



**ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE**

Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in  
zdravstvenih tehnikov Slovenije



**SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN  
ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PEDIATRIJI**

ZBORNİK PREDAVANJ

# Srečen otrok v zdravem okolju

40 let delovanja Sekcije MS in ZT v pediatriji



PORTOROŽ, 5. in 6. oktober 2018

Zbornik predavanj - 40 let delovanja Sekcije MS in ZT v pediatriji

## **Srečen otrok v zdravem okolju**

Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji  
pri Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

### **Organizacijski odbor:**

Ivanka Limonšek, Anica Vogel, Jasmina Kamenčič Germek, Gabrijela Gabor, Gordana Rožman,  
Matjana Koren Golja, Andreja Doberšek, Sanja Lazič, Andreja Ljubič.

Organizator si dopušča možnost spremembe programa.

### **Urednica:**

Andreja Ljubič

### **Založila in izdala:**

Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije –  
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, Ob železnici 30A, Ljubljana

### **Oblikovanje in tisk:**

Abakos d.o.o.

### **Naklada:**

100 izvodov

Zbornik ni namenjen prodaji

Portorož, oktober 2018

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

616-053.2-083(082)

614.253.83-053.2(082)

ZBORNICA zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji. Strokovni seminar (2018 ; Portorož)

Srečen otrok v zdravem okolju : zbornik predavanj / [Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije]. Portorož, 05. in 06. oktober 2018 ; [urednica Andreja Ljubič]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije - Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, 2018

ISBN 978-961-94515-0-2

1. Gl. stv. nasl. 2. Ljubič, Andreja

296687104



## ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in  
zdravstvenih tehnikov Slovenije



## SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PEDIATRIJI

Strokovno srečanje z učnimi delavnicami  
40 let delovanja Sekcije MS in ZT v pediatriji

# Srečen otrok v zdravem okolju

PROGRAM



PORTOROŽ, Grand Hotel Bernardin, 5. in 6. oktober 2018



**PETEK, 5. 10. 2018**

- 8.00-9.00 Registracija
- 9.00-9.15 Uvodni pozdrav; Majda Oštir, dipl. m. s., predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji

➤ **1. sklop: Zdravstvena nega zdrave in bolne kože pri otrocih**

*Moderatorica: Andreja Ljubič, dipl. m. s., mag.zdr.neg.*

- 9.15- 9.35 **Atopijski dermatitis**  
*prim. Vlasta Dragoš, dr. med.*
- 9.35-9.55 **Zdravstvena nega otroka z atopijskim dermatitisom – prikaz primera**  
*Andreja Doberšek, dipl. m. s.*
- 9.55-10.15 **Vnetje kože pod plenico**  
*prim. Vlasta Dragoš, dr. med.*
- 10.15-10.35 **Kako lahko medicinska sestra vpliva na celjenje kirurške rane pri novorojencu – prikaz primera**  
*Marjanca Kovše, mag.zdr.neg.*
- 10.35-10.45 Razprava
- 10.45-11.15 Odmor
- 11.15–12.30 **Interaktivne učne delavnice:**  
**Pogoste infekcijske otroške bolezni z izpuščajem,**  
*Tatjana Mrvič, dr. med., prim. mag. Breda Zakotnik dr. med.*
- Pogostejše neinfektivne dermatoze v dobi novorojenčka in dojenčka,**  
*asist. dr. Mateja Starbek Zorko, dr. med.*
- 12.30-14.00 Odmor za kosilo

➤ **2. sklop: Nasilje v domačem okolju**

*Moderatorica: Sonja Kovač, viš. med. ses., univ. dipl. org., mag.zdr.neg.*

- 14.00-14.40 **Nasilje v družini**  
*Maja Plaz, sodelavka SOS telefona*
- 14.40-15.00 **Trpinčen otrok**  
*Sonja Kovač, viš. med. ses., univ. dipl. org., mag.zdr.neg.*
- 15.00-15.15 Razprava



- **3. sklop: Medicinska sestra v preventivni dejavnosti pediatrije**  
*Moderatorica: Ivanka Limonšek, viš. med. ses., univ. dipl. org.*
- 15.40-16.00 **Denver test – pomen pravilnega izvajanja**  
*Ivanka Limonšek, viš. med. ses., univ. dipl. org.*
- 16.00-16.30 **Preventivno zdravstveno varstvo za otroke in mladostnike - uresničevanje vseživljenjske perspektive za zdravje**  
*prim. Polonca Truden-Dobrin, dr. med., MSc, Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske, spec. epidemiologije, spec. javnega zdravja*
- 16.30-17.00 **Kako motivirati paciente, svojce in zaposlene za doseganje sprememb?**
- 17.00-18.00 **Okrogla miza: Izzivi pri zagotavljanju sistemskih pogojev za kakovostno in učinkovito preventivno zdravstveno varstvo;**  
*predstavniki NIJZ, predstavniki primarnega zdravstvenega varstva (prim. Polonca Truden-Dobrin, dr. med., MSc, Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske, spec. epidemiologije, spec. javnega zdravja, Milena Frankič, dipl. m. s.)*
- 19.30 **Slavnostna podelitev priznanj z večerjo in glasbo**

## SOBOTA, 6. 10. 2018

- **1. sklop: Lahko pristop medicinske sestre k otroku, družini in sodelavcem prepreči nasilje?**  
*Moderatorica: Ivanka Limonšek, viš. med. ses., univ. dipl. org.*
- 9.00 – 9.20 **Atravmatska obravnava otroka in mladostnika**  
*Majda Oštir, dipl. m. s.*
- 9.20 - 10.00 **Kako zagotavljamo tri ključne dejavnike atravmatske obravnave: prisotnost staršev, vključevanje otroka in staršev v odločitve pri zdravljenju in zdravstveni negi in preprečevanje bolečine, primeri iz prakse, delo v skupinah**  
*Majda Oštir, dipl. m. s., Minja Petrovič, prof. zdr. vzg.*
- 10.00-10.30 **Nasilje v zdravstvenih ustanovah**  
*Anže Petrovič, univ. dipl. prav.*
- 10.30-11.15 **Kako medicinske sestre doživljamo nasilje v zdravstvenih ustanovah?**  
 (delo v skupinah, razprava, svetovanje)  
*Anže Petrovič, univ. dipl. prav., Majda Oštir, dipl. m. s.*
- 11.15 – 11.30 **Odmor**



## ➤ **2. sklop: Metode preprečevanja nasilja**

- 11.30-11.45 **Deeskalacijske tehnike komunikacije**  
*Urban Bole, dipl. zn., Aljoša Lapanja, dipl. zn., univ. dipl. soc. ped.*
- 11.45-12.20 **Uporaba metode team teach**  
*Sonja Kolenko, univ. dipl. psih., Gil Lipnik, dipl. zn.*
- 12.20-12.30 Razprava
- 12.30-13.50 **Učna delavnica: Deeskalacijske tehnike komunikacije in terapevtski pogovor**  
*Urban Bole, dipl. zn., Aljoša Lapanja, dipl. zn., univ. dipl. soc. ped.*
- 13.50 **Zaključek srečanja**

### **SPLOŠNE INFORMACIJE:**

#### **Strokovni odbor:**

Majda Oštir, Sonja Kovač, Ivanka Limonšek, Polonca Truden Dobrin

#### **Organizacijski odbor:**

Ivanka Limonšek, Anica Vogel, Jasmina Kamenčič Germek, Gabrijela Gabor,  
Gordana Rožman, Matjana Koren Golja, Andreja Doberšek, Sanja Lazič, Andreja Ljubič.



**SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV  
V PEDIATRIJI**



**1978-2018**

**40 LET DELOVANJA STROKOVNE SEKCIJE**

Pred skoraj četrto stoletje, ko smo praznovali svetovni dan zdravja pod geslom »**Srečen otrok v zdravem okolju**«, je nastala pobuda za ustanovitev Pediatrične sekcije. Zamisel se je porodila pri mariborskih medicinskih sestrah, ki so sodelovale v skupnem kolegiju medicinskih sester, zaposlenih na Otroškem oddelku SB Maribor, v Dispanzerju za otroke, v Šolskem dispanzerju, v Patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Maribor, v Zdravstveni šoli Juga Polak – Maribor, v Vzgojno varstvenih zavodih ter v Otroškem domu. Po nasvetu takratnega odbora je bil ustanovljen iniciativni odbor za ustanovitev sekcije. Po izpeljani anketi, ki jo je pripravil in izvedel iniciativni odbor, so medicinske sestre, zaposlene na področju pediatrične zdravstvene nege v širšem slovenskem prostoru, dale predloge, pripombe in sporočila, na podlagi katerih smo si začrtali smernice delovanja novonastale sekcije. In tako smo **7. aprila 1978** ustanovili Pediatrično sekcijo in njena prva predsednica je postala Božena Golob.

Zaradi poenotenja imenovanja vseh sekcij, ki delujejo pod okriljem Zbornice zdravstvene nege, smo se leta 2004 preimenovali iz Pediatrične sekcije v Sekcijo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.

Predsednice Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji:

- 1978 – 1980 Božena Golob, Maribor
- 1980 – 1984 Manja Pašek, Maribor
- 1984 – 1988 Veronika Pretnar Kunstek, Ljubljana
- 1988 – 1992 Marjeta Dežnak, Celje
- 1992 – 1996 Mojca Stojan, Jesenice
- 1996 – 2000 Cvetka Meolic, Murska Sobota
- 2000 – 2004 Valentina Vajović, Novo Mesto
- 2004 – 2008 Beisa Žabkar, Koper
- 2008 – 2009 Anica Vogel, Slovenj Gradec
- 2009 – 2019 Majda Oštir, Ljubljana

Ustanovni občni zbor pediatrične sekcije Društva medicinskih sester Slovenije je bil 07.04.1978 v Mariboru pod okriljem Mariborske podružnice društva medicinskih sester Slovenije ob Svetovnem dnevu zdravja. Iniciativni odbor so sestavljali: Kurt Kancler, dr. med; Domjan Marija, MS; Faleto Silva, MS; Lešnik Antonija, MS; Kamerečki Emica, MS; Žiberna Danica, MS; Rožman





Jožica, VMS; Pologič Helena, VMS; Pašek Manja, VMS. Kratice z nazivi so napisane kot v originalnem dokumentu. Zanimivo je, da je bil v ustanovnem zboru tudi zdravnik.

### **Pomembni mejniki delovanja Sekcije**

Prva poročila o organiziranem strokovnem izobraževanju za medicinske sestre iz cele Slovenje, na področju zdravstvene nege v pediatriji so iz leta 1979. Medicinske sestre so obravnavale temo kožna in alergijska obolenja in predavanja na temo mednarodnega leta otroka. Prvo predavanje je imela višja medicinska sestra, ki je imela tudi izobrazbo diplomiranega sociologa. Strokovna srečanja so postala stalnica in tako sta bila vsako leto vsaj dve strokovni srečanja, ki sta obravnavali tako preventivo kot kurativo. V začetku osemdesetih let je bilo veliko skrbi in tem posvečeno preprečevanju otroških nezgod, rizičnim skupinam otrok ter družbeni skrbi, ki je bila namenjena otrokom s posebnimi potrebami.

Medicinske sestre so že v letu 1982 sodelovale v akciji osebne in splošne higiene ter varstvu okolja, kjer so opozorile na pomen zdravstveno vzgojnega dela na področju pediatrije.

V letu 1983 je bil na Zavod SRS za šolstvo poslan predlog, ki je opozarjal na problem izobraževanja za medicinske sestre, ki so bile zaposlene v socialnih zavodih za otroke do 2 leta starosti. Tam je bilo zaposlenih 378 medicinskih sester, ki so izvajale zdravstveno vzgojno delo za dojenčke, vendar kadrovsko in finančno niso bile ustrezno podprte, predvsem so želele več strokovnega izobraževanja iz področja zdravstvene nege.

Nadalje so bile v letu 1986 podane pripombe k poklicu zdravstveni tehnik. Predlagane dopolnitve so bile: zdravstveni tehnik naj po zaključenem izobraževanju in pripravniški dobi opravi še 6 mesecev specializacije iz pediatrije. Program naj bi pripravljale zdravstvene organizacije v sodelovanju s šolo. Medicinske sestre so opozarjale, da dijak v času izobraževanja v srednji zdravstveni šoli dobi premalo znanj s področja zdravstvene nege otroka. V aprilu tega leta je bilo strokovnem srečanju v Novi Gorici 520 udeležencev, kar izkazuje pomembnost strokovnega srečanja in želje po izobraževanju.

V času predsednikovanja Beise Žabkar je bil oddan tudi predlog za specialna znanja, ki bi jih zdravstveni tehniki lahko pridobili kot nacionalno poklicno kvalifikacijo, vendar žal ni bil sprejet. V letu 2012 smo se aktivno odzvali na predlagano odredbo Ministra za zdravje o ukinitvi licenc zdravstvene tehnike, in se vključili v javno razpravo. Mnenje Sekcije je bilo, da je nedopustno, da zdravstveni tehniki, kot pomemben del tima zdravstvene nege, ostanejo brez licenc, saj bo to postal nereguliran poklic, ki bo delno onemogočal kontinuirano strokovno izobraževanje zdravstvenih tehnikov.

V letu 2013 smo sodelovali z Fakulteto za zdravstvene vede Maribor. Skupaj smo organizirali okroglo mizo na temo Posvet o zdravstveni negi otroka in mladostnika, ki je bila namenjena vsem izvajalcem študijskih programov na zdravstvenih fakultetah. Posvet je bil uspešen, saj je izboljšal sodelovanje med nosilci predmetov iz področja zdravstvene nege otroka in mladostnika, študentje pa bodo dobili bolj enotna znanja. Žal ni prišlo do realizacije izdaje enotnega učbenika za študente z naslovom Zdravstvena nega v pediatriji.

V času delovanja Sekcije so bila organizirana mnoga strokovna izobraževanja v različnih krajih Slovenije, tako, da so bila vsem enako dostopna. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji je že v zgodnjih osemdesetih sodelovala z drugimi sekcijami, kot je okulistična sekcija, sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji ter drugimi kliničnimi oddelki in klinikami, kot je Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Klinika za pediatrijo Maribor, zdravstveno socialnimi zavodi, kot je na primer Dornava, CIRIUS Kamnik, CIRIUS Vipava, Mladinsko klimatsko zdravilišče Debeli rtič in drugi. V letu 2011 smo sodelovali z Visoko šolo za zdravstvo Celje. Tema, ki smo jo obravnavali je bila Spanje pri otroku. V letu 2012 smo v Cankarjevem domu ob dnevu medicinskih sester aktivno sodelovali s stojnico in pokrili teme kot je: svetovanje o prehrani dojenčka, o ukrepanju v primeru respiratorne okužbe pri otroku, predstavitev Zavoda za usposabljanje in delo Dornava ter predstavitev oživljanja za šolske otroke.



Pripravili smo tudi predavanje za odprti oder na temo Otrokove pravice v bolnišnici.

V zadnjih desetih letih so stalnica strokovnih srečanj učne delavnice, ki so med udeleženci zelo priljubljene, daj ne pridobijo samo teoretičnih znanj, marveč tudi veščine, ki jih potem lahko uporabijo ob delu s pacienti.

Ponosni smo tudi n to, da smo v zadnjem desetletju kar nekaj sredstev namenili izobraževanju medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, tako doma, kot v tujini.

### **Teme strokovnih srečanj**

V dolgih letih delovanja Sekcije so bile teme strokovnih srečanj zelo raznolike in so obravnavale zdravstveno nego v pediatriji na vseh področjih zdravstvenega varstva. Spodaj je naštetih nekaj tem: infekcijske bolezni pri otroku; sodobne metode pediatrične nege; zdravstvena nega v otroški kirurgiji; zdrav otrok in mladostnik – cilj medicinske sestre v pediatriji in najpogostejši problemi v primarnem zdravstvenem varstvu; preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih psihoaktivnih snovi; kontinuiran razvoj pediatrične zdravstvene nege; celostna in varna obravnava otroka in mladostnika z gibalno oviranostjo; problemi otrok v dobi odraščanja, kjer so v povezavi s kriminalistično službo opozarjale na problem odvisnosti; komunikacija in kakovost pediatrični zdravstveni negi; debelost pri otroku in mladostniku; medicinska sestra pri delu z otroki s posebnimi potrebami v centru za usposabljanje invalidnih otrok; otrok, družina, bolezen in zdravstveni delavci – skrb za druge in skrb zase; varnost otrok in mladostnikov na vseh nivojih zdravstvenega varstva; posebnosti pediatrične zdravstvene nege socialno ogroženega otroka in mladostnika; pediatrična zdravstvena nega otroka in mladostnika z motnjami v telesnem in duševnem razvoju; kronično bolan otrok- kdo naj skrbi za njegove potrebe zunaj bolnišnice?; simpozij enterostomalne terapije v obdobju otroka in mladostnika; zdravstvena nega zdravega in bolnega dojenčka...

Pogosto smo vključili teme, ki se dotikajo otrokovih pravic ter teme, ki zagotavljajo zdravo rast in razvoj otroka.

