, kot so aspiracija, driske in druge. Hranjenje pacienta v nevrološki intenzivni terapiji zahteva veliko znanja, sposobnosti in strokovnosti medicinske sestre.

Ključne besede: enteralna prehrana, parenteralna prehrana, pacient

1 Uvod

V nevrološki intenzivni terapiji so hospitalizirani pacienti zaradi različnih vzrokov (subarahnoidna krvavitev, možganska kap, epileptični status, encefalitis, miastenija gravis ...). Pomembno je prepoznati podhranjene paciente in paciente pri katerih je prisotna velika verjetnost za podhranjenost, saj je nezadostno prehranjenost nevroloških pacientov povezana s slabšo prognozo bolezni. Energetske potrebe pri kritično bolnem nevrološkem pacientu izračunamo po Harris-Benedictovi enačbi. Pomembno je prepoznati paciente s prehranskimi problemi, ki so pri nevrološkem pacientu najpogostejši: disfagija, dehidracija, podhranjenost. Dehidrirani so nevrološki pacienti, zaradi zmanjšane občutka za žejo, zmanjšane sposobnosti koncentracije urina, diuretične terapije ali strahu pred inkontinenco. Podhranjenost pa lahko povzročajo zdravila ali depresija. (Šteblaj, 2007).

Prehranjevanje nevrološkega pacienta zahteva skupinsko obravnavo. Zdravnikova naloga je ocena energijskih in drugih hranilnih potreb, dietetik priporoči primerno dieto, medicinske sestre in zdravstveni tehniki pa prevzamejo izvajanje in nadziranje hranjenja. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki morajo poznati in upoštevati pacientove prehranske potrebe in ji zadovoljevati v okviru zdravljenja po zdravnikovih navodilih. Nadzirati morajo, ali sta prehrana in način prehranjevanja sprejemljiva in če je njun rezultat pozitiven (Zupan, 2007).

2 Enteralno hranjenje pacienta

Enteralni način hranjenja je oblika hranjenja, kjer bolnik prejema hrano neposredno v želodec ali črevo. To obliko hranjenja uporabljamo takrat, ko se bolnik ne more ali ne sme zadostno hraniti skozi usta (Šaranac, 2005).

Enteralni način hranjenja ima številne prednosti pred parenteralnim, čeprav velikokrat povzroča številne probleme tako pri pacientu, zdravstveni negi kot pri pripravi enteralne hrane. Prednosti enteralnega hranjenja: ne uvajamo venskega katetra, čas hranjenja ni omejen, ohranjena je struktura in funkcija gastrointestinalnega trakta, hrana se skoraj v celoti absorbira v zgornjem delu prebavnega trakta (Šaranac, 2005).

Poznamo industrijsko pripravljeno enteralno prehrano in hrano, ki je pripravljena iz svežih živil. Način priprave enteralne hrane iz svežih živil ni standardiziran (veliko nihanje energijske vrednosti in pomembnih hranil, vitaminov, mineralov), lahko pa predstavlja tudi velik rizik mikrobiološke kontaminacije. Takšno hrano lahko pripravljamo sproti ali pa pripravimo obroke za ves dan. Drug način priprave, industrijsko pripravljene hrane, ima več prednosti, in sicer:

- hrana narejena po dogovorjenih standardih in s točno določenimi sestavinami,
- je sterilna,
- lahko se dolgotrajno shranjuje,
- stalna kontrola osmolarnosti in konsistence (Šarenac, 2005).

2.1 Namen enteralnega hranjenja nevrološkega pacienta

Z zgodnjim enteralnim hranjenjem vzdržujemo funkcijo pacientovega prebavnega trakta.

S pravilno izbrano prehrano pacient dobi vse potrebne hranilne snovi, vitamine, minerale in tekočino. S tem, ko izberemo primerno tehniko hranjenja, bolniku omogočimo hranjenje na fiziološki način.

Dosežemo boljše počutje pacienta, hitro okrevanje in skrajšamo čas hospitalizacije (Šarenac, 2005).