### **Publikacije**

Ob vseh strokovnih srečanjih smo izdali zbornik predavanj. V elektronski obliki so zborniki predavanj dosegljivi na spletni strani Zbornice – Zveze in sicer izdaje od leta 2006. Vsi ostali zborniki so dosegljivi v Narodni univerzitetni knjižnici. V zadnjih letih smo poskrbeli, da so zborniki dosegljivi v knjižnicah Srednjih zdravstvenih šoli in Fakultet za zdravstvene vede.

Ob srečanju smo V Znanju je moč-ga imamo dovolj? Leta 2013 smo izdali strokovni zbornik, v katerem smo objavili tudi prevedene dokumente Pediatric Nursing Associations of Europe, tako, da so dostopni vsem zdravstvenim delavcem na področju pediatrije.

V letu 2014 je Klinični oddelek za neonatologijo Pediatrične klinike, Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana izdal knjižico Nega novorojenčkovega popka. Knjižica je nastala v sodelovanju s pediatri in medicinskimi sestrami Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in Maribor, Zdravstvenega doma Maribor, Postojna in Murska sobota, Zbornico zdravstvene in babiške nege Slovenije - zvezo strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcijo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, Sekcijo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti ter Sekcijo medicinskih sester in babic. Nastala je ob delu skupine za nacionalni protokol Zdravstvena nega novorojenčkovega popka, ki je bil sprejet spomladi 2014 in je tudi objavljen na spletni strani Zbornice-Zveze. V letu 2018 smo pripravili in izdali zloženko Nega novorojenčkovega popka, ki je namenjena staršem. Izdana je v slovenskem in albanskem jeziku.

Trenutno so v fazi pregledovanja protokoli na področju merjenja telesne temperature pri novorojenčku, dojenčku in otroku.

V letu 2016 smo v sodelovanju s Slovenskim zdravniškim društvom in Združenjem za pediatrijo izdali knjižico Pomagati otroku zmanjšati strah in bolečino med zdravstvenim posegom, ki je namenjena staršem bolnih otrok, da bi lažje premagovali bolečino ob invazivnih posegih v



zdravstvenih ustanovah. Seveda pa je zelo koristen tudi za zdravstvene delavce. Sekcija je financirala izdajo knjižice, po nekaj izvodov, pa je bilo poslanih prav v vsako zdravstveno ustanovo v Sloveniji. V elektronski obliki je dosegljiva na spletni strani Zbornice- Zveze.

Poročila o strokovnih srečanjih in dogodkih Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji so bila objavljena v Utripu.

### **Mednarodno sodelovanje**

V arhivskih zapisih sekcije je navedeno tudi, da so medicinske sestre v pediatriji sodelovale tudi z sekcijami v bivših republikah Jugoslavije.

Pediatric Nursing Associations of Europe (PNAE) – Evropsko združenje pediatričnih medicinskih sester

Evropsko združenje pediatričnih medicinskih sester je bilo leta 2003 ustanovljeno kot področna skupina Mednarodnega združenja pediatričnih medicinskih sester. Njegov namen je povezati strokovne organizacije medicinskih sester, ki delajo z otroki in mladostniki v Evropi.

Mreža Evropskega združenja pediatričnih medicinskih sester si bo s svojimi dejavnostmi prizadevala, da bodo imeli otroci, mladostniki in družine po celotni Evropi zagotovljeno visoko kvaliteto zdravstvene nege, do česar imajo vso pravico. Cilji organizacije so: izboljšanje oskrbe za otroke in mladostnike po vsem svetu, spodbujanje in zagovorništvo zdravja in razvoja otrok na temelju Konvencije OZN o otrokovih pravicah, spodbujanje komunikacije med pediatričnimi medicinskimi sestrami za zagotavljanje oskrbe za vse otroke.

V letu 2011 smo organizirali mednarodni sestanek Pediatric nursing associations of Europe (PNAE) – Zveze združenj pediatrične zdravstvene nege Evrope, katere članica je Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji. Sestanek je potekal v Ljubljani in je bil združen z ogledom Pediatrične klinike Ljubljana in Intenzivne terapije nedonošenčkov -Ginekološke klinike ter se s tem predstavili evropskim kolegicam. Predstavili smo stanje zdravstvene nege v pediatriji v Sloveniji.

### **Specializacija zdravstvene nege v pediatriji**

Otroci in mladostniki spadajo med rizične skupine prebivalstva, zato imajo pravico, da v sistemu zdravstvene obravnave zanje skrbijo ustrezno izobražene in usposobljene pediatrične medicinske sestre, ki so pridobile specifična znanja, spretnosti in vrednote. Del teh znanj smo medicinske sestre pridobile v okviru formalnega šolanja, del na mestu zaposlitve, vendar pa to ne more nadomestiti specialnih znanj, ki bodo poglobile vedenja o otroku in družini, v času zdravja in bolezni. Prvič medicinske sestre v pediatriji že leta 1986 opozorijo na nujnost enoletne specializacije iz pediatrije za višje medicinske sestre po končani VI. stopnji študija, zaradi specifičnosti dela z majhnimi otroci.

V okviru Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji deluje tudi skupina za specializacijo, ki je na sestanku 11.11.2009 sprejela okvirna področja specializacije v pediatriji in sicer:

1. Pediatrična zdravstvena nega zdravega in bolnega otroka na primarni ravni zdravstvenega varstva.
2. Pediatrična zdravstvena nega kritično bolnega otroka v enoti za intenzivno terapijo, otroka s posebnimi potrebami in hospitaliziranega otroka.
3. Celostni pristop k zdravstveni negi otroka: atravmatska pediatrična zdravstvena nega, zdravstvena nega usmerjena v družino, varnost, pediatrične negovalne diagnoze, raziskovanje, kakovost, komunikacija.

Kar nekaj dela bo še potrebno vložiti, da bo specializacija za področje zdravstvene nege v pediatriji pripravljena. Na enem od strokovnih srečanj smo izvedli anketo med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehniki, ki so bili na srečanju prisotni (n=150) in kar 85% vprašanih je specializacijo podprlo.



V letu 2018 obeležujemo 40 letnico delovanja Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. V času delovanja smo se aktivno odzivali na dogodke, ki so lahko posredno ali neposredno vplivali na zdravstveno nego v pediatriji z namenom izboljšati obravnavo otrok in mladostnikov ter zagotoviti varno in kakovostno zdravstveno nego v pediatriji.

### **Vizija, usmeritve in dolgoročni cilji**

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji skrbi za ohranjanje bazičnega znanja, prenos novih znanj ter praktičnih veščin in spretnosti na vseh nivojih zdravstvenega varstva. Je povezovalna in svetovalna organizacija, ki se odziva na trenutna stanja na področju zdravstvene nege v pediatriji. Je dostopna vsakemu posamezniku na strokovnem področju in omogoča izboljšave ter inovacije na področju zdravstvene nege v pediatriji. Spodbuja raziskovalno dejavnost ter sodeluje pri implementiranju rezultatov v prakso.

Dolgoročni cilji:

- krepitev zdravstvenega stanja otrok in mladostnikov,
- izboljšanje kakovosti na področju zdravstvene nege v pediatriji,
- izboljšanje zdravja kronično bolnih otrok in mladostnikov,
- povezovanje na strokovnem področju na vseh nivojih zdravstvenega varstva,
- poenotenje standardov in smernic na področju zdravstvene nege v pediatriji,
- aktivno sodelovanje v evropskih organizacijah zdravstvene nege v pediatriji.

Pri organizaciji dogodkov in na sploh pri delovanju Sekcije je sodelovalo veliko medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Vsem, ki so kakorkoli prispevali se iskreno zahvaljujemo.

Prav tako se zahvaljujemo vsem udeležencem strokovnih srečanj, saj so prav oni tisti, ki so največji del Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.

*Vir: arhiv Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji*

Avtorji: Majda Oštir, Ivanka Limonšek, Andreja Doberšek in Gabrijela Gabor



## Uvodnik

Pred skoraj četrto stoletja, ko smo praznovali svetovni dan zdravja pod geslom »**Srečen otrok v zdravem okolju**«, je nastala pobuda za ustanovitev Pediatrične sekcije. Zamisel se je porodila pri mariborskih medicinskih sestrah, ki so sodelovale v skupnem kolegiju medicinskih sester, zaposlenih na Otroškem oddelku SB Maribor, v Dispanzerju za otroke, v Šolskem dispanzerju, v Patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Maribor, v Zdravstveni šoli Juga Polak – Maribor, v Vzgojno varstvenih zavodih ter v Otroškem domu. Po nasvetu takratnega odbora je bil ustanovljen iniciativni odbor za ustanovitev sekcije. Po izpeljani anketi, ki jo je pripravil in izvedel iniciativni odbor, so medicinske sestre, zaposlene na področju pediatrične zdravstvene nege v širšem slovenskem prostoru, dale predloge, pripombe in sporočila, na podlagi katerih smo si začrtali smernice delovanja novonastale sekcije. In tako smo **7. aprila 1978** ustanovili Pediatrično sekcijo in njena prva predsednica je postala Božena Golob.

Zaradi poenotenja imenovanja vseh sekcij, ki delujejo pod okriljem Zbornice zdravstvene nege, smo se leta 2004 preimenovali iz Pediatrične sekcije v Sekcijo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.

Danes v zdravstveni negi v pediatriji sledimo sodobni obravnavi otroka in mladostnika in se srečujemo s številnimi izzivi. Področja na katerih bomo morali delati v prihodnje so: specialna znanja, minimalni kadrovski normativi, ki bodo poleg kakovostne in varne obravnave, omogočali tudi zdravstveno nego usmerjeno v družino ter atravmatsko obravnavo otroka in mladostnika, izboljšati raziskovalno delo, da bomo zdravstveno nego podprli z dokazi, področje urgentnih ambulant, ki niso priznane in kadrovsko podprte, kar ne omogoča kakovostne in varne obravnave otrok in mladostnikov in še bi lahko naštevali.

Zbornik, ki je pred vami, smo v čast vsem, ki so in še sodelujete pri razvoju zdravstvene nege v pediatriji, poimenovali Srečen otrok v zdravem okolju. Geslo, ki so ga kolegice prepoznale, kot pomembnega za zdrav razvoj otroka, že 40 let nazaj. Medicinska sestra ima dovolj strokovnega znanja in etično moralnih vrednot, da je sposobna kritičnega razmišljanja in ukrepanja v korist otroka in družine.

**Majda Oštir,**  
*predsednica Sekcije medicinskih sester in  
zdravstvenih tehnikov v pediatriji*





**ZDRAVSTVENA NEGA  
ZDRAVE IN BOLNE KOŽE  
PRI OTROCIH**

# ATOPIJSKI DERMATITIS

**Prim. Vlasta Dragoš, dr. med.,**  
Dermatovenerološka klinika,  
UKC Ljubljana,  
Zaloška 2, 1000 Ljubljana

## Izvleček

Atopijski dermatitis je pogosta kronično ponavljajoča, močno srbeča ekcematoidna dermatoza otrok, mladostnikov in odraslih ljudi. Pri dojenčkih je značilno prizadeta koža obraza, pri majhnih otrocih so vnetja žarišča po okončinah, pri mladostnikih in odraslih so prizadeti pregibi velikih sklepov, vrat in obraz. Diagnozo postavimo s kliničnim pregledom, z ustrezno laboratorijsko diagnostiko določimo dejavnike, ki so povzročili poslabšanje bolezni. Poslabšanje ekcema zdravimo z lokalnimi kortikostteroidnimi mazili, po umiritvi hudega vnetja predpišemo lokalne inhibitorje kalcineurina. Bolnike s pogostimi ponovitvami zdravimo proaktivno. Težko potekojoče oblike bolezni zdravimo s sistemskimi imunosupresivi. Pomembno je redno dnevno izvajanje lokalne terapije z zadostno količino indiferentnih mazil. Klinična slika AD se spremeni ob dodatni okužbi z virusi, bakterijami ali glivami, zato moramo vse te dejavnike pri bolniku s srbečimi ekcematoidnimi spremembami upoštevati in ustrezno ukrepati.

## Ključne besede:

atopijski dermatitis, klinična slika, diferencialna diagnoza, zdravljenje, vodenje.

## Uvod

Atopijski dermatitis (AD) je vse pogostejša kronična, močno srbeča dermatoza dojenčkov, otrok, mladostnikov in odraslih. Pojavnost bolezni se je v zadnjih 30 letih zvečala 2-3 x. Pogosteje zbolevalo osebe, kjer so v družini druge atopijske bolezni: astma, alergijski nahod ali alergijsko vnetje oči. Do 80 % otrok z atopijskim dermatitisom se pozneje v življenju lahko pojavi ena od alergijskih bolezni dihal (Wollenberg et al., 2016).

Za nastanek AD poleg imunološke disfunkcije z neravnovesjem v delovanju Th1- in Th2-limfocitov in posledično zvišanih imunoglobulinov IgE je pomembna tudi motena sinteza filagrina, ki je pomemben za neokrnjeno kožno pregrado (Dragoš et al., 2012; Wollenberg et al., 2016).

V prvih letih življenja so bolniki z AD pogosteje senzibilizirani na prehranske alergene: kravje mleko, jajca, pšenično moko, sojo in arašide. Pri bolnikih, ki so senzibilizirani na jajčni beljak, AD praviloma traja dalj časa in ima hujši potek, pozneje se pojavi še senzibilizacija na pršico hišnega prahu. Na patogenetsko dogajanje dodatno vplivajo še nekateri superantigeni, predvsem stafilokok. Manjši delež bolnikov z AD ima enako klinično sliko bolezni, vendar so vrednosti specifičnih IgE normalni (Dragoš et al., 2012; Siegfried, Hebert, 2015; Wollenberg et al., 2016)

## Klinična slika AD v različnih starostnih obdobjih

Za AD so značilne simetrično razporejene, neostro omejene srbeče ekcematoidne spremembe z rdečino, mehurčki in rosenjem v akutni fazi vnetja ter buncicami, lihenifikacijo, krastami in luščenjem v fazi kroničnega vnetja.

V različnih obdobjih življenja se pojavlja na različnih in za starost značilnih predelih kože.

AD se običajno prične okoli tretjega meseca starosti. Prizadeta je koža po licih, čelu, lasišču, zgornjem delu trupa in po okončinah. Koža pod plenici in v gubah je zdrava.

V obdobju do četrtega leta starosti prevladujejo srbeča žarišča po distalnih delih okončin. Zaradi dolgotrajnega praskanja se pojavi tudi lihenifikacija kože.





Pri šolskih otrocih, mladostnikih in odraslih bolnikih se pojavijo vneta žarišča v komolčnih in kolenskih jamah, po dorzalnih delih rok, nog in prstov. Pri adolescentih in odraslih je vneta tudi koža vratu, vek in obraza, pogosto je vneta koža pod mečicami uhljev (Dragoš et al., 2012).

### **Diagnostika atopijskega dermatitisa**

Diagnozo AD postavimo klinično, pomembna je natančna anamneza in klinični pregled. Pomembni so tudi izvidi alergoloških testov in laboratorijskih preiskav, s katerimi skušamo določiti vzročne dejavnike, ki so povzročili poslabšanje. V izbranih primerih opravimo dodatne imunološke teste za ugotavljanje humoralne ali celične pomanjkljivosti.

Alergološke kožne vbodne teste za alimentarne in inhalacijske alergene opravimo med remisijo bolezni, ko koža ni vneta in bolnik ne prejema antihistaminikov. Vrednotenje kožnih vbodnih testov oz. celokupnih in specifičnih IgE zahteva ustrezno alergološko predznanje in izkušnje pri prepoznavanju in zdravljenju bolnikov z AD. Ne smemo spregledati, da so pozitivni kožni testi ali zvišane vrednosti specifičnih IgE možen izvid pri popolnoma drugih pridruženih kožnih boleznih (Dragoš et al., 2012; Wollenberg et al., 2016).

Pri sekundarni okužbi kože z glivami ali virusi moramo opraviti še skarifikat kože za mikološki laboratorijski pregled in bris kožnih sprememb za direktni imunofluorescenčni pregled na viruse (Siegfried, Hebert, 2015).

Osebe z AD izjemoma razvijejo tudi kontaktno preobčutljivost, v izbranih primerih bolnika s trdovratno obliko bolezni tudi epikutano testiramo. Odčitavanje epikutanih testov zahteva ustrezno izobraženega in izkušenega dermatologa, saj se le tako lahko izognemo napakam pri diagnozi alergijske kontaktne preobčutljivosti (Dragoš et al., 2012; Wollenberg et al., 2016).

### **Zdravljenje atopijskega dermatitisa**

#### Indiferentna terapija

Barierna funkcija kože je pri osebah z AD motena, saj vsebuje manj epidermalnih lipidov (holesterol, esencialne maščobne kisline, ceramidi). Izguba vode skozi epidermis je povečana zaradi motene sinteze filagrina, ki se veže na keratinski citoskelet v epidermisu, zato je prepustnost za alergene, bakterije, viruse in dražeče dejavnike iz okolja večja. Koža oseb z AD je suha, luščeča in srbeča. Zato si osebe z AD morajo redno umivati kožo s primernimi mili (syndet mila) in si suho kožo mazati z indiferentnimi mazili (Ring et al., 2011; Wollenberg et al., 2016).

#### Antiseptične kopeli

Koža bolnikov z AD je ob poslabšanjih kolonizirana s stafilokoki, zato je potrebno dnevno izvajanje antiseptičnih kopeli. Izbiramo med Na hipokloritom (6%), hipermaganom ali enim od gotovih izdelkov, ki jih bolnik dobro prenaša. Z umivanjem odstranimo kraste in luske, nadaljujemo z zdravilnimi mazili glede na stopnjo vnetja ali negovalnimi mazili. V fazi, ko je kožno vnetje umirjeno svetujemo antiseptične kopeli trikrat tedensko, sicer svetujemo redno umivanje kože s sindet mili (Ring et al., 2011; Ring et al., 2012; Wollenberg et al., 2016).

#### Indiferentna terapija

Osebe z AD si morajo redno po umivanju kožo namazati z indiferentnimi mazili. Tovrstno vzdrževalo terapijo morajo izvajati redno takrat ko je koža le suha in luščeča brez pridruženih znakov vnetja ( ekcema) ali sekundarnih okužb. Izbirajo naj med preparati, ki bolniku najbolj ustrezajo. V zimskih mesecih je nujno izvajanje indiferentne terapije 2x na dan, v poletnih mesecih zadostuje nanos 1x zvečer. Pomembno je, da si kožo namažejo v prvih petih minutah po kopeli, da voda ujeta v vrhnji plasti epidermisa ne izhlapi.

Mnogim koristijo in zadostujejo tudi oljne kopeli, s katerimi lahko nadomestijo zamuden postopek izvajanja indiferentnega zdravljenja (Ring et al., 2011; Wollenberg et al., 2016).



## Zdravljenje s protivnetnimi mazili

Osnovna protivnetna zdravila za zdravljenje AD so lokalni kortikosteroidi (KS). Zaradi protivnetnih, imunosupresivnih in antiproliferativnih lastnosti so zelo učinkoviti za zdravljenje akutnega poslabšanja AD. V koži delujejo zaviralno na številne imunske celice, fibroblaste in endotelijske celice, vendar pri dolgotrajni, predvsem nekritični uporabi vodijo do razvoja neželenih lokalnih in sistemskih učinkov. Lokalni kortikosteroidi so varni, kadar jih uporabljamo na mestih, kjer je prisoten ekcem, brez dodatne superinfekcije. Varna mesečna količina lokalnega kortikostroida je cca 1 g/kg/tt/ mesec (Ring et al., 2011). Za akutna roseča vnetja predpišemo kreme, za kronična lihenificirana žarišča izberemo mazila. Zdravljenje vedno kombiniramo s primerno količino indiferentnega mazila. Neutemeljen strah pred škodljivimi neželenimi učinki je pretiran in vodi v nezadostno uporabo zdravil in posledično v neuspešno obvladovanje AD.

Pri hujših oblikah bolezni izvajamo proaktivno zdravljenje AD (Wollenberg, Bieber, 2009), ki ga izvajamo z lokalnimi KS 1 x do 2 x na teden na mestih, kjer se pojavljajo poslabšanja in ga kombiniramo z indiferentnimi mazili.

Pri zdravljenju AD uporabljamo tudi lokalne imunomodulatorje: pimekrolimus in takrolimus, ki zavirata transkripcijo vnetnih citokinov. Učinkovito zmanjšujeta srbenje, blažita potek in zagone AD. Sta varna in učinkovita pri otrocih in odraslih. Ne povzročata atrofije kože, niti sistemskih neželenih učinkov, zato sta primerna tam, kjer je koža tanjša, pri majhnih otrocih in dolgotrajnem zdravljenju. Najpogosteje opisana neželena učinka sta kratkotrajno skelenje in srbež ob nanosu zdravila.

Pimekrolimus uporabljamo za zdravljenje blagih do zmerno hudih oblik AD, kratkotrajno ob bolezenskih zagonih ali intermitentno 2-3 x na teden. Takrolimus (0,03 % pri starejših od 2 let in 0,1 % za starejše od 15 let) uporabljamo za zdravljenje srednje hudih do hudih oblik AD. Protivnetna učinkovitost 0,1 % takrolimusa je primerljiva s srednje močnimi lokalnimi KS (Ring et al., 2011; Wollenberg, Bieber, 2009).

## Zdravljenje z antihistaminiki

Antihistaminiki se pri zdravljenju AD pogosto uporabljajo, vendar dokazi za njihovo učinkovitost niso prepričljivi in so le dodatno zdravljenje, ki zmanjša srbež in izboljša spanje. Uporabljati jih moramo hkrati z zdravili za učinkovito zmanjšanje vnetja, kot so lokalni kortikosteroidi in inhibitorji kalcinevrina, in nikoli kot monoterapijo. Novejše antihistaminike lahko varno uporabljamo tudi v primeru do 2-krat višje doze pri otrocih ter do 4-krat višje pri odraslih. Sedativni antihistaminiki so smiselni pred spanjem, ne-sedativni podnevi (Ring et al., 2011; Ring et al., 2012).

## Zdravljenje sekundarnih okužb

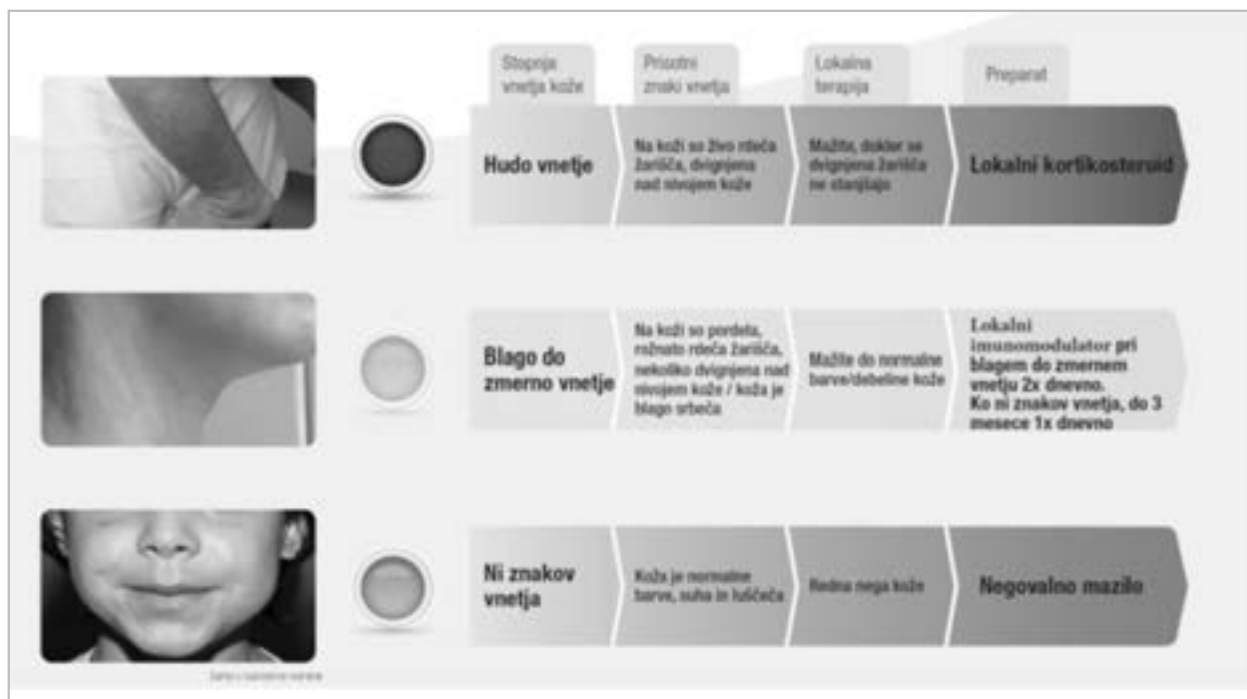
Okužba kože je pri osebah z AD pogostejša, ker je le-ta velikokrat kolonizirana z bakterijami, zlasti *S.aureusom*, ter zaradi okrnjene bariere in motene sinteze antibakterijskih peptidov v koži. Sekundarna okužba se kaže s pojavom rosečih, z medenimi krastami obloženih žarišč, periaurikularnih fisur ali številnih drobnih pustul.

Dolgotrajna uporaba lokalnih antibiotikov ni priporočljiva zaradi pojava rezistentnih sevov bakterij kot tudi možnosti kontaktne senzibilizacije na nekatere lokalne antibiotike. Uporaba sistemskih antibiotikov pri AD brez znakov sekundarne okužbe ni indicirana. Ob poslabšanjih svetujemo lokalne antiseptike, ki jih do umiritve vnetja bolnik izvaja vsak dan, potem 3x na teden (Ring et al., 2011).

Na poslabšanje AD zlasti pri mladostnikih in odraslih lahko vplivajo glive, predvsem *Malassesia spp.* Nanjo moramo pomisliti takrat, ko so eritem ali vnetna žarišča prisotni na koži glave in vratu. Priporočeno je lokalno in/ali sistemsko zdravljenje z antimikotiki.

Bolniki z AD imajo pogosteje tudi različne virusne kožne okužbe. Potekajo s težjo klinično sliko in pogostejšimi zapleti (norice), pogosteje se širijo na večje površine kože (ekcema moluskatum, herpetični ekcem, ekcema coxsackium).





Slika 1: Stopenjsko zdravljenje AD

Vodenje in zdravljenje bolnikov z AD je izziv za izkušenega dermatologa, saj je AD terapevtsko med najbolj zahtevnimi boleznimi kože.

Bolnišnično obravnavo na dermatološkem oddelku potrebujejo bolniki s pogostimi poslabšanji, tisti, ki imajo prizadete več kot 50 % kožne površine, in tisti z razširjeno, sekundarno okuženo obliko bolezni.

Težke oblike zdravimo s sistemskimi zdravili (ciklosporin in drugi imunosupresivi), obetavna so tudi biološka zdravila ( dupilumab ) (Thaci et al., 2016) ter nekateri novi lokalni pripravki ( crisaborol) (Paller et al., 2016).

### Zaključek

Za kvalitetno strokovno obravnavo bolnikov z AD moramo dobro poznati pestrost kliničnih slik AD, ki se spreminja v starostnih obdobjih in je zato diagnostični in terapevtski izziv. Osebni pristop vsakemu bolniku, ocena stopnje vnetja ob pregledu in navodila bolniku o pravilnem stopenjskem zdravljenju bolezni je ključno za obvladovanje poslabšanj.

### Literatura

Dragoš V. et al. *Atopijski dermatitis. Zbornik predavanj. Ljubljana: Združenje slovenskih dermatovenerologov, Dermatovenerološka klinika; 2012.*

Paller AS, Tom WL, Lebwohl MG, et al. *Efficacy and safety of crisaborole ointment, a novel, nonsteroid phosphodiesterase 4(PDE4) inhibitor for the topical treatment of atopic dermatitis(AD) in children and adults. J Am Acad Dermatol. 2016:75-494.*



Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A, et al. Guidelines for Treatment of Atopic Eczema (Atopic dermatitis). For the European Dermatology Forum (EDF), the European Academy of Dermatovenerology (EADV), European Federation of Allergy (EFA) and European Society of Pediatric Dermatology (ESPD); 2011: 26–27.

Ring J, Alomar A, Bieber T, et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part I JEADV. 2012; 26:1176–93.

Siegfried EC, Hebert AA. Diagnosis of atopic dermatitis: mimics, overlaps and complications. *J Clin Med.* 2015; 4(5): 884-917.

Thaci D, Simpson EL, Beck LA, et al. Efficacy and safety of dupilumab in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis inadequately controlled by topical treatment: a randomised, placebo-controlled, dose ranging phase 2b trial. *Lancet;* 2016:387.7.

Wollenberg A, Oranje A, Deleuran M, et al. ETFAD/EADV eczema task force 2015 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adult and paediatric patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016; 30:729-747.

Wollenberg A, Bieber T. Proactive therapy of atopic dermatitis- an emerging concept. *Allergy.* 2009; 64:276–278.



# ZDRAVSTVENA NEGA OTROKA Z ATOPIJSKIM DERMATITISOM

## PRIKAZ PRIMERA

**Andreja Doberšek dipl. m. s. s spec. znanji**  
Splošna bolnišnica Celje - Otroški oddelek  
dobercvet@gmail.com

### Izvelek

Atopijski dermatitis je kronična bolezen sodobnega časa, kjer gre za preobčutljivostno vnetje kože otrok, mladostnikov in odraslih ljudi, katere pred nekaj desetletji praktično niso poznali. Pri otrocih se najpogosteje pojavlja že v prvem mesecu življenja v obliki izpuščajev, koža pa je ob enem suha. Medicinska sestra mora imeti dovolj strokovnega znanja o tej bolezni, kar je izrednega pomena za pravilno postavitve negovalnih diagnoz, negovalnih problemov, ter izvedbo negovalnih intervencij. Medicinska sestra mora znati vzpodbuditi zaupanje, da je otroku/pacientu pripravljena pomagati, kadar to pomoč potrebuje in ga podpira, kot celovito osebnost, hkrati pa vključuje v sam proces zdravstvene nege ter podaja ustrezne informacije ne le pacientu temveč tudi njihovim svojcem/staršem. V prispevku je predstavljena sedaj že 6 letna deklica, ki je zaradi svoje naraščajoče bolezni obravnavana v otroški dermatološki in v otroški alergološko – pulmološki ambulanti, Splošne bolnišnice v Celju. V omenjenih ambulantah je deklica vodena zaradi atopijskega dermatitisa, alergije na prehranske alergene (kravje mleko, jajce, arašidi, jagode, kivi, pasja dlaka) ter senzibilizacijo na pršico, trave, plode žit, leske in breze. Obravnavana je bila večkrat tudi na otroškem oddelku zaradi poslabšanja osnovne bolezni ob prebolevanju bakterijskih in virusnih infekcij, anafilaktičnih reakcij in bronhiolitisov.

**Ključne besede:** atopijski dermatitis, zdravstvena nega, koža, deklica, alergija na hrano, hospitalizacija.

### Abstract

Atopic dermatitis is a chronic disease common in modern times. It is a type of hypersensitive inflammation of the skin of children, teenagers and adults which was almost non-existent a few decades ago. With babies it most often starts already in their first month in the form of rash while the skin is dry. A nurse should be well-acquainted with this disease, which is essential in order to give the appropriate nursing diagnosis, deal with nursing problems and perform nursing interventions. She should be able to instil confidence in a child patient so that he feels that she wants to help him when necessary and that she supports him as a fully rounded personality while getting him involved in the nursing process as well as giving relevant information not only to the patient but also to his parents or relatives. A study case present now six-year-old girl who is treated at Paediatric Dermatology and Paediatric Allergy and Pulmonology clinic in Splošna bolnišnica Celje. The girl has been treated in the aforementioned clinics because of atopic dermatitis, allergy to food allergens (cow's milk, eggs, peanuts, strawberries, kiwis, dog hair) as well as sensitivity to dust mites, various types of grass, and wheat, hazel and birch pollen. She has also been treated at the paediatric ward many times because her primary condition worsened while she was recovering from bacterial and viral infections, anaphylactic reactions and bronchiolitis.

**Key words:** atopic dermatitis, nursing, skin, a girl, food allergy, hospitalization.

### Uvod

Kožna obolenja lahko dokaj negativno vplivajo na kakovost življenja pacienta (otrok/odrasla oseba), saj mu pogosto predstavljajo oviro v vseh pogledih njegovega bivanja. Kožne bolezni običajno niso življenjsko nevarne, nemalokrat krepko prizadenejo pacientovo samozavest, počutje in samopodobo.



Tovrstne bolezni se namreč razlikujejo od drugih bolezni po tem, da so njene posledice vidne predvsem na površini telesa. Pa vendar lahko prizadeti s kožnim obolenjem te svoje težave do določene mere obvladujejo, in sicer s pravilno nego kože, s pravilnim načinom življenja in sprejemanjem bolezni.

Atopijski dermatitis je kronična pordelost kože, ki povzroča različne stopnje neprijetnega počutja: nadraženost kože, ki povzroča, da se pacient nenehno praska in ima občutek bolečine.

Pri otrocih se najpogosteje pojavlja atopijski dermatitis, ki se kaže že v prvem do tretjem mesecu življenja s prizadetostjo kože po licih v obliki izpuščajev, rosenjem, krastami in luščenjem, koža pa je ob enem tudi suha. Spremembe so tudi na čelu, lasišču, zgornjem delu trupa in po okončinah. Koža pod pleniciami in v gubah je zdrava (Lunder, 2015).

V prispevku je predstavljena šest letna deklica, ki so se ji težave s kožo začele pojavljati že v četrtem mesecu starosti. Pojavile so se ji predvsem na okončinah rdeča hrapava žarišča katera je pogosto praskala ob poslabšanju pa je ponoči tudi slabo spala. Osebni zdravnik otroka napoti na nadaljnjo obravnavo k specialistu dermatologu in alergologu, večkrat pa je bila tudi hospitalizirana tako na dermatološkem oddelku kot tudi na otroškem oddelku Splošne bolnišnice Celje.

Otroci so osebe, ki so odvisne od staršev, saj sami nimajo dovolj moči in znanja, da bi lahko bili samostojni (Kranjec, 2009). Otroci in njihovi starši, pogosto potrebujejo pomoč pri razumevanju bolezni in vzpodbudo, da upoštevajo zdravnikova navodila, priporočila in da spoznajo, da se s pravočasnim ukrepanjem bolezen bolje obvladuje, hkrati pa se izboljša tudi kakovost življenja. Vse več staršev se vse pogosteje obračajo po pomoč in nasvete k medicinski sestri. Zato morajo medicinske sestre nuditi staršem osnovno in pregledno znanje o alergijah, jih poučiti o možnih vzrokih in nastanek, potek diagnosticiranja, možnostih preprečevanja in predvsem tudi o poteku zdravljenja, ki je ustrezno za njihovega otroka.