Prehransko podporo uvedemo takoj, ko pričakujemo, da bo pri nedohranjenih in katabolnih pacientih zdravljenje trajalo več kot tri dni. Pomembno je poznati tudi kontraindikacije za prehransko podporo, kot so šokiran pacient, acidoza, hipoksija, hude elektrolitske motnje ter morebitni etični pomisleki v terminalnem stanju (Šteblaj, 2007).

Vrste enteralne prehrane določi sobni zdravnik (Šarenac, 2005).

2.2 Hranjenje pacienta po enteralni črpalki

V nevrološki intenzivni terapiji se izvaja hranjenje po nazogastrični sondi s pomočjo enteralnih črpalk. Z enteralnimi črpalkami natančno uravnavamo količino in hitrost s katero hrana teče v prebavni trakt izraženo v ml/uro. Enteralne črpalke so glede na zahtevnost prirejene za uporabo v intenzivni enoti, na bolnišničnem oddelku in v specialistični ambulanti.

Splošne zahteve za enteralne črpalke:

- morajo biti varne in enostavne za uporabo,
- omogočati morajo enostavno prilagajanje sistemov, enostavno nameščanje steklenic in enteralnih vrečk,
- opremljene morajo biti z vidnim in/ali slišnim alarmom (alarm se sproži pri praznih ali zamašenih sistemih, neprehodnih sondah, pri praznih baterijah)
- imeti morajo možnost natančne nastavitve količinskih sprememb (po 1ml, 5ml, 10ml, 50ml, 100ml/uro...) (Šarenac, 2005).

2.3 Zapleti pri enteralnem hranjenju pacienta po možganski kapi

Najpogostejši zapleti pri enteralnem hranjenju so bruhanje, nevarnost aspiracije ter driska. Pomembno je opazovanje pacienta in spremljanje prehranjenosti. Posebna pozornost je posvečena:

- pogostosti odvajanja in konsistenci blata
- napihnjenosti trebuha
- izločanju urina
- bruhanju
- ostankom hrane v želodcu-rezidualni volumen-RV
- dihanju zaradi možne aspiracije (Borovšak, 2005)

2.3.1 Bruhanje in nevarnost aspiracije

Aspiracija je najpogostejša in najbolj kontroverzni zaplet pri hranjenju pacienta. Pogostost aspiracijske pljučnice je 2 do 95% (Borovšak, 2005).

Aspiracija je zelo hud zaplet pri hranjenju po nazogastrični sondi, zato je potrebno pred vsakim hranjenjem po nazogastrični sondi vedno preveriti lego nazogastrične sonde (Habjanič in Preložnik, 2008).

Preventivni ukrepi:

1. Intubiranim ali traheotomiranim pacientom moramo zagotavljati optimalno napihjenost zatesnitvenega mešička na endotrahealnem tubusu ali kanili, ker je aspiracija hrane urgentno stanje, ki zahteva intenzivno oskrbo (Zupan, 2007).

2. Da preprečimo aspiracijo in bruhanje pacientu dvignemo vzglavje za 30 - 45°. V tem položaju naj ostane pacient še pol ure po hranjenju.

3. Pacienta hranimo neprekinjeno z enteralno črpalko in na 8 ur preverimo zastoj hrane v želodcu (če je retenca hrane manj kot 200 – 250 ml/8ur, večamo vnos hrane 30 ml/8ur, če pa je več kot 250 ml/8 ur uvedemo prokinetike in ustavimo hrano za nekaj ur in ponovno preverimo zastoj).

4. Pred vsakim dajanjem zdravil ali hranjenjem preverimo lego sonde.

5. Poskrbimo, da je hrana segreta na sobno temperaturo.

2.3.2 Driska

Splošna pogostost drisk je 2,3 do 68%(Borovšak, 2005).

Če pacient dobi drisko, hranjenja ne prekinemo, saj se hrana delno absorbira med njenimi fazami. Zaradi driske lahko pacient dehidrira, zato moramo natančno voditi tekočinsko bilanco (Zupan, 2007).

Možni vzroki za drisko:

1. Prevelika količina hrane

Dajemo manjše količino hrane po enteralni črpalki.