### **Atopijski dermatitis**

Atopijski dermatitis je bolezen sodobnega časa. Je bolezen otrok, mladostnikov in odraslih, ki je pred nekaj desetletij praktično niso poznali. Gre za preobčutljivostno kronično vnetje kože, ki je posledica kombiniranih vzrokov. Eden izmed teh je atopija, torej podedovana lastnost, vendar se ne pojavlja v vseh primerih (Mušič, 2006). Atopijski dermatitis je kronična pordelost kože, ki povzroča različne stopnje neprijetnega počutja: nadraženost kože, ki povzroča, da se pacient nenehno praska in ima občutek bolečine.

Beseda »atopija« pomeni preobčutljivost posameznika na določene stvari (alergen), kot so hrana, cvetni prah, hišna ali mokasta pršica, plesni ali druge kemikalije, ki povzročajo alergijsko reakcijo. »Dermatitis« se nanaša na vnetje kože (Daisy, 2010).

Atopijski dermatitis se večinoma prične okoli tretjega meseca starosti s prizadetostjo kože po licih, kjer so neostro omejena pordela ekcematoidna žarišča z erozijami, rosenjem, krastami in luščenjem. Spremembe so tudi na čelu, lasišču, zgornjem delu trupa in po okončinah. Koža pod pleniciami in v gubah je zdrava. Od četrtega leta starosti prevladujejo žarišča po distalnih delih okončin. Zaradi dolgotrajnega praskanja se pojavi tudi lihenifikacija. Inverzna oblika bolezni z ekcematoidnimi spremembami po komolcih in kolenih nakazuje neugoden potek bolezni. Šolski otroci, mladostniki in odrasli bolniki imajo vneta žarišča v komolčnih in kolenskih jamah, po dorzalnih delih rok, nog in prstih. V adolescenci in pri odraslih je še dodatno vneta koža vratu, vek in obraza. Pogosto je vneta koža pod mečicami uhljev (Lunder, 2015).

Pojavnost bolezni v zahodnih državah narašča. V 60 % se bolezen pojavi v prvem letu življenja, do petega leta doživi prvi izbruh bolezni 90 % pacientov z atopijskim dermatitisom. Pozneje se bolezen postopoma umiri ali celo izzveni. Po tretjem letu starosti ima težave le še polovica obolelih otrok, v odrasli dobi le še desetina bolnikov (Mervic, 2009). Na potek bolezni vplivajo tudi sprožilni dejavniki, kot so izpostavljenost kože iritantom, neugodni klimatski in psihosocialni dejavniki (Lunder, 2015). Na pojav bolezni poleg preobčutljivosti pomembno vplivajo tudi drugi dejavniki, predvsem nekatere bakterije na površini kože, na primer stafilokok (Rupnik, 2010).



### Pri nastanku atopijskega dermatitisa se prepleta več dejavnikov, od katerih jih poznamo le nekaj:

- okvarjeno delovanje zaščitne pregrade kože, zaradi česar koža postane suha in bolj dostopna za dražeče snovi iz okolja, alergene in mikrobe,
- eden od možnih dejavnikov pri atopijskem dermatitisu so alergeni v hrani. Obstaja povezava med težo atopijskega dermatitisa in alergijo za hrano,
- dednost (70 % bolnikov z atopijskim dermatitisom ima vsaj enega družinskega člana z atopijsko boleznijo, med katere štejemo atopijski dermatitis, astmo in seneni nahod),
- prisotnost bakterije stafilococcus aureus na koži,
- izpostavljenost alergenom in dražečim snovem,
- stres.

### Oblike atopijskega dermatitisa

Večina bolnikov ima celo življenje suho in občutljivo kožo. Klinična slika je v različnih življenjskih obdobjih različna, vedno pa jo spremlja srbenje. Obstaja nekaj vrst atopijskega dermatitisa, kot so: neurodermitis diffusa, neurodermitis erythrodermica, neurodermitis verrucosa, neurodermitis chronica circumscripta unilocularis.

### Klinična slika atopijskega dermatitisa

Za atopijski dermatitis so značilne simetrično razporejene, neostro omejene ekcematoidne spremembe z rdečino, mehurčki in rosenjem v akutni fazi vnetja ter bunčicami, lihenifikacijo, krastami in luščenjem v fazi kroničnega vnetja. Za atopični dermatitis v vseh starostnih obdobjih je značilno močno izraženo srbenje. Atopični dermatitis se večinoma prične okoli tretjega meseca starosti s prizadetostjo kože po licih, kjer so neostro omejena pordela ekcematoidna žarišča z erozijami, rosenjem, krastami in luščenjem. Spremembe so tudi na čelu, lasišču, zgornjem delu trupa in po okončinah. Koža pod plenici in v gubah je zdrava. V obdobju do četrtega leta starosti prevladujejo žarišča po distalnih delih okončin. Zaradi dolgotrajnega praskanja se pojavi tudi lihenifikacija. Inverzna oblika bolezni z ekcematoidnimi spremembami po komolcih in kolenih nakazuje neugoden potek bolezni. Šolski otroci, mladostniki in odrasli bolniki imajo vneta žarišča v komolčnih in kolenskih jamah, po dorzalnih delih rok, nog in prstih. V adolescenci in pri odraslih je še dodatno vneta koža vratu, vek in obraza. Pogosto je vneta koža pod mečicami uhljev (Dragoš, 2010).

### Spremenjena telesna podoba

Telesna samopodoba je pomemben vidik splošne samopodobe. Zanimivo je, da pacienti s kožnimi obolenji pogosto poročajo o tem, da jih zavračajo prijatelji in da je to najtežje od vsega, s čimer se morajo spoprijemati. Posamezniki se podobno kot druge skupine kroničnih bolnikov soočajo: z občutkom zmanjšane kakovosti življenja, s težavami v čustvovanju, neugodnimi stranskimi učinki zdravil ter usklajevanjem zdravljenja in vsakdanjega življenja.

Spremembe na koži, še posebej, če se odražajo na bolj vidnih predelih telesa (obraz, dlani), ljudje hitro opazijo in prav zaradi takšne izpostavljenosti so dermatološki bolniki bolj podvrženi težavam v čustvovanju in vedenju. Posamezniki spremembe na koži pogosto poskušajo skriti z oblačili, imajo občutke sramu in se bojijo, kako se bodo ljudje odzvali, če bodo videli vneta in pordela kožo. Zaradi bolečin in srbenja posamezniki občutijo neugodje in posledično ne zmorejo opravljati vsakodnevnih opravil, kot na primer hoje, spanja ali oskrbe doma in družine. Prav tako se ne morejo udeleževati športnih aktivnosti, saj jim potenje bolečino in srbenje le še poslabšuje. Zaradi vseh naštetih težav in zdravljenja je za osebe, ki se soočajo z dermatološkimi kroničnimi boleznimi, težje opravljati šolske ali delovne obveznosti.



## Zdravljenje atopijskega dermatitisa

Obravnava bolnikov z atopijskim dermatitisom zahteva multidisciplinarni pristop, kjer sodelujejo osebni zdravnik, dermatolog, alergolog, dietetik in psiholog (Dragoš, 2010). Zdravljenje je dolgotrajno, saj je bolezen kronična. Pacientom (otroku) in njihovim staršem svetujemo naj se izogibajo snovem in oblačilom, ki dražijo kožo, prahu, pelodu in živalskim dlakam, cigaretnemu dimu. Doma naj vzdržujejo čim bolj enakomerne pogoje bivanja z ustrežno temperaturo in stopnjo vlažnosti. Z zdravili, ki so na voljo, atopijskega dermatitisa ne moremo ozdraviti, lahko pa z njimi pomembno omilimo neprijetne znake. Cilj zdravljenja je omogočiti bolniku kakovostno življenje brez srbeža s čim manj spremembami na koži.

Praskanje in drgnjenje je potrebno preprečiti, če je to le mogoče. Priporoča se prhanje namesto kopanja. Če se pacient kopa, naj ne uporablja mil ali gelov za prhanje, ki izsušijo kožo. Sprememba okolja (odhod na morje ali v hribe) in večja izpostavljenost soncu običajno olajšata težave. Pri atopijskem dermatitisu je zaradi okrnjenega pregradnega delovanja kože nujno potrebna redna nega kože, tudi ko se stanje izboljša in na koži ni videti vnetnih sprememb (Mervic, 2009).

Akutno vneto kožo, ki je rdeča, otekla in rosi (eksudacija), začnemo zdraviti z obkladki (npr. s fiziološko raztopino) tako, da bombažno tkanino prepojimo z raztopino in jo položimo na vneto kožo. Zaradi višje temperature vnete kože tekočina sorazmerno hitro hlapi in obkladki se lahko zlepijo s kožo, zato jih je treba menjavati na 30 - 60 minut. V mrzlih dneh je priporočljivo tekočino za obkladke segreti na telesno temperaturo. Pogosto menjavanje obkladkov moti nočni počitek, zato zvečer prizadeto kožo namažemo s hidrofilno kremo. Za kronične vnetne spremembe pri atopičnem dermatitisu, je značilna bolj ali manj suha koža.

Pri zdravljenju kroničnih vnetnih sprememb v dermatologiji dokaj pogosto uporabljamo katrane, ki so destilacijski produkti različnih organskih snovi: premogov katran (pix liquida), lesni katran (piroleum phagi, bukov katran), katran iz fosilnih rib (ihtiol). V dermatološki literaturi so katrani znani kot spojine, ki zmanjšujejo vnetje (nesteroidni antiflogistiki). Če želimo vplivati na bolezenska dogajanja v koži, moramo upoštevati posebnosti in stanje bolnikove kože ter lastnosti zdravila (Kansky & Miljković, 2009).

### **PRIKAZ PRIMERA – Obravnava deklice z atopijskim dermatitisom**

V prispevku je predstavljena šest letna deklica, ki je bila rojena po normalni nosečnosti ob roku v 39 - tem tednu nosečnosti gestacijske starosti s porodno težo 3480 g in porodno dolžino 51 cm. V družinski anamnezi ni zaslediti podatkov o kožnih obolenjih, prav tako nihče v družini nima astme ali alergije. Mati otroka ima hipotirozo.

Deklica ima atopijski dermatitis in številne alergije na prehranske alergene, kot so: mleko, jajca - beljak, arašidi, Ara H2, jagode in kivi, strup na kožo krilca čebela, pasja dlaka in inhalatorne alergene, kot so: pršica, trave, žita in breza. Pri 2,5 letih je imela 2 x v vrtcu anafilaktično reakcijo (prekinjeni z antihistaminikom), predpisan ima Epipen. V starosti četrtega leta opravimo pri deklici provokacijski test z jajci pod nadzorom visokega rizika, ki je tretiran kot negativen. Od februarja 2018 je na redni zaščiti s kortikosteroidom Flixotide 50 mikrogramov. Deklica je obravnavana v otroški dermatološki in alergološko – pulmološki ambulanti, večkrat je bila tudi zaradi poslabšanja kože hospitalizirana na otroškem oddelku in 1x zaradi atopijskega dermatitisa ob poslabšanju na dermatološkem oddelku. Prve težave s kožo so se začele pojavljati že od 4. tedna dalje, ko je bila deklica prvič hospitalizirana na otroškem oddelku zaradi otekanja po hrbtišču obeh dlani ter obeh nartov, pojavil se je makulopapulozen droben izpuščaj po koži, na gležnju je bil prisoten urtikarialni izpuščaj. Deklica se je pogosto praskala in ponoči slabo spala ob tem pa je bila koža suha. Ob opazovanju hranjenja smo opazili tudi polivanje, zato smo uvedli antirefluksne ukrepe in prilagodili mlečno formulo na Aptamil AR za dohranjevanje deklice, ki je bila sicer dojena. Med hospitalizacijo opravimo pri deklici laboratorijske preiskave na preobčutljivostno reakcijo cel, IgE 60 in spec. IgE na jajčni beljak ter kravje mleko sta pozitivna, določitev spec. IgE na mačko (neg) in psa (poz). Blato na kri je negativno. Na oddelku je bila uvedena dieta brez kravjega mleka (KML), jajc, jajčnih izdelkov in lecitina pri materi, deklico





pa smo dohranjevali z mlečno formulo Aptamil AR z dodatkom rižkota. Zaradi prisotnosti urtikarijalnega izpuščaja in prisotnih oteklin je deklica prejela Fenistil kapljice po katerih so otekline in izpuščaji izzveneli. Deklica je bila z ustrezno terapijo in navodili odpuščena v domačo oskrbo. V otroški Dermatološki ambulanti je bila deklica prvič obravnavana v starosti osmega meseca pod napotno diagnozo Dermatitis atopica in Alergija na kravje mleko. Mati pove da se deklici od 4. tega meseca dalje pojavljajo po koži rdeča hrapava žarišča, ki jih pogosto praska, ob poslabšanjih ponoči slabo spi. Mati pove, da so na strogi dieti brez mleka in mlečnih izdelkov ter jajc, jajčnih izdelkov in lecitina in da imajo v stanovanju psa in mačko. Ob pregledu dermatologa je koža celega telesa je suha, mestoma se drobno lušči, na golenih ekstenzornih delih zgornjih okončin in na dekolteju so številna hrapava eritematozna žarišča, posamezna tudi na predelu bokov, koža pod pleniciami je neprizadeta, prav tako lasišče.

#### Nega kože z oljnimi toaletnimi sredstvi:

- 30 % aqua v eucerinu (večkrat na dan),
- 50 % advantan v belobazi (1 x/dan) na eritematozna žarišča
- Fenistil gtt 10-15 gtt pp
- izogibanje pasji dlaki in ureditev okolja

Ob naslednjem kontrolnem pregledu pri dermatologu, ki ga je imela pri enem letu mati pove, da deklica ni več dojena, hranjena je z mlečno formulo Aptamil ADC. Psa v stanovanju nimajo več, in da čakajo na prvi pregled pri otroškem specialistu alergologu. Stanje kože se je ob redni lokalni terapiji izboljšalo. S strani specialista dermatologa je svetovano nadzorno cepljenje z OMR cepivom v bolnišnici. Svetovan je kontrolni pregled.

V istem mesecu je bila hospitalizirana na otroškem oddelku zaradi Bronchiolitisa ac. in okužbo z Respiratornim sincicijskim virusom (RSV), Atopijski dermatitis v poslabšanju. Inhalacijske terapije v zdravstvenem domu ni dobila. Ob tem ni potrebovala podpore kisika. Potrebovala je inhalacije z Ventolinom in zaščito s kortikosteroidom Flixotide. Stanje kože – atopijskega dermatitisa je bilo v poslabšanju predvsem po ličkih, trupu in v pregibih zgornjih okončin, saj so se pojavile srbeče bunčice v zadnjem mesecu se je pojavila tudi vneto koža pod pleničko. Ob pregledu pacienta mati tudi pove, da so se pred enim mesecem pojavile mozoljčkom podobne spremembe pod desno pazduho (dva večja podkožna nodula v premeru ½ cm). Zaradi poslabšanja atopijskega dermatitisa in vnete kože pod pleničko in mozoljčkom podobne spremembe pod desno pazduho pošljemo pacienta na konziliarni pregled k specialistu dermatologu. Ob pregledu spec. dermatolog predre večjo spremembo iz katere izteka gnojna vsebina na mesto apliciramo obkladek s 0,9 % NaCl, ter sterilno pokrijemo. Material odpošljemo na bakteriološko preiskavo iz katere je porasel Staphylococcus aureus. Zdravnik odredi enako terapijo kot so jo predpisali ob zadnji kontroli, dodal pa je še glede na trenutno stanje Dactarin kremo 2-3 x dnevno ob previjanju, ter zvečer cinkovo mazilo, katerega naj uporabljajo več kot 10 dni in Garamycin ung. 2 x dnevno, umivanje z antiseptičnim octenisan losjonom., obkladki s 0,9% NaCl na predrto lezijo. Deklico po šestih dneh hospitalizacije ob izboljšanju zdravstvenega stanja odпустimo v domačo oskrbo z ustrezno inhalacijsko terapijo in terapijo, ki jo je predpisal specialist dermatolog.

#### Terapija:

- dieta brez KML, JAJC – LECITINA (uživa naj APT ADC z rižkom),
  - Ventolin vpihi 3 vpihe/6 ur 3 dni,
  - Flixotide,
- Nega kože z oljnimi toaletnimi sredstvi,
- 30 % aqua v eucerinu (večkrat na dan),
  - 50 % advantan v belobazi (1 x/dan) na eritematozna žarišča,



- Fenistil gtt 10-15 gtt pp,
- Dactarin kremo 2-3 x dnevno ob previjanju,
- zvečer cinkovo mazilo, katerega naj uporabljajo več kot 10 dni,
- Garamycin ung. 2 x dnevno,
- umivanje z antiseptičnim octenisan losjonom,
- obkladki s 0,9 % NaCl na predrto lezijo.

### **Zdravstvena nega otroka z atopijskim dermatitisom**

Zdravstvena nega otroka je specifično področje zdravstvene nege. Le ta zahteva visoko stopnjo strokovnosti, humanosti, predanosti, empatije ter sposobnosti verbalne in neverbalne komunikacije. Otrok lahko zboli v vsakem razvojnem obdobju. Otroci vidijo, čutijo in doživljajo na svoj način. Zato tudi na bolezen in posledično na hospitalizacijo reagirajo vsak na svoj način.

Pri bolnem otroku medicinske sestre izvajajo strokovno zdravstveno nego in se ob tem vključujejo v delo celotnega zdravstvenega tima na eni strani, na drugi pa vzdržujejo zvezo med otrokom in njegovimi starši ter opravljajo pomembno preventivno zdravstveno-vzgojno dejavnost. Za vse te dejavnosti mora imeti medicinska sestra, ki v svojem poklicnem delu opravlja zdravstveno nego otroka mnogo znanja (Hoyer, 1994, 2005). Medicinske sestre morajo izdelati individualni načrt za obravnavo posameznega otroka /pacienta.

### Najpogostejše negovalne diagnoze pri otroku z atopijskim dermatitisom in Bronhiolitisom:

- *KOŽA - POŠKODOVANA*; okvara sluznic kožnega ali podkožnega tkiva (alergija na hrano)
- *TELESNA PODOBA* – moteno doživljanje telesne podobe; negativni občutki v zvezi z izgledom
- *NEURAVNOVEŠENA PREHRANA* - manj kot telo potrebuje, prehranski deficit; Uživanje premalo hrane v primerjavi z metaboličnimi potrebami (predpisana dieta – Aptamil ADC)
- *SPANJE* - motnje spanja; prekinjeno trajanje in kvaliteta spanja, kar povzroča neugodje in motnje v dnevni aktivnosti (srbenje kože, pogosto prebujanje),
- *NEVARNOST INFEKCIJE* – koža; prisotnost zvišane možnosti za vdor patogenih organizmov,
- *STRAH* – neznano okolje; občutek ogroženosti zaradi znanega vzroka z identificiranim virom nevarnosti (hospitalizacija),
- *DIHALNE POTI* - neučinkovito čiščenje dihalnih poti; neučinkovito odstranjevanje izločkov iz respiratornega trakta (obilna sluz),
- *DIHANJE* – neučinkoviti vzorci dihanja; vdih in/ali izdih ne zagotavljata primerne ventilacije (posledica lahko cianoza).

### **Zdravstvena vzgoja bolnika z atopijskim dermatitisom**

Cilj zdravstveno-vzgojnega dela je čim bolj izobraziti starše in otroke o alergiji na hrano in jih naučiti, kako prilagoditi navade otroka, da se bodo v največji možni meri izognili škodljivim alergenom (Hren, 2003). Zdravstveno-vzgojno delovanje medicinske sestre je ključnega pomena, saj zajema tako poučevanje otrok kot tudi njihovih staršev. Medicinska sestra jim svetuje in jih poučuje, kako se tveganje za alergijo na hrano lahko zmanjša in kako se mu da izogniti. Ključna vloga medicinske sestre pri preprečevanju alergij pri otrocih je v delovanju na zdravstveno-vzgojnem področju.

### **Praktični nasveti šole atopijskega dermatitisa, ki jih upoštevajmo doma:**

- *negovanje suhe kože*: tuširanje s toplo vodo (35 °C), dodajte nekaj kapljic oljne kopeli, uporaba blagih mil. Kožo temeljito izperite, da odstranite vse ostanke mila. Kožo osušite s pivnanjem, kožo umivajte z rokami ne uporabljajte krpic. Otrok naj ima kratko prstrižene nohte.
- *draženjem s hrano*: izogibajte se dolgotrajnemu kontaktu hrane na koži okoli ust (čim prej obrišite ostanke hrane okoli otrokovih ust),



- oblačila: izogibajte se grobim tkaninam, ne nosite sintetičnih in volnenih oblačil, uporabljajte oblačila iz 100 % bombaža. Pri pranju perila ne uporabljajte mehčalcev ali pralnih praškov s fosfati. Perilo 2 x izperite.
- dražljivci in alergeni: uporabljajte trda glicerinska mila za umivanje intimnih predelov, pazduh, rok in stopal. Drugih predelov kože ne milite. Izogibajte se uporabi kozmetičnih krem, losjonov, parfumov in ličil.  
Pri čiščenju bivalnih prostorov ne uporabljajte agresivnih detergentov.
- praskanjem: trepljajte, močnejše pritiskajte na srbečo kožo, nikar pa je ne praskajte. Redno nanašajte blažilna negovalna mazila.

### **Imejte nadzor nad dejavniki v bivalnem okolju, in sicer nad:**

- temperaturo: vzdržujte stalno, hladno temperaturo zraka. Ne oblačite se pretoplo. Zmanjšajte število pokrival v postelji. Poskrbite za to, da se boste čim manj potili.
- vлаго: vlažite zrak v stanovanju/hiši, predvsem pozimi.
- prahom in alergeni v zraku: odstranite zavese in preproge ter rastlinje iz vseh, predvsem spalnih prostorov. Tla naj bodo iz materialov, ki jih lahko enostavno obrišete z mokro krpo. Izogibajte se uporabi kakšnih koli pršil v zaprtih prostorih. Prezračite prostore, v katerih kuhate. Ne kadite. Domače ljubljence (mačke, pse, ptiče, glodavce) preselite iz bivalnih prostorov. Priporočljivo je občasno zamenjati bivalno okolje, posebno ugodno na kožno stanje vplivata morski zrak in gorsko podnebje.

### Nadzorujte stres:

- poskrbite za prijazno in prijetno vzdušje in okolje na delovnem mestu,
- naučite se relaksacijskih tehnik.

Skrbite za zdravo, mešano in uravnoteženo prehrano. Z jedilnika izključite tista živila, pri katerih ste opazili poslabšanje kožnega stanja. Pogosto so to pomaranče, limone, kivi, hruške, jagode, breskve, ananas, svinjina, jajca, arašidi, mleko, ribe, soja, moka, gazirane pijače, konzervansi in barvila v hrani.

### **Zaključek**

Vsak človek si želi zdravo in polno življenje, toda tistim, ki zbolijo, to ni dano. Koža dermatoloških pacientov je izpostavljena pogledom okolice, zato imajo ti pacienti, zaradi takšne ali drugačne stigmatizacije, težave s svojo zunanjo samopodobo, kar jim povzroča fizične in psihične težave v vsakdanjem življenju.

Kožne bolezni so vidne na površini in se po tem razlikujejo od drugih bolezni. Zagotovo predstavlja takšna »vidljivost« v veliki meri stres za pacienta in njegove svojce. Toda s pravilno nego kože, z zdravim slogom življenja in zavestnim sprejemanjem bolezni, lahko tudi ti pacienti obvladujejo svojo bolezen in živijo kakovostno življenje. Naučiti se namreč morajo živeti tako, da kljub nenehno prisotni dedni zaznamovanosti in ob morebitnem poslabšanju kožnega stanja, storijo vse, kar je v njihovi moči, da se bolezenski znaki zmanjšajo, umaknejo in se jim življenje ponovno vrne v že utečene tirnice. Prav zato je pomembno, da strokovno podkovan osebje v zdravstveni negi s svojim delom, znanjem in praktičnim izkušnjami pomaga pacientu in njegovim bližnjim pri razumevanju in zdravljenju bolezni, ki jih je prizadela.

Zdravstveno-vzgojno delo medicinske sestre pri otroku z dokazano alergijo na hrano ima zelo velik pomen. Medicinska sestra je dolžna svoje znanje posredovati tako otrokom kot tudi njihovim staršem. Empatičen in profesionalen odnos medicinske sestre je pogosto odraz tega, da se starši in otroci raje obrnejo po nasvete k medicinskim sestram kot k zdravnikom. Ključno pri tem je, da so medicinske sestre visoko strokovno izobražene, da jim lahko pomagajo in primerno svetujejo v dani situaciji. Ena izmed ključnih nalog medicinske sestre je motivacija otrok in staršev za kontinuirano izobraževanje o prehranskih alergijah, o ustrezni negi kože ob pojavu simptomov



in ustrezni prehrani, s čimer zagotovijo primeren vnos hranilnih snovi pri otroku. Prav znanje o ukrepah otrok, predvsem pa njihovih staršev pri pojavu alergije na hrano pri otroku je ključnega pomena. Svoje znanje so straši dolžni prenesti na svojega otroka, kajti le tako se bo otrok prilagodil svoji bolezni in živel brez zdravstvenih poslabšanj ter se ne bo počutil izoliranega od svojih vrstnikov.

## Literatura

Daisy J. *Atopic Dermatitis (Infantile Eczema)*; 2010. Available at: <http://nursingcrib.com/nursing-notes-reviewer/maternal-child-health/atopic-dermatitis-infantile-eczema/> (29.7.2018).

Dragoš V. *Atopijski dermatitis: klinična slika, diferencialna diagnoza in vodenje* In: Planinšek Ručigaj T, Lunder T, Košnik M, eds. *Alergijske bolezni kože : zbornik sestanka, Ptuj, 12.-13. februar 2010*. Golnik : Bolnišnica, Klinika za pljučne bolezni in alergijo; 2010:12-14.

Gordon M. *Negovalne diagnoze: priročnik*. Radizel: Rogina; 2003.

Hoyer S. *Zdravstvena nega otroka*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije; 1994.

Hoyer S. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2005.

Hren M. *Vpliv notranjega okolja na pojav alergijske bolezni in odstranjevanje alergenov iz bivalnega okolja*. In: Hren M, Kuhar M, ed. *Pediatrična alergologija za medicinske sestre*. Ljubljana: Medis d.o.o.; 2003:116-122.

Kansky A, Miljković JS. *Kožne in spolne bolezni*. Ljubljana: Združenje; 2009:31-148

Kranjec S. *Problem prehrane otroka z alergijo*. *Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč*. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ljubljana; 2009.

Muši, E. *Živimo z alergijo*. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2006:11-68.

Lunder T. *Atopijski dermatitis. Obravnava bolnika v ambulantni osebni zdravniški ambulanti*. Ljubljana: Združenje slovenskih dermatologov; 2015.

Lunder T. *Epikutano testiranje*. In: Planinšek Ručigaj T, Lunder T, Košnik M, eds. *Alergijske bolezni kože : zbornik sestanka, Ptuj, 12.-13. februar 2010*. Golnik: Bolnišnica, Klinika za pljučne bolezni in alergijo; 2010:6-8.

Mervic L. *Atopijski dermatitis - kronično vnetje kože*. 2009. Available at: <http://pza.si/Clanek/Atopijski-dermatitis.aspx>. (26.8.2018).

Rupnik H. *Kožne alergije*. 2010. . Available at: <http://pza.si/Clanek/Kozne-alergije.aspx>. (12.9.2018).



# VNETJE KOŽE POD PLENICO

**Prim. Vlasta Dragoš, dr.med**  
Dermatovenerološka klinika,  
Zaloška 2, Ljubljana

## Izveček

Vzroki vnetja kože pod plenico so zelo različni. Najbolj pogosto se pojavi zaradi dražečega vpliva ostankov blata in urina, pojavi se tudi zaradi okužbe kože pod plenico z glivami ali bakterijami. Mnogokrat uporaba plenice dodatno poslabša druge kožne bolezni. Nekatere kronične bolezni kože spremljajo vnetje kože v področju pod plenici. Zdravljenje tovrstnega vnetja kože prilagodimo stopnji vnetja in etiološkemu dejavniku. Uspešno bo le, če bomo ugotovili vzrok, ga odpravili, sicer je zdravljenje prilagojeno stopnji vnetja in razširjenosti sprememb.

**Ključne besede:** vnetje kože, plenica, otrok

## Uvod

Način povijanja otroka v plenice in materiali, ki so jih za to uporabljali, se je tako skozi zgodovino kot v različnih kulturah spreminjali. V letih, ko otroke niso povijali v pralne bombažne plenice se je pojavnost navadnega pleničnega izpuščaja močno zmanjšala (Akin, et al., 2001).

Prva uporaba plenice za enkratno uporabo sega v šestdeseta leta 20 stoletja. V naslednjih desetletjih se je njihova kvaliteta močno izboljšala. Iz običajnih papirnatih plenice so s tehnološkimi izboljšavami naredili bolj kakovostne, ki vežejo bistveno več vode.

Vzrokov za plenični izpuščaj je veliko, vendar niso vsi enako pogosti. Nekoč najbolj pogosta oblika iritativnega dermatitisa postaja vse redkejša, vendar jo še vedno veliko srečujemo pri dojenčkih z različnimi oblikami drisk. Pogosto je kandidamicetično vnetje, nekoliko redkeje se srečujemo z bakterijsko povzročenim vnetjem kože pod plenico. V prvih mesecih je seboroični dermatitis klinično težko ločiti od začetnega atopijskega dermatitisa. Možen vzrok vnetja kože peri-genitalnega predela je pomanjkanje cinka, psoriatični dermatitis in še redkeje nekatere druge redke bolezni (Klunk et al., 2014; Wahrman, Honig, 2000). S skrbno in nadzorovano uporabo lokalnih kortikosteroidov v področju pod plenici glutealnih granulomov ne srečujemo več, vendar jih navajamo zaradi popolnejšega seznama vseh možnih vzrokov vnetja kože pod plenici. Pri zdravljenju bomo uspešni le takrat, ko bomo ob natančnem kliničnem pregledu, ne samo prizadete kože, ampak kože celega telesa in ob anamnestičnih podatkih dognali najbolj verjetne vzročne dejavnike. Dodatno opravljene usmerjene laboratorijske preiskave nam bodo v pomoč pri dokončni diagnozi. Izjemoma redko bomo za dokončno diagnozo morali opraviti še histološko preiskavo prizadete kože pod plenici.

## Vzroki vnetja kože pod plenici:

1. Iritacija
2. Glivična okužba
3. Bakterijska okužba
4. Seboroični dermatitis
5. Psoriaza
6. Pomanjkanje cinka (pridobljeno ali prirojeno)

## Iritativni dermatitis pod plenici

Pogostnost pojava iritativnega dermatitisa pod plenici je enaka pri obeh spolih, običajni začetek pojava je med 3-9 mesecem starosti. Vnetje je lahko bodisi v obliki dokaj ostro omejenega eritema



po konveksitetah, pri hujših oblikah se pojavi rosenje ali celo erozije. Prizadeta je koža okoli spolovila in po glutealnih delih, v gubah ni bolezenskih sprememb (Klunk et al., 2014).

Etiologija in patogeneza iritativnega dermatitisa ni popolnoma jasna. Nekateri dojenčki so bolj nagnjeni k tovrstnim vnetjem, še posebno ob okužbah, ko prejemajo antibiotično terapijo ali ob driskah, ne glede na etiologijo. Toplo, vlažno okolje pod plenico, kolonizacija z bakterijami in glivami dodatno prispeva k pojavu vnetja. Ob prisotnosti mešanice urina in blata z visokim pH se aktivirajo fekalne lipaze in proteaze, ki skupaj s *Candido albicans* povzročajo okvaro epidermisa in dodatno poškodujejo zaščitno pregradno. Tako se še dodatno poveča dovzetnost kože za iritativno vnetje. Dojenčki z atopijsko predispozicijo in z ihtiozami imajo že primarno okrnjeno pregradno funkcijo kože in so bolj dovzetni za pojav iritativnih dermatitisov (Atherton, 2001). Pri teh skupinah bolnikov pogosto srečujemo vnetja ob robu plenice ali na mestih stika kože z lepilnim trakom. Zdravljenje tako povzročene vnetja prilagodimo stopnji in razširjenosti vnetja. Akutne eksudativne in erozivne spremembe zdravimo z indiferentnimi obkladki s fiziološko raztopino do epitelizacije. Koristno je, če otroka začasno ne povijamo v plenice. V naslednji stopnji zdravljenja koristi, če vneto kožo zdravimo z nizko potentnimi kortikosteroidnimi kremami, dokler se vnetje ne umiri. Čez noč prizadeto kožo zaščitimo z mehкими cinkovimi pastami. Svetujemo pogostejšo menjavo plenice, zamenjavo vrste plenice, zdravimo ostale vzročne dejavnike (driska) (Klunk et al., 2014).

### Glivična okužba

Novorojenci in majhni dojenčki med 2-4 mesecem starosti so dovzetni za okužbe s *Candido*. Soor v ustih je pogost v prvih tednih po rojstvu. Kandidoza pod pleniciami je pogosta, pri uporabi različnih antibiotikov ob infekcijah.

Klinična slika s kandido povzročene vnetja kože pod pleniciami se lahko kaže z difuzno pordelimi plaki z obrobim luščenjem in satelitnimi pustulami ob robu ali v obliki zlivajočih se rožnatih papul z obrobim luščenjem. Prizadeta je koža peri-genitalno in/ali peri-analno. Pri napredovalem vnetju je koža pod pleniciami mesnato rdeča s številnimi satelitnimi pustulami ob robu. Vedno so prizadete tudi gube (Klunk et al., 2014, Munz et al., 1982).