2. Kontaminacija hrane

Med uvajanjem NGS upoštevamo higienske in aseptične ukrepe. Hranilne sisteme menjavamo na 24 ur. Brizgalko po uporabi zavržemo.

3. Vnašanje mrzle hrane

Hrano segrejemo na sobno temperaturo.

4. Bakterijsko oporečna hrana

Upoštevati moramo predpisane higienske standarde. Dajemo samo sterilno pripravljeno hrano. Hrana lahko stoji v zaprtem hranilnem sistemu največ 24 ur na sobni temperaturi. Odprta hrana naj ne stoji več kot 4 ure na sobni temperaturi ali 24 ur v hladilniku.

5. Alergija na hrano

Kadar opazimo pri pacientu alergijo in sumimo, da jo povzroča hrana, mu jo prenehamo dajati in na dogodek opozorimo zdravnika.

3 Parenteralna prehrana

Za popolno parenteralno prehrano se odločijo pri pacientu, ki mu odpovedujejo prebavila. Če ni potrebno z njo niti ne začnemo. Izjema so pacienti, ki so nedohranjeni ali v stresu. Če enteralno hranjenje ni uspešno, lahko minimalno enteralno prehrano kombiniramo s parenteralno.

Za kratkotrajno dajanje popolne parenteralne prehrane lahko uporabimo periferni dostop. Kadar je takšno hranjenje potrebno več kot 5 dni, uporabimo dostop skozi osrednji venski kateter. Osnovni energijski nadomestek je glukoza. Pri metabolno nestabilnih pacientih moramo dodajati insulin po

infuzijski črpalki. Potrebo po esencialnih maščobnih kislinah pokrijemo z dajanjem 300 ml 20% emulzije lipidov 2-krat na teden. Najbolje je, če maščobe tečejo ves dan. Pri kritično bolnih, akutni ishemični boleznih srca, hudih opeklinah in hudih okužbah je potrebna previdnost. Kontraindikacija za maščobe je hiperlipidemija. Priporočene so uravnotežene raztopine esencialnih in neesencialnih aminokislin. Vedno jih dodajamo skupaj z energijskim substratom v razmerju 100 do 150 kkal/ 1g na dan.. Če sečnina narašča za več kot 10mmol/dan, omejimo vnos aminokislin. (Šteblaj, 2007)

Periferni dostop uporabljamo samo za kratkotrajno aplikacijo primerne parenteralne prehrane (do 5 dni). Parenteralna hrana ne sme vsebovati več kot 10% glukoze. Poznati in upoštevati moramo neskladnost posameznih sestavin. Za parenteralne raztopine uporabljamo posebno svetlino večlumenskega katetra. Infuzijske sisteme, kjer tečejo maščobe menjamo na 24 ur. Pozorni moramo biti na pravilno shranjevanje parenteralnih pripravkov (Zupan, 2007).

3.1 Zapleti parenteralne prehrane

3.1.1 Okužba katetrov

Okužba med uvajanjem perifernega katetra (PK) ali centralnega venskega katetra (CVK).

Preprečevanje okužbe katetra:

- Sami uvedemo periferno vensko pot po predpisanem standardu ali pa sodelujemo pri uvajanju centralnega venskega katetra z aseptično metodo (Zupan, 2007).

Okužba med zdravstveno nego

Preprečevanje kontaminacij infuzij in pripomočkov

- parenteralno hrano in možne dodatke pripravimo po aseptičnih predpisih
- infuzijske sisteme menjamo na 72 ur, prav tako razdelilnike (vse aseptično) in potek zabeležimo
- standardno preverjanje preveze vbodnega mesta je vsake 3 dni, kadar le- to ni vidno; če je ves čas vidno, pa vsakih 7dni
- če opazimo flebitis oziroma rdečino ali vnetje ob vbodnem mestu, kateter odstranimo (Zupan, 2007)

4 Negovalne diagnoze

1. Nepopolno požiranje
2. Nevarnost aspiracije
3. Nepopolna sluznica ustne votline
4. Tekočine (prenizek volumen, nevarnost za prenizek volumen tekočin, previsok volumen tekočin, nevarnost za neuravnovešen volumen tekočin)
5. Neuravnovešena prehrana, manj kot telo potrebuje
6. Nauzea (Gordon, 2003)

5 Zaključek

Hranjenje in pitje je življenjska aktivnost, ki je nujna za človekovo preživetje (Selič, 2008).