Zdravljenje vedno prilagodimo stopnji in razširjenosti vnetja. Lokalno zdravljenje z lokalnimi antimikotiki večkrat na dan dva tedna. Svetujemo tudi še dvoplastno terapijo z lokalnim antimikotikom in mehko cinkovo pasto. Pri hudo izraženem vnetju predpišemo za nekaj dni nizko potentne lokalne kortikosteroide kot dodatno anti-inflamatorno terapijo, v kombinaciji z lokalnim antimikotikom. Koristna je tudi peroralna uporaba imidazolov za eliminacijo kvasovk iz črevesja. Izjemoma se odločimo za zdravljenje s sistemsko delujočim antimikotikom (Munz et al., 1982).

### Bakterijska okužba

Bulozni impetigo, ki ga povzroča *Staphylococcus aureus* skupine II, se lahko pojavi kjerkoli po koži. V prvih tednih po rojstvu lahko prizadene kožo pod pleniciami. Klinično se pojavijo različno veliki mehurji, izpolnjeni z motno vsebino, ki hitro počijo in puščajo področja erodirane kože z obrobim luščenjem. Spremembe se zelo hitro širijo, zato je nujno čim prej uvesti antibiotično terapijo s kloksacilinom 50-100 mg/kg/dan. Lokalni antibiotiki (fusidna kislina ali mupirocin) so koristen dodatek k sistemski terapiji.

Pri nekoliko starejših dojenčkih in majhnih otrocih lahko povrhinja infekcija peri-analnega področja s piogenim streptokokom povzroča dokaj trdovratno in ponavljajoče se vnetje kože ob analni odprtini. Peri-analno je koža močno pordela, nekoliko luščeča, skoraj redno so prisotne boleče ragade ob analni odprtini. Otrok težko odvaja blato, na blatu so prisotni sledovi krvi. Iz brisa prizadete kože peri-analno dokažemo prisotnost piogenega streptokoka. Hkrati ima otrok pogosto asimptomatski streptokokni faringitis povzročen z istim sevom. Lokalno zdravljenje z antibiotičnim mazilom (mupirocin) je redko dovolj uspešno. Učinkovito je desetdnevno zdravljenje s peroralnim penicilinskim preparatom ali eritromicinom (Koks et al., 1987).



## Seboroični dermatitis

Seboroični dermatitis povezujejo s prisotnostjo kvasovke *Malassesia furfur* v prizadeti koži. Značilne kožne spremembe se začnejo med 3. in 12. tednom starosti. Prve spremembe v obliki debelih mastnih rumenkastih lusk na pordeli podlagi se pojavijo na lasišču. V naslednjih tednih se enake spremembe pojavijo ob robu lasišča, na obrveh, čelu, za uhlji in po licih. Pri bolj razširjeni obliki so prizadete še gube (aksilarno, ingvinalno) in popek. Pod pleniacami je koža difuzno pordela, prisotni so zlivajoči se plaki z nežnimi luskami. Večinoma so spremembe vedno prisotne na lasišču in pod pleniacami, z obvezno prisotnostjo sprememb v gubah. Pordela žarišča v gubah, kjer se pojavi še maceracija so običajno še sekundarno okužene s kandido (Klunk et al., 2014, Ruiz-Maldonado et al., 1989). Zdravljenje prilagodimo stopnji in razširjenosti vnetja. Na erodirana mesta apliciramo indiferentne obkladke. Na debele luščiče obloge nanašamo indiferentna mazila za dan ali dva, ki jih pri umivanju odstranimo. Učinkovito je zdravljenje s ketokonazol kremo ali šamponom. Za hudo vneta mesta izjemoma svetujemo za krajši čas lokalno nizko potentna kortikosteroidna mazila. Sekundarno okužene spremembe s kandido zdravimo z lokalnim antimikotikom (Johnson, Nunley, 2000). V tem starostnem obdobju je težko klinično ločiti seboroični dermatitis od atopijskega dermatitisa. Prizadetost kože v aksilah in pod pleniacami, ob spremembah po lasišču, mastne rumenkaste obloge na živordeči podlagi, ter odsotnost srbenja je značilna za seboroični dermatitis, ki večinoma izzveni v nekaj tednih, redkeje v nekaj mesecih.

## Psoriaza

Vulgarna psoriaza pri dojenčkih je izjemno redka bolezen. Pri otrocih, ki so predisponirani zanjo, je ravno prizadeto področje kože pod pleniacami pogosto prva klinična manifestacija bolezni. Bolniki z zgodnjim začetkom bolezni (tip I) imajo večinoma hujši potek bolezni. Klinično je koža pod plenico močno pordela, svetleča, infiltrirana, prizadete so tudi ingvinalne gube. Ob robovih so prisotni pordeli, zlivajoči se eritematoskvamozni plaki, ki se lahko v naslednjih tednih pojavijo tudi po obrazu, lasišču, trupu in okončinah (Neville, Finn, 1975). Zdravljenje je bistveno bolj zahtevno in dolgotrajno kot pri drugih vrstah vnetja. Indiferentna mazila, mazila z dodatkom cinka in nizko potentni kortikosteroidi predstavljajo osnovno terapijo. Zdravljenje luskavice pod pleniacami ne bo uspešno, dokler ne opredelimo in ne pozdravimo sprožilnega dejavnika.

## Pomanjkanje cinka

Pri dojenčkih s prirojeno ali pridobljeno obliko pomanjkanja cinka v serumu je koža pod plenico vedno močno vneta, včasih ima celo žarišča podobna luskavici. Prisotni so lahko erozije, redkeje mehurji, ob robovih je prisotno luščenje. V primerih, ko pomanjkanje cinka traja dalj časa, se ostro omejene vnetne erozivne in luščiče spremembe pojavijo tudi okoli ust in po hrbtiščih prstov rok in nog.

Prirojena oblika pomanjkanja cinka je redka avtosomno-recesivna bolezen, ki jo spremlja še slabo napredovanje otroka, razdražljivost, trdovratne driske, kasneje se pojavijo še trofične spremembe na nohtih in laseh. Podobne klinične spremembe so lahko tudi pri nekaterih še redkejših organo-acidemijah.

Pridobljene oblike pomanjkanja cinka tudi niso pogoste. Prizadenejo lahko prezgodaj rojene dojenčke in otroke, ki so bili dalj časa na parenteralni prehrani. Pridobljene prehransko pogojene oblike pomanjkanja cinka se pojavljajo tako pri dojenih otrocih kot zalivančkih. Nanjo pomislimo vsakokrat, ko je vnetje kože pod pleniacami dolgotrajno in slabo reagira na zdravljenje. Bolezen dokažemo z določitvijo vrednosti cinka v serumu.

Lokalno zdravljenje prilagodimo stopnji vnetja. Na erozivne spremembe polagamo indiferentne obkladke do epitelizacije in večkrat na dan uporabljamo zaščitna mazila. Do popolne regresije kožnih sprememb bo prišlo šele po nadomestni terapiji s cinkom v odmerku 2-5 mg/kg/dan. V



primerih pridobljene oblike pomanjkanja cinka je čas terapije nekaj tednov do mesecev. Bolniki s prirojeno obliko pomanjkanja cinka ga morajo prejemati celo življenje (Heinen et al., 1995).

### **Zaključek**

Vzroki za vnetja kože pod plenicami so zelo številni. Isti vzrok, pri različnih bolnikih povzroča različice v stopnji in razširjenosti vnetja. Zato vnetje kože pod plenico ni bolezen, ki bi se je dalo pozdraviti enostavno z enim čudežnim mazilom primernim za vse. Klinična slika, razširjenost sprememb, prizadetost drugih delov kože, predvsem pa anamnestični podatki o dogodkih pred pričetkom bolezni in o spremljajočih znakih, so nujni za opredelitev možnega etiološkega vzroka. Z ustreznimi preiskavami, ki bodo dopolnile klinični pregled, bomo predpisali ustrezno zdravljenje, ki mora biti prilagojeno stopnji vnetja in razširjenosti sprememb.

### **Literatura**

Akin F, Spraker M, Aly R. Effect of breathable disposable diapers: reduced prevalence of candida and common diaper dermatitis. *Pediatr Dermatol.* 2001; 18:282-90.

Atherton DJ. The aetiology and management of irritant diaper dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001; 15 suppl 1:1-4.

Heinen F, Mathern D, Pringsheim N. Zinc deficiency in an exclusively breast-fed preterm infants. *Eur J Pediatr.* 1995; 154:71-75.

Johnson A, Nunley JR. Treatment of seborrheic dermatitis. *Am Fam Physician.* 2000; 61(9):2703-10.

Klunk C, Domingues E, Wiss K. An update on diaper dermatitis. *Clin Dermatol.* 2014; 32(4):477-87.

Koks MP, Comstac KJA, Facklaim RR. Streptococcal perianal disease in children. *Pediatrics.* 1987;80:659-63.

Munz D, Powell KR, Pai CH. Treatment of candidal diaper dermatitis: a double-blind placebo-controlled comparison of topical nystatin with topical plus oral nystatin. *J Pediatr.* 1982; 101:1022-25.

Neville EA, Finn O. Psoriasiform napkin dermatitis: a follow-up study. *Br J Dermatol.* 1975;92:279-85.

Ruiz-Maldonado R, Lopez-Martinez R, Perez-Chavariea EL. *Pityrosporum ovale* in infantile seborrheic dermatitis. *Pediatr Dermatol.* 1989; 6:16-20.

Wahrman JE, Honig PJ. Napkin dermatitis. Clinical features and differential diagnosis. In: Harper, J., Oranje, A.P., Prose, N., eds. *Textbook of pediatric dermatology.* Oxford: Blackwell science; 2000:143-52.





# KAKO LAHKO MEDICINSKA SESTRA VPLIVA NA CELJENJE KIRURŠKE RANE PRI NOVOROJENCU- PRIKAZ PRIMERA

**Marjanca Kovše, mag. zdr. neg.**

Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo otrok,  
Oddelek za otroško kirurgijo, Kirurška klinika,  
Univerzitetni klinični center Ljubljana,  
marjanca.kovse@kclj.si

## Izvleček

Koža je največji organ človeškega telesa. Novorojenčkova koža je še posebno občutljiva, nežna in tanjša. Kirurška rana je lahko za novorojenčka tudi nevarna. Pomemben del znanja medicinske sestre je, da prepozna spremembe na novorojenčkovi koži pri kirurški rani. V nadaljevanju prispevka je prikazan primer zdravljenja kirurške rane pri novorojenčku.

**Ključne besede:** novorojenec, kirurška rana, medicinska sestra

## Uvod

Največji organ novorojenčka je koža, katera prekriva celoto površino telesa. Njena naloga je, da varuje, nadzoruje in prenaša telesu sporočila iz zunanjega sveta. Pomembna vloga kože je, da štiti telo pred škodljivimi fizikalnimi, kemičnimi in mikrobiološkimi zunanjimi vplivi. Ima pomembno vlogo pri vzdrževanju temperature, elektrolitov in tekočinskega ravnovesja. Deluje tudi kot del imunskega sistema.

Novorojenčkova koža je po sestavi enaka koži odraslega človeka, vendar pa se še razvija in prilagaja zunanjim dražljajem. Je do 60 % tanjša, manj poraščena in ima slabšo povezavo med vrhnjico in usnjico. Vsebuje več vode ter manj maščob, tudi žleze lojnice še niso popolnoma razvite. Koža novorojenčka še nima zgrajenega zaščitnega kislinkega plašča, zato je bolj dovzetna za bakterijske, virusne in glivične okužbe (Harper et al., 2006; Schachner, Hansen, 1988). Predvsem je to pomembno takrat, ko je novorojenček izpostavljen kirurškemu posegu. Pričakujemo lahko zaplete pri zdravljenju kirurške rane, kot je vnetje ali pa dehiscenca. Pomembna naloga medicinske sestre je, da pozna posebnosti novorojenčkove kože.

## Prikaz primera

Prirojene napake ali bolezni, katere zahtevajo kirurško zdravljenje, so za novorojenčka stresne, zahtevne in tudi nevarne. Kirurško rano je potrebno skrbno opazovati in pri kakršnikoli spremembi kože ob kirurški rani je potrebno obvestiti kirurga. Na oddelku za otroško kirurgijo je protokol, da prvo previjanje kirurške rane vedno izvede kirurg. Nadaljnja previjanja kirurške rane pa izvaja medicinska sestra.

Novorojenec je bil iz Postojnske porodnišnice premeščen na Neonatalni oddelek Pediatrične klinike, zaradi bruhanja in znakov akutnega abdomna. Pričeli so z konzervativnim zdravljenjem. Dečku se je v starosti 13 dni stanje poslabšalo, zato so se odločili za operativni poseg. Novorojenec je bil sprejet na Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo z diagnozo ileusa, nekrotizirajočega enterokolitisa in cistične fibroze z znaki prizadetosti črevesja. Deček je bil isti dan operiran, abdominalni kirurg je odstranil nekrotično črevo (10 cm) in naredil terminalno ileostomo v levi zgornji kvadrant trebuha in mukozno fistulo v desni spodnji kvadrant trebuha. Deček je po prvem operativnem posegu dobro okreval, pričel se je hraniti in vzpostavila se je peristaltika črevesja, deček je tudi normalno odvajal. Kirurška rana se je zacelila brez zapletov. V tem času je bila pri njem potrjena še cistična fibroza. Po mesecu dni so se kirurgi odločili za zapiranje



terminalne ileostome in rekonstrukcijo črevesja. Ob previjanju kirurške rane, smo sedmi pooperativni dan opazili dehiscenco rane na mestu terminalne ileostome. Odvzeli smo bris rane, iz katere so porasli: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis* in *Pseudomonas aeruginosa*. Deček ni imel zvišanih vnetnih parametrov v krvi, ni imel vročine, zato se ne odločimo za antibiotično terapijo. Odločili smo se, da vneto rano zdravimo z medeno alginatno oblogo. Pomembno je, da poznamo sodobne obloge za kirurške rane.

Znanstveno raziskovalne študije danes znova odkrivajo, da ima med terapevtsko moč. O njegovi uporabi so pisali že v Starem Egiptu, saj so ga uporabljali pri zdravljenju odprtih ran, opeklin ali razjed na koži. Med ima antimikrobne in protivnetne učinke. Med vsebuje veliko organizmu nujno potrebnih in koristnih vitaminov (C, B2, B3, B5, B6, B9), mineralov (železo, magnezij, mangan, kalij, fosfor, kalcij, natrij, baker in cink), antioksidantov, esencij in neesencialnih maščobnih kislin, encimov, rastlinske smole ter druge zdravilne rastlinske učinkovine. Med ima nizek pH (3,2-4,5), zato preprečuje rast mnogim patogenim organizmom.

Prikaz zdravljenja je podan s slikovnim materialom spodaj (Slike 1-8). Mama se je strinjala z predlaganim načinom zdravljenja in je tudi sodelovala pri procesu zdravstvene nege. Kirurško rano smo v začetku vsakodnevno očistili s sterilno toplo fiziološko raztopino. Nato smo jo osušili in jo prekrili z medeno alginatno oblogo. Deček je pred posegom dobil analgetično terapijo.



Slika 1,2: Vneto kirurška rana (M. Kovše; 26.9.2017)

Na mestu, kjer je bila terminalna ileostoma, je kirurška rana, katera se je vnela in izločal se je eksudat. Ker je bilo izločka veliko, smo rano vsak dan očistili in zamenjali alginatno medeno oblogo. Tretji dan zdravljenja kirurške rane z alginatno medeno oblogo, se je eksudat zmanjšal in kirurška rana ob robovih ni bila več močno pordela (Slika 2,3).



Slika 3,4: Kirurška rana (M. Kovše, 27.9.2017)



Naslednji dan smo ob prevezi kirurške rane opazili vidno izboljšanje. Kirurška rana je ob robovih minimalno pordela in je bila že skoraj suha. Rano smo zopet očistili s toplo sterilno fiziološko raztopino, jo osušili in namestili alginatno oblogo.



Slika 5,6: Kirurška rana (M. Kovše, 29.9.2017)

Prevezo smo menjavali na tri dni, saj eksudata ni bilo več. Dne 10.10.2017 je bila rana suha, brez rdečine, zaceljena (Slika 7).



Slika 7: Kirurška rana 10.10.2017 (M. Kovše, 10.10.2017)

Ob odpustu je bila kirurška rana suha, brez rdečine, kar nam prikazuje Slika 8.



Slika 8: Kirurška rana ob odpustu iz bolnišnice (M. Kovše, 17.10.2017)



## **Zaključek**

Koža novorojenčka je občutljiva, nežna in tanka. Zahteva posebno pozornost v procesu zdravljenja po kirurškem posegu. Medicinska sestra mora poznati sodobne obloge za kirurške rane zato, da se lahko odloči, katero namesti na kirurško rano, ki se je vnela ali pa je prišlo do dehiscence.

Medena obloga se je izkazala za dobro izbiro za zdravljenje kirurške rane pri novorojenčku. V Evropi se vedno več zdravnikov odloča za uporabo medu pri zdravljenju ran. Tuji avtorji navajajo, da med pripomore k zdravljenju opeklinških ran (Jull et al., 2013). Zdravljenje ran z medom pri onkoloških bolnikih, se je prav tako pokazalo za pozitivno metodo. Študija je pokazala, da se je velikost rane zmanjšala, rane so se zacelile po relativno kratkem času, zaznali pa so, da se je zmanjšala tudi bolečina (Biglari et al., 2013). V preglednem članku opisujejo, da so različni avtorji na področju pediatrije prišli do podobnih zaključkov, in sicer, da med okrepi epitelizacijo, zmanjša brazgotine in ima anti-mikrobni učinek (Weissenstein et al., 2014). Do sedaj smo že vsaj desetim otrokom zdravili rane z medeno oblogo in izkazala se je za učinkovito pri celjenju ran. Vsekakor bomo še nadaljevali z zdravljenjem kirurških ran z medeno oblogo.

## **Literatura**

*Harper J, Oranje A, Prose N. Textbook of Pediatric Dermatology. 2nd ed. Blackwell Publishing Ltd; 2006:3-54.*

*Schachner LA, Hansen RC. Pediatric dermatology. Churchill Livingstone Inc; 1988.*

*Jull AB, Walker N, Deshpande S. Honey as a topical treatment for wounds. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 28(2).*

*Biglari B, Moghaddam A, Santos K, Blaser G, Büchler A, Jansen G, et al. Multicentre prospective observational study on professional wound care using honey. Int Wound J. 2013; 10(3):252-9.*

*Weissenstein A, Luchter E, Bittmann S. Medical honey and its role in paediatric patients. Br J Nurs. 2014; Mar 27-Apr 9; 23 (6): S 30, S 32-4.*



# POGOSTE INFEKCIJSKE OTROŠKE BOLEZNI Z IZPUŠČAJEM

**Tatjana Mrvič dr. med., prim. mag. Breda Zakotnik dr. med.**  
Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja,  
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Japljeva 2, 1525 Ljubljana  
tatjana.mrvic@kclj.si

## Izveleček

Izpuščaji so pogosto vodilni ali spremljajoči znak infektivnih in neinfektivnih bolezni. Otroške nalezljive bolezni velikokrat potekajo z izpuščajem. Tiste, ki potekajo s sistemsko klinično sliko, povzročajo predvsem virusi in bakterije. Pri prepoznavi je ključno dobro klinično znanje, ki upošteva vse anamnestične podatke o pojavu, videzu, razporeditvi izpuščaja ter spremljajočih znakov in simptomih. Poleg klasičnih otroških nalezljivih bolezni (ošpice, škrlatinka, rdečke, 5. in 6. otroška bolezen), se pri nas pogosto v pediatrični populaciji srečujemo še z impetigom, noricami, boleznijo dlani, podplatov, ust in okužbami kože in sluznic, ki jih povzroča virus herpes simpleks 1. Vse te bolezni lahko praviloma ob dobri anamnezi in kliničnem pregledu prepoznamo in postavimo diagnozo brez dragih laboratorijskih preiskav. Ravno hitro prepoznavanje in ukrepanje pa je ključno za preprečevanje širjenja okužb in nadzor nad nalezljivimi boleznimi v populaciji.

**Ključne besede:** pediatrija, infektivne bolezni, izpuščaji

## Uvod

Številne infekcijske in ne infekcijske bolezni se manifestirajo s kožnimi spremembami. Tako alergične/imunsko pogojene, vnetne/revmatološke in onkološke bolezni lahko potekajo z različnimi vrstami izpuščajev, ki velikokrat, zlasti na začetku, zaradi pridružene vročine spominjajo na infektivne bolezni. Posebno pogosto izpuščaji spremljajo otroške nalezljive bolezni. Prepoznavanje najbolj pogostih kliničnih slik – različnih dermatoloških manifestacij v sklopu teh bolezni nas lahko zgodaj v poteku usmeri v pravo etiologijo in ustrezno zdravljenje.

## Razprava

Samo v Združenih državah Amerike letno obiše zdravnike zaradi izpuščajev več kot 12 milijonov otrok in mladostnikov (Krowcuk et al., 1994). Otroške izpuščaje se pogosto težko loči samo na podlagi videza, zato je potrebno pri pregledu upoštevati celotno klinično sliko in pridružene simptome. Vse to nam omogoča, da pomislimo na pravo diagnozo. V primeru nalezljivih bolezni je pomembno čim hitreje postavljanje diagnoze, saj se nekatere med širijo zelo hitro in učinkovito, druge zopet so zelo nevarne, zato je vzpostavljanje ustreznih preventivnih ukrepov ključno za preprečevanje širjenja.

Ko imamo pred sabo otroka z izpuščajem, je vedno potrebno začeti obravnavo z izčrpno anamnezo, ki mora vključevati tip in videz izpuščaja, lokacijo, razporeditev in eventualno dotedanje zdravljenje (Allmon et al., 2015). Pomembna je tudi epidemiološka anamneza glede pojava izpuščaja v družini, kolektivu, eventualna potovanja in seveda cepilni status otroka. Glede na etiologijo izpuščaji lahko spremljajo virusne, bakterijske, glivne in parazitne okužbe.

Po videzu imajo infektivni izpuščaji lahko obliko:

- makul (izpuščaji ob običajnih otroških virusnih boleznih kot so ošpice, rdečke, roseola, erythema infectiosum, in nespecifični izpuščaji ob respiratornih okužbah, ki jih povzročajo adenovirus, respiratorno sincicijski virus, parainfluenca)
- papul (enterovirusi, škrlatinka, roseola, erythema infectiosum, muluscum contagiosum)
- mehurčkov (herpes simplex 1, 2, varičela-zoster, enterovirusi)



- plakov (pytriasis rosea, tinea)
- pustul (impetigo) (Fisher et al., 2017, Tomažič et al., 2017).

Druge pomembne lastnosti izpuščajev so še lokalizacija, razporeditev, oblika, barva in prisotnost lusk (Allmon et al., 2015).

Pomembni spremljajoči simptomi so vročina (običajno spremlja škrlatinko, roseolo, norice), srbenje (norice, bolj sicer bolj pogosto pri glivnih okužbah kože – tinei, pytriasis rosea, mulscum contagiosum). Zlasti pri vročini je potrebno biti pozoren, saj so nekatere okužbe (npr. meningokokcemija, sindrom stafilokoknega ali streptokoknega toksičnega šoka) lahko življenje ogrožujoče in nam prepoznavanje etiologije na podlagi spremljajočega izpuščaja omogoča hitro uvedbo ustreznega antibiotičnega zdravljenja.

V preteklosti so najbolj pogoste otroške nalezljive bolezni, za katere je značilen izpuščaj, označevali s števkami 1 do 6.

1. otroško nalezljivo bolezen OŠPICE povzroča virus ošpic. Za bolezen je značilen prodrom s kataralnimi znaki (kašelj, konjunktivitis, izcedek iz nosu) in vročino, ki mu po 3-4 dneh sledi izpuščaj. Patognomonične za ošpice so Koplikove pege na bukalni sluznici, ki se pojavijo 1-2 dni pred izpuščajem, vendar niso vedno prisotne. Bolnik je kužen 2 dni pred do 4 dni po pojavu izpuščaja (Fisher et al., 2017, Tomažič et al., 2017).
2. otroško nalezljivo bolezen ŠKRLATINKA povzroča streptokokni pirogeni eksotoksin bakterije *Streptococcus pyogenes*. Otroci običajno zbolijo z vročino, bolečinami v žrelu in klinično angino, ter sprva obloženim in malinastim jezikom, nato pa se po 1-2 dneh pojavi droben makulozen nato papulozen izpuščaj po vratu in ingvinalno, ki se razširi po trupu in traja 5 – 6 dni. Značilen znak bolezni so še t.i. Pastia linije (drobne petehije vidne v kožnih gubah; najbolj pogosto v pazdušni, komolčni kotanji ter ingvinalno) in bledica v obliki trikotnika okrog ust. Izpuščaj je na otip podoben smirkovemu papirju. Kasneje mu lahko sledi luščenje. Otroci so kužni do 24 ur po začetku antibiotične terapije (Fisher et al., 2017, Tomažič et al., 2017).
3. otroško nalezljivo bolezen RDEČKE povzroča virus rdečk. Bolezen začne z vročino in generalizirano limfadenopatijo, ki najbolj prizadene najbolj bezgavke v zatilju za ušesi, spredaj in zadaj na vratu. Po nekaj dneh se pojavi makulozen zlivajoč izpuščaj, ki traja 1-3 dni. Začne se na obrazu in se nato razširi na trup in okončine. Otroci so kužni od 1 tedna pred do 4 dni po pojavu izpuščaja (Fisher et al., 2017, Tomažič et al., 2017).
4. otroška nalezljiva bolezen je FILATOV DUKES – ova bolezen. Za opis oziroma obstoj te bolezni obstaja nekaj polemik. Nekateri verjamejo, da je bolezen prvi opisal Clemens Dukes leta 1900 in da gre danes za t.i. stafilokokni sindrom luščenja kože (SSSS ali Ritterjeva bolezen). Bolezen povzroča epidermolitični (eksofoliativni) toksin, ki ga izloča *Staphylococcus aureus*. Drugi pravijo, da gre pri tej entiteti le za napačno diagnozo v primeru škrlatinke ali rdečk. Termin Filatov Dukes-ove bolezni so iz medicinskih učbenikov izbrisali v 60ih letih 20. stoletja (Jarret, 2014).  
Za tiste, ki verjamejo, da je 4. otroška bolezen SSSS, so značilnosti naslednje. Običajno prizadene dojenčke. Začne se z nenadnim perioralnim eritemom. Rdečkast na dotik občutljiv izpuščaj se v 2 dneh razširi po celem telesu. Če po izpuščaji podrgnemo s prstom, se epidermis loči od dermisa (pozitivni Nikolsky znak). V večini primerov iz lezij nastanejo bule ali mehurji napolnjeni z bistro sterilno tekočino. Ko počijo, pride do luščenja (Fisher et al., 2017, Tomažič et al., 2017).
5. otroško nalezljivo bolezen ERYTHEMA INFECTIOSUM povzroča virus parvo B19. Približno 10 % otrok ima pred pojavom izpuščaja prodrom z nekoliko povišano telesno temperaturo, slabim počutjem, srbenjem in bolečinami v žrelu. Starejši lahko tožijo zaradi bolečin v



sklepih. Izpuščaj pri tej bolezni ima značilne stopnje. Najprej se pojavijo na obrazu papule, ki se hitro zlijejo v edematozen, na otip toplejši eritem (videz oklofutanih lic), ki izgine v 4 dneh. Mrežast eritem (videz ribje mreže) se pojavi 2 dni po pojavi izpuščaja na licih, najprej na okončinah, nato se razširi na trup in ritnice. Izpuščaj izgine v 6 – 14 dneh. Izpuščaji se nato lahko pojavljajo in izginevajo na teh mestih v naslednjih 2 – 3 tednih (rekurentna faza). Poslabšajo ga lahko spremembe temperature, stres in sončna svetloba. Otroci so kužni do 14 dni pred pojavom izpuščaja, v fazi izpuščaja pa ne več (Fisher et al., 2017, Tomažič et al., 2017).

6. otroško nalezljiva bolezen ROSEOLA INFANTUM ali EXANTHEMA SUBITUM povzročata humani herpes virus 6 in 7 (HHV6 in 7). Začetek je nenaden z visoko vročino brez ali z malo dodatnimi simptomi. Otroci izgledajo, nesorazmerno z visoko vročino, relativno neprizadeto, lahko imajo zmanjšan apetit, bruhanje, imajo izcedek iz nosu ali pokašljajo. Ob bolezni se lahko pri do 10 % otrok pojavijo vročinski krči. Po 3-5 dneh vročina upade in takrat se pojavijo na vratu in trupu blede rdečkaste makule, ki se združijo v zlivajoč izpuščaj, ki prekrije celo telo in izzveni v nekaj urah do 2 dneh. Otroci so kužni običajno od začetka bolezni do pojava izpuščaja (Fisher et al., 2017, Tomažič et al., 2017).

Poleg zgoraj omenjenih otroških bolezni z izpuščajem je potrebno omeniti še nekatere druge, ki so v našem okolju pogoste.

NORICE povzroča virus noric (varičela zoster VZV) ob primarni okužbi. Ob reaktivaciji latentnega virusa v dorzalnih ganglijih hrbtnenjače in širjenjem centrifugalno v prilegajoči dermatom, pride do klinične slike PASOVCA (HERPES ZOSTRA). Pri imunsko oslabljenih osebah, je pasovec lahko tudi diseminiran. Poleg ošpic so norice med najbolj kužnimi otroškimi infekcijskimi boleznimi, saj se širijo aerogeno. Norice se kažejo običajno kot vročinska bolezen z vezikuloznim srbečim izpuščajem, ki prizadene trup, obraz in skalp, lahko celo telo, vključno z dlanmi in podplati ter sluznicami. Nove kožne lezije običajno nastajajo v skupkih 3-7 dni. Pri imunsko oslabelelih osebah in odraslih so lahko prizadeti tudi notranji organi; redko pri njih bolezen poteka celo brez izpuščaja. Otroci so kužni v primeru noric 1-2 dni pred pojavom in do zasušitve izpuščaja, pri pasovcu pa od pojava do zasušitve izpuščaja (Fisher et al., 2017, Tomažič et al., 2017).

IMPETIGO je primarna ali sekundarna bakterijska okužba epidermisa. Pri primarni okužbi gre neposreden vstop v poškodovano kožo, pri sekundarni okužbi gre za okužbo na predhodno obstoječi dermatozni. Povzročata ga bakteriji *S. aureus* in *S. pyogenes*. Bulozna oblika bolezni se predvsem pojavlja pri novorojenčkih, nebulozna pa pri predšolskih in šolskih otrocih. Na začetku se okužba pokaže kot mehurček ali pustula z debelo rumeno krsto. Z avtoinokulacijo se okužba hitro širi. Običajno so prizadeti obraz in okončine. Čeprav gre za samoomejujočo okužbo, se antibiotiki predpisujejo pogosto z namenom omejitve širjenja okužbe. Izpuščaji so kužni do faze kruste oz. do 24 ur po začetku antibiotične terapije (Fisher et al., 2017; Tomažič et al., 2017).

BOLEZEN DLANI, PODPLATOV, UST povzročata najbolj pogosto enterovirus 71 in coxackie virus A16. Če je prizadeta samo ustna sluznica, govorimo o herpangini. Okužba se prične običajno z vročino, neješčnostjo, bolečinami pri požiranju. Pred pojavom kožnega izpuščaja se običajno pojavijo spremembe v ustih, ki imajo najprej videz vezikul, nato pa se pojavijo boleči ulkusi. Po videzu je izpuščaj na koži vezikulozen, makulozen in papulozen. Prizadete so tudi dlani in podplati. Izpuščaj traja običajno 2-7 dni, lahko ga spremlja vročina. Otroci so najbolj kužni v času izpuščaja, virus pa lahko izločajo še več tednov po ozdravitvi v izločkih dihal in blatu (Fisher et al., 2017, Tomažič et al., 2017).

Primarne okužbe s HSV1 potekajo v 90 % subklinično. V primeru klinično izražene bolezni najpogosteje vidimo pri otrocih herpetični gingivostomatitis (slinavka), herpetični withlow (primarna



okužba poškodovane kože), pri otrocih z atopijskim dermatitisom pa se pojavi t.i. ekzema herpetiformis, ki poteka s hudo prizadetostjo kože in vročino. Za vse lezije, ki jih povzroča HSV1 je značilno, da imajo videz mehurčkov z debelo steno na eritematozni podlagi kože, na sluznicah pa so to rumeno bele ulceracije in izrazit eritem dlesni v primeru stomatitisa. Otroci so kužni do zasušitve kožnih oz. sluzničnih izpuščajev (Fisher et al., 2017, Tomažič et al., 2017).

### **Zaključek**

Kožni izpuščaji so v otroški dobi pogost spremljevalec različnih infekcijskih in neinfekcijskih bolezni. V primeru nalezljivih bolezni praviloma ne potrebujemo dragih laboratorijskih preiskav, saj je že dobro klinično znanje tisto, ki omogoča postavitev diagnoze, eventualno specifično zdravljenje in ustrezno ukrepanje za preprečevanje širjenja okužbe.

### **Literatura**

Allmon A, Deane K, Martin KL. Common skin rashes in children. *Am Fam Physician*. 2015;Aug 1,92:211-6.

Fisher RG, Boyce TG, Correa AG. *Moffet's Pediatric Infectious Diseases. A Problem - Oriented Approach*. 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2017.

Jarret RR. *Numbered diseases of childhood.: Fourth disease – Filatov - Duke' s disease. Pediatric housecalls; 2014. Dostopno na: <http://pediatric-house-calls.djmed.net/numbered-diseases-childhood-fourth-disease-filatov-dukes/> (21.9.2018).*

Krowchuk DP, Bradham DD, Fleischer AB Jr. *Dermatologic services provided to children and adolescents by primary care and other physicians in the United States. Pediatr Dermatol*. 1994; 11(3):199-203.