Sama prehrana pacienta po možganski kapi, zahteva veliko znanja in strokovnosti medicinske sestre, še posebno pravilno ukrepanje pri vseh naštetih zapletih.

Prehranska podpora pri pacientu v neurološki intenzivni terapiji, se mora izvajati odgovorno, načrtovano in organizirano.

6 Literatura

1. Borovšak Z. (2005). *Zapleti pri enteralnem hranjenju*. V: Mičetič – Turk D. in sodelovci. *Klinična šrebrna, izbrana poglavja*. Maribor : Univerza v mariboru, *Visoka šzdravstvena šola*, 147 – 156.

2. Gordon M. (2003). *Negovalne diagnoze:priročnik*. Maribor: vb Rogina, 81- 113.
3. Habjanič S. in Preložnik K. (2008). *Uvajanje nazogastrične sonde in hranjenje po NGS in gastrostomi*. V: *Nevrološka obolenja v starosti*. Ptuj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije in strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih. Zbornik predavanj, 18 - 21.
4. *Nutricomp – Enteralna prehrana*, Brošurica, B/BRAUN, *Sharing Expertise*..
5. Pandel Mikuš R. (2008). *Prehrana pri starostniku z nevrološkimi obolenjem*. V: *Nevrološka obolenja v starosti*. Ptuj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije in strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih. Zbornik predavanj, 30 – 5.
6. Pokorn D. (2004) *Dietna prehrana bolnika*, Ljubljana: Morbona d.o.o, 247-252.
7. Pokorn D. (1994) *Prehrana bolnika*, Murska Sobota: Pomurska založba, 1994: 30 – 3.
8. Šteblaj S. (2007). *Prehrana bolnika z akutno možgansko kapjo*. V: Švigelj V, Žvan B. *Akutna možganska kap II: učbenik za zdravnike in zdravstvene delavce*. Ljubljana: Boehringer Ingelheim pharma, podružnica, 207 – 216.
9. Šaranac S. (2005). *Tehnike enteralnega hranjenja*. V: Mičetič – Turk D. in sodelovci. *Klinična prehrana, izbrana poglavja*. Maribor : Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 73 – 81.
10. Zupan A. (2007). *Zaplet s hranjenjem pri bolniku po možganski kapjo*. V: Švigelj V, Žvan B. *Akutna možganska kap II: učbenik za zdravnike in zdravstvene delavce*. Ljubljana: Boehringer Ingelheim pharma, podružnica, 217 - 224.

VPLIV ZGODNJE VZPODBUDE NA IZHOD ZDRAVLJENJA BOLNIKOV Z OKVARO ŽIVČEVJA

Asist.mag. Aleš Pražnikar, dr.med.

Helena Tušar, viš.med.ses., univ.dipl.org.

Maja Medvešek Smrekar, prof.zdr.vzgj.

Nevrološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Osrednji živčni sistem je občutljivo tkivo zapletene zgradbe in nadvse kompleksne funkcije. Možgani in hrbtenjača so izpostavljeni okvaram in poškodbam od obdobja najzgodnejšega razvoja do starosti. Možgani nadzorujejo vse višje mentalne, kognitivne in senzorične-motorične človekove funkcije. Okvara osrednjega živčevja zato bistveno prizadene vse vidike posameznikovega življenja.

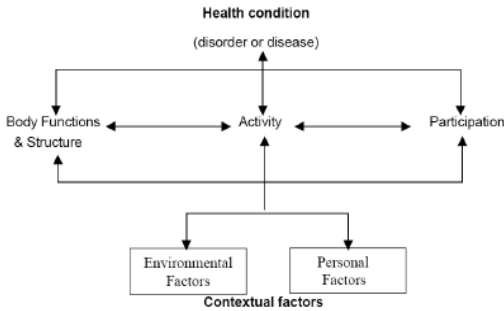
Pri zdravljenju ljudi z okvaro možganov je najpomembnejša težava omejena zmožnost regeneracije osrednjega živčevja. Za nevrone osrednje živčevje sesalcev je namreč značilno, da se tvorijo le tekom embrionalnega in zgodnjega postnatalnega razvoja, kasneje pa sposobnost celične delitve izgubijo. Ramon y Cajal je v začetku dvajsetega stoletja tako postavil trditev, da regeneracije v osrednjem živčevju ni: »Ko se enkrat razvoj konča, se studenci rasti in regeneracije aksonov in dendritov nepreklicno izsušijo. V odraslih možganih so živčne poti nekaj stalnega in nespremenljivega; vse lahko umre, nič ne more regenerirati« (1). Vendar pa danes vemo, da nezmožnost regeneracije osrednjega živčevja ni absolutna. Prvi pravi dokaz zoper Cajalovo »dogmo« je izvedel Raisman leta 1969, ko je dokazal brstenje živčnih končičev in tvorbo sinaps po okvari odraslih možganov sesalca (podgane) (2). Nadaljnje raziskave so potrdile, da je plastičnost somatosenzoričnega sistema lastnost in pravilo celotnega osrednjega živčevja (načelo tihih sinaps, načelo aksonskega brstenja, načelo kortiko-kortikalnih povezav...). Vprašanje pa je, do katere stopnje se osrednje živčevje odzove na spremenjen senzorični dotok (npr. pomen starosti). Jasnih dokazov o podobni zmožnosti reorganizacije motoričnega sistema ali osrednjega procesiranja nimamo.

Dejstvo, da nezmožnost popravljanja okvarjene funkcije osrednjega živčevja ni absolutna, pa nam dokazuje že zgolj klinično opazovanje. Na primer. bolnik po možganski kapi pogosto sprva povsem izgubi zmožnost občutenja ali gibanja na prizadeti strani telesa, tekom naslednjih tednov pa se lahko okvarjene funkcije vrnejo v pomembni meri. Za razliko od akutno nastalih okvar se spontano popravljanje funkcij pri kroničnih degenerativnih nevroloških boleznih le redko zgodi. Procesov popravljanja funkcije po akutni okvari osrednjega živčevja sicer še ne poznamo dobro. Pri razumevanju procesov, ki omogočajo popravljanje funkcije brez jasne regeneracije živčevja si pomagamo z načeli kompenzacije, adaptacije in diashize (3). Kompenzacija temelji na nepopolni okvari; po okvari preostali del živčne strukture nadomesti funkcijo izgubljenih nevronov (npr. okvara ascendentne dopaminergične nigrostriatalne poti). Adaptacija je proces, ko funkcijo okvarjenega živčnega sistema prevzame drug sistem (npr. načelo Margaret Kennard – kljub razmeroma hudi okvari dela možganov pri otrocih funkcijo kasneje ohranijo). Diashiza predvideva dve vrsti okvare živčevja: smrt okvarjenih celic brez regeneracije in potencialno reverzibilni živčni šok tkiva v neposredni okolici okvare zaradi vnetja, edema, motene prekrvitve (npr. penumbra pri možganski kapi). Tkivo v okolici ob preživetju čez čas ponovno prevzame svojo funkcijo.

Čeprav je popravljanje akutno okvarjene funkcije živčevja lahko omejeno in nepredvidljivo, moderni terapevtski posegi pomembno izboljšajo izhod zdravljenja pri bolnikih z možgansko okvaro. Dokazano uspešni terapevtski pristopi temeljijo na načelih rehabilitacijske medicine (4).

Bolezen/okvara živčevja vpliva na posameznikovo zdravje v več ravneh. Posameznik oziroma posameznik s prizadetostjo namreč funkcionira v zanj značilnem kontekstu, ki ga določajo njegovo telo, osebnost, družba in okolje. Svetovna zdravstvena organizacija je z uveljavitvijo ICF (»International Classification of Functioning,

Disability and Health«) omogočila opredelitev vpliva bolezni/okvare na tkivo, funkcijo/dejavnost («activity« - eksekucija naloge ali akcije) in sodelovanje («participation« - udeležba v življenjski situaciji) (Slika1). Rehabilitacijska medicina/nevror rehabilitacija s svojo dejavnostjo vpliva na okvarjeno funkcijo s ciljem povečati sodelovanje. To poskuša doseči s pomočjo tima oziroma timskega dela v katerem sodelujejo bolnik ali/in njegovi bližnji, zdravnik, klinični psiholog, logoped, delovni in fizioterapevt, socialni delavec in medicinska sestra.



Slika 1: Vpliv bolezni ter pomen okoljskih ter osebnostnih dejavnikov na funkcijo, dejavnost in sodelovanje posameznika (vir: ICF, www.who.int)

V luči opisanih sprememb razumevanja plastičnosti osrednjega živčevja se zadnjih letih spreminja zlasti pogled na delo in vlogo zdravstvene nege v programih medicinske oskrbe bolnikov s hudimi možganskimi okvarami.

Zdravstvena nega in rehabilitacija bolnikov po hudi okvari možganov predstavlja velik izziv za medicinske sestre, ki prebijejo največ časa ob teh bolnikih. Za bolnike s hudo okvaro možganov se vse bolj uveljavljajo posebni stimulacijski programi (5). V grobem sta se oblikovala dva tipa takšnih programov s predpostavko, da bosta okrepila plastične in regeneracijske procese v osrednjem živčevju in spodbudila retikularni aktivacijski sistem. Programi multisenzorične stimulacije temeljijo na vedenjskem pristopu z intenzivno stimulacijo vseh čutil (npr. program bazične stimulacije). Programi senzorične regulacije pa temeljijo na spodbujanju procesiranja podatkov in vedenjskega reagiranja s pomočjo usmerjanja pozornosti s prilagajanjem dražljajev okolja (npr. snoezelen). Takšen pristop vsaj kratkotrajno izboljša funkcioniranje bolnikov s komo, demenco in učnimi težavami (6). Po drugi strani pa še nimamo dovolj študij za primerno meta-analizo, ki bi potrdila ali zanikala klinično učinkovitost (7).

Zdravstvena nega v neurologiji z uvajanjem nevror rehabilitacijskih metod presega tradicionalno omejenost na razumevanje, diagnosticiranje in zdravljenje okvar živčnega tkiva in struktur; takšna sprememba vzorca pristopa/razmišljanja pogojuje razumevanje in zdravljenja vpliva bolezenskih sprememb v celotnem kontekstu posameznikovega zdravja. Zdravstvena nega v neurologiji in nevror rehabilitaciji tako presega tudi okvire nege in postaja terapevtska veda, ki vpliva na izhod zdravljenja bolnikov z okvaro živčevja.

Zdravstvena nega postaja ena izmed pomembnejših strok znotraj neurološkega in rehabilitacijskega tima. To pred njo postavlja nove izzive in naloge.

Viri:

1. Cajal SRY. *Degeneration and regeneration of the nervous system*. Oxford: Oxford University Press, 1928; 750.
2. Raisman G. *Neuronal plasticity in the septal nuclei of the adult brain*. *Brain Research*, 1969;14:25-48.
3. Gage et al. *Functional recovery following brain damage: conceptual frameworks and biological mechanisms*. *Scand J Psychology*, 1982;S1:112-120.
4. Turnes-Stokes L. *Evidence for the effectiveness of multi-disciplinary rehabilitation following acquired brain injury: a synthesis of two systematic approaches*. *J Rehabil Med*, 2008;40:691-701.
5. Tolle P, Reimer M. *Do we need stimulation programs as a part of nursing care for patients in »persistent vegetative state«? A conceptual analysis*. *Axone*, 2003;25:20-6.
6. Heidler MD. *Effects of multisensory stimulation interventions in brain-damaged patients*. *Rehabilitation*, 2008;47:23-30.
7. Lombardi et al. *Sensory stimulation of brain-injured individuals in coma or vegetative state: result of a Cochrane review*. *Clin Rehabil*, 2002;16:464-72.

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
V NEVROLOGIJI