Tomažič J, Strle F, Weiss D, Poklač A, Seme K, et al. *Infekcijske bolezni. 2. dopolnjena izdaja. Ljubljana : Združenje za infektologijo, Slovensko zdravniško društvo, 2017.*





# POGOSTEJŠE NEINFEKTIVNE DERMATOZE V DOBI NOVOROJENČKA IN DOJENČKA

asist. dr. Mateja Starbek Zorko, dr. med., specialistka dermatovenerologije

Dermatovenerološka klinika UKC Ljubljana,

Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani

[matejastarbek.zorko@kclj.si](mailto:matejastarbek.zorko@kclj.si)

## Izveček

V članku so obravnavana najpogostejša dermatološka obolenja oziroma dermatoze, ki so značilne predvsem za obdobje novorojenčka oziroma dojenčka in niso infektivnega vzroka. Poleg atopijskega dermatitisa, ki tudi sodi v to skupino obolenj in ga posebej obravnava drug prispevek, je v besedilu, ki sledi, več pozornosti posvečeno dermatozam in kožnim spremembam, ki so navadno samoomejujoče oziroma prehodnega značaja, v primeru izrazitejše klinične slike pa lahko zahtevajo tudi obisk zdravnika in zdravljenje. Kot prve so opisane kožne spremembe, ki se pogosteje pokažejo pri novorojenčkih, kot so milije in miliarija, sledijo pa bolezni, ki se navadno pričnejo v prvih mesecih starosti. Od teh nekatere lahko opazimo že pri novorojenčkih, večino pa jih vidimo predvsem tekom prvega leta starosti in ob ustreznem ukrepanju ali sčasoma same izzvenijo. Govora bo o seboroičnem in perioralnem dermatitisu, numularnem ekcematoidnem dermatitisu, intertrigo, miliariji in aknah. Članek obravnava klinično sliko, možne vzroke, diferencialno diagnozo, pričakovani potek in morebitno terapijo tovrstnih dermatoz.

**Ključne besede:** novorojenček, dojenček, milia, miliaria, intertrigo, numularni ekcematoidni dermatitis, seboroični dermatitis, perioralni dermatitis, akne

## Uvod

V najzgodnejšem obdobju otroštva se starši in tudi zdravstveni delavci srečujemo s številnimi dermatološkimi obolenji, ki so lahko tako infektivnega kot neinfektivnega izvora. Prav glede na etiologijo in pričakovani potek bolezni je zdravljenje lahko potrebno ali pa tudi ne. Predvsem med neinfektivnimi dermatološkimi obolenji v tem starostnem obdobju jih je kar nekaj, kjer lahko pričakujemo postopno oziroma spontano regresijo bolezni, predvsem pa se lahko pogosto ob pojavu prvih sprememb in ustreznem ukrepanju izognemo obisku zdravnika. Za razliko od infektivnih obolenj kože, kjer je zaradi možnosti okužbe potrebna velika previdnost in navadno izolacija otroka, pa pri neinfektivnih boleznih v tem starostnem obdobju ponavadi nismo zaskrbljeni, saj tovrstne dermatološka obolenja ob ustrezni negi v večini sama minejo brez posledic.

## Milia

Milije lahko kar pri polovici novorojenčkov kmalu po rojstvu oziroma v prvih tednih življenja opazimo predvsem na koži obraza, lahko pa tudi po zgornjem delu trupa in udih.

Gre za drobne ciste v zgornjem delu kože, epidermisu oziroma povrhnjici, ki nastanejo zaradi retence keratina v distalnem delu pilosebaceousnih izvodil. Ciste na koži čela, lic ali brade se navadno pokažejo kot 1-2 mm velike, belkaste ali rumenkaste bunčice. Redkeje so prisotne po okončinah, trupu, spolovilu ali mukoznih membranah. Bunčice so lahko posamezne ali pa se pojavljajo v skupkih. Diferencialno diagnostično jih lahko zamenjamo z aknami, hiperplazijo lojnih žlez ali moluskami. So benigne narave, otroku ne povzročajo težav in večinoma v nekaj tednih spontano izzvenijo. Zelo redko vztrajajo več mesecev in so lahko eden od znakov nekaterih redkih sindromov, takrat svetujemo še dodatno obravnavo (Bologna et al., 2008; Burgdorf et al., 2009; Kansky et al., 2017).



## **Miliaria**

Zaradi zamašenih izvodil in ruptur žlez znojnic najpogosteje po koži zgornjega dela trupa, lahko pa tudi po obrazu, vidimo gosto posejane rožnate bunčice. Rade se pojavljajo pri novorojenčkih, zlasti nedonošenčkih, ki imajo še nepopolno razvite žleze znojnice. Pogoste so tudi pri starejših dojenčkih, lahko se pojavljajo tudi starejših otrocih in odraslih. Pogosteje se pojavljajo v poletnih mesecih, pri visoki zunanji temperaturi in vlažnosti, pri povišani telesni temperaturi ob prebolevanju najrazličnejših boleznih in pri ljudeh, ki so nagnjeni k prekomernemu potenju. Miliarija se pri dojenčkih pojavi tudi po pretirani uporabi mastnih negovalnih mazil ali oljnih kopeli.

Klinično ločimo dve obliki: pri miliariji kristalini je izvodilo znojnice zamašeno v zgornjem delu, zato vidimo na vrhu bunčic droben mehurček, izpolnjen z bistro vsebino, okolna koža pa ni vneta. Pri miliariji rubri pa je izvodilo zamašeno globlje v dermisu, zato vidimo pordelo bunčico z značilno vneto okolno kožo. Dlani in stopala so brez sprememb. V diferencialni diagnostiki nam večkrat lahko povzročajo težave infekcijski in alergijski eksantemi, za postavitev diagnoze sta odločilni značilna klinična slika in anamneza. Med ukrepi navadno zadostuje primerno hlajenje otroka in ukinitvev okluzivnih negovalnih mazil in olj za nego, svetujemo umivanje s sintetičnimi mili, kopeli z mlačno vodo, otroka oblečemo v oblačila, v katerih se ne pregreva (Bologna et al., 2008; Burgdorf et al., 2009; Kansky et al., 2017).

## **Seboroični dermatitis (Dermatitis seborrhoica)**

Seboroični dermatitis se pri otroku največkrat prične okoli tretjega tedna starosti na mestih z največ žlezami lojnicami, ki jim rečemo tudi seboroični predeli kože. To so lasišče, obraz, predeli za uhlji, in okoli prsnice ter intertriginozni predeli. Bolezen je odraz več dejavnikov, kot je pospešeno izločanje loja zaradi zvišanega nivoja transplacentarno prenesenih materinih androgenov in zaradi prisotnosti lipofilnih kvasovk iz rodu *Malassezia* spp. na zgoraj omenjenih seboroičnih predelih.

Pri doječku še najpogosteje pojavijo pordeli, z rumenimi luskami obloženi plaki v lasišču, s širjenjem na čelo, lahko pa jih najdemo tudi na drugih seboroičnih predelih, npr. v aksilarnih gubah, v dimljah, v popku in predelu pod plenico. Redkeje so lahko žarišča močnejše vneta in zadebeljena, v lasišču vidimo na vneta koži debele rumene luske, kar nas spominja na luskavico. Čeprav seboroični dermatitis lahko prizadene večja področja kože, otroku ne povzroča nobenih težav, za razliko od atopijskega dermatitisa, kjer imamo praviloma pridruženo močno in nadležno srbenje. Bolezen je popolnoma nenevarna in ob ustreznem zdravljenju v nekaj tednih oz mesecih mine. Če se vnetje razširi po koži celega telesa, imamo tudi dermatologi lahko težave klinično ločiti bolezen od atopijskega dermatitisa. Včasih lahko seboroični dermatitis celo preide v atopijskega.

Diferencialno diagnostično moramo poleg atopijskega dermatitisa pomisliti tudi na nekatere druge, redkejše bolezni, kot je psoriza, histiocitoza ali imunska pomanjkljivost.

Seboroični dermatitis zdravimo simptomatsko. Za odstranitev oblog v lasišču svetujemo nanašanje negovalnih izdelkov, npr. hladilnega mazila ali oljno kapo z oljnim/ricinusovim oljem za 24 h, nato je potrebno lasišče dobro oprati in z grobim brisanjem ali izčesavanjem odstraniti zmeščane luske. Podobno se z uporabo negovalnih mazil odstranjuje tudi luske pod plenico ali v pregibih. Po potrebi se odstranjevanje ponavlja več zaporednih dni. V primeru izrazitejšega vnetja se poslužujemo tudi lokalnih azolnih antimikotikov in blagih lokalnih kortikosteroidnih krem. Pri dojenčkih za odstranjevanje lusk odsvetujemo uporabo izdelkov z dodatkom salicilne kisline (Bologna et al., 2008; Burgdorf et al., 2009; Kansky et al., 2017).

## **Acne neonatorum**

V prvih tednih po rojstvu po koži obraza in prsnega koša novorojenčka lahko opazimo spremembe podobne aknam, ki v nekaj mesecih spontano izzvenijo. Nastanejo zaradi transplacentarno prenesenih materinih androgenov, čemur sledi pospešeno delovanje lojnic in tvorba komedonov. Klinično vidimo komedone, rdeče bunčice oziroma papule in gnojne spremembe oziroma pustule, značilne za akne. Navadno zdravljenje ni potrebno, če že, pa se poslužujemo blagih keratolitikov ali lokalnih antibiotikov (Bologna et al., 2008; Burgdorf et al., 2009; Kansky et al., 2017).



### **Acne infantum**

Kot za akne neonatorum tudi tu velja, da nastanejo kot posledica pospešega delovanja lojnic zaradi stimulacije z materinimi androgeni, hkrati vplivajo na lojnice tudi neonatalni androgeni, dodatno k pojavu lahko prispeva tudi kolonizacija kože z *Malassesia* spp.

V prvih tednih po rojstvu so lojnice povečane in pospešeno izločajo loj, po šestem mesecu starosti pa se koncentracija androgenih hormonov počasi zmanjšuje, posledično se zmanjšajo tudi lojnice in izločanje loja. V prvem letu starosti so poleg transplacentalno prenešenih materinih androgenov pomembni tudi neonatalni androgeni, ki so primarno adrenalnega izvora, pri dečkih dodatno še testikularnega izvora. Vsi ti povzročajo zvišan nivo DHEA (dihidroepiandrosterona), ki stimulira lojnice do prvega leta starosti. *Malassesia* spp., ki je del normalne kožne flore človeka, naj bi pri aknah vplival predvsem na močnejši vnetni odgovor, a so mnenja o vplivu deljena.

Podobno kot pri neonatalnih aknah tudi tu vidimo po obrazu, predvsem licih in čelu, odprte in zaprte komedone, pordele papule in pustule, redko tudi ciste in noduse. Diferencialno diagnostično nam lahko težave delajo spremembe v sklopu milarije ali perioralnega dermatitisa. Poudariti velja, da je pri otroku, kjer se akne pojavljajo tudi po letu in pol starosti, potrebna endokrinološka obravnava. Zdravimo glede na klinično sliko aken, navadno z rednim umivanjem z blagim milom in vodo, lokalno uporabljamo keratolitike kot je azelainska kislina in lokalne antibiotike, npr. 1 % raztopina klindamicina. Dermatolog se vključi predvsem pri zdravljenju trdovratnih, papulopustuloznih in nodulocističnih aken (Bolognia et al., 2008; Burgdorf et al., 2009; Kansky et al., 2017).

### **Intertrigo (Intertriginozni dermatitis)**

Se pojavlja na mestih, kjer imamo fiziološko stik kože s kožo, torej v intertriginoznih predelih, kot so pregibi, pri dojenčkih ga pogosto vidimo tudi na vratu in seveda pod plenico. Značilna je pordečela, lahko tudi luščiča in erodirana koža. Vnetje je posledica okvarjene barierne funkcije kože zaradi zunanjih dejavnikov kot so ostanki mil, detergentov, pomanjkljive higijene, ipd., dodatno pa k dermatitisu prispevajo še vlažnost, drgnjenje in maceracija intertriginoznih predelov. Ob ugodnih pogojih in slabi barierni funkciji kože se poleg intertriga lahko pojavijo sekundarne bakterijske ali glivične okužbe, pri dojenčkih najpogosteje vidimo kandidamicetično vnetje pod plenico.

V diferencialni diagnozi moramo pomisliti na okužbe kože, seboroični dermatitis, inverzno luska-vico ali alergijski kontaktni dermatitis.

V zdravljenju je nujna redna vsakodnevna uporaba primernih izdelkov za nego. Svetujemo umivanje s sindeti, dobro in natančno čiščenje intertriginoznih predelov, predelov okrog odprt in vratu, ki je pri dojenčkih krajši in zato težje dostopen. Svetujemo uporabo zaščitnih krem z dodatkom cinka, pod plenico lahko zaščita kože s cinkovim oljem, v trdovratnih in ponavljajočih se primerih vnetja pa svetujemo zaščito kože pred zunanjimi dejavniki z bariernimi kremami, ki se kupijo v lekarni (Bolognia et al., 2008; Burgdorf et al., 2009; Kansky et al., 2017).

### **Perioralni dermatitis**

Je predvsem bolezen mlajših žensk, pogosto pa ga vidimo tudi pri dojenčkih oziroma mlajših otrocih, lahko poteka kronično. Vzrok nastanka rožnatih, 1-3 mm velikih bunčic, papul in tudi gnojnih bunčic, pustul v predelu okrog ust, ni natančno znan. Kožne spremembe naj bi izzvala ali poslabšala dolgotrajna uporaba lokalnih kortikosteroidov, okluzivnih ali hidratantnih negovalnih izdelkov, pri otrocih pa vidimo tovrstne spremembe pogosteje kot posledica zunanjega draženja (roke in predmeti, ki jih otrok nosi v usta, nerpimerni izdelki za nego kože obraza) ali uporabe inhalacijskih kortikosteroidov pri zdravljenju astme. Spremembe se lahko iz perioralnega predela razširijo še na predel okrog oči, v nazolabialne gube, na lica in brado. Diferencialno diagnostično moramo spremembe ločiti od aken, kjer najdemo tipične komedone, katerih pri perioralnem dermatitisu ni. Včasih je bolezen težko ločiti tudi od folikulitisa ali demodikoze.

Pri zdravljenju je najpomembnejše prekiniti s sprožilnim dejavnikom, lokalno svetujemo obkladke, lokalne antibiotike ali imunomodulatorje, pri hudih oblikah pa se poslužujemo tudi sistemskega antibiotika (Bolognia et al., 2008; Burgdorf et al., 2009; Kansky et al., 2017).



### **Numularni ekcematoidni dermatitis (numularni ekcem)**

Je kronična, ponavljajoča se srbeča dermatozo, ki jo lahko vidimo tako v otroški dobi kot pri odraslih in katere vzrok največkrat ostaja nepojasnen. Za bolezen v dobi dojenčka velja, da se najpogosteje pojavi ob oziroma po prebolevanju okužbe, poteka kronično nekaj mesecev ali celo let ter nato spontano izzveni. Lahko se tovrstna dermatozo pojavi tudi ob atopijski konstituciji, največkrat pa pri dojenčku s tovrstno dermatozo alergij ne ugotovimo.

Po koži udov ekstenzorno, lahko pa tudi drugje po telesu, se pojavljajo posamezna ali številna, 2-5 cm velika, okrogla ali ovalna srbeča žarišča. Koža žarišč je pordela, prekrita s papulami, vezikulami, luskami in razpraskaninami. V diferencialni diagnozi je spremembe potrebno ločiti od glivične okužbe, luskavice, atopijskega ali kontaktnega dermatitisa.

Bolezen ob zagonu zdravimo z lokalnimi kortikosteroidi, proti srbenju predpišemo antihistaminik, ob delnem izboljšanju pa se poslužujemo lokalnih imunomodulatorjev in izdelkov za nego z dodatkom cinka. Ob tem svetujemo redno vsakodnevno nego s primernimi izdelki in umivanje s sindeti (Bolognia et al., 2008; Burgdorf et al., 2009; Kansky et al., 2017).

### **Zaključek**

V članku so na kratko predstavljene pogostejše neinfektivne dermatoze novorojenčkov in dojenčkov, njihova obravnava, klinična slika in zdravljenje. S prispevkom želim bralcem osvežiti znanje iz dermatologije, pridobljeno tekom študija in poudariti pomen primerne nege kože novorojenčkov in dojenčkov, s katero se lahko marsikateri zgoraj omenjeni dermatoz izognemo oziroma jo omilimo do te mere, da se izognemo obisku zdravnika ali specialista dermatovenerologa. Če bo medicinsko osebje, ki prihaja z otroci s tovrstnimi dermatološkimi obolenji v stik imelo primerno znanje in ob tem pokazalo prepričljivo suverenost, bodo tudi starši otrok s pomirjeni in bodo natančno in skrbno upoštevali dana navodila, ki vodijo do izboljšanja in regresije kožne bolezni.

### **Literatura:**

*Bolognia JL, Jorrizo JL, Rapini RP, et al. Dermatology. 2nd ed. Mosby Elsevier; 2008.*

*Burgdorf WHC, et al. Braun-Falco's Dermatology. 3rd ed. Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2009.*

*Kansky A, Miljković J, Dolenc-Voljč M. Kožne in spolne bolezni. 3. Dopolnjena izdaja. Medicinska fakulteta Maribor; Medicinska fakulteta Ljubljana, Združenje slovenskih dermatovenerologov, 2017.*





## **NASILJE V DOMAČEM OKOLJU**

# NASILJE V DRUŽINI

**Maja Plaz,**

predsednica Društva SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja

maja.plaz@drustvo-sos.si

## Izvleček

Nasilje v družini je družbeni problem, ki kljub veliko večji ozaveščenosti strokovne in laične javnosti v večini primerov ostaja skrit in neprijavljen. Žrtve nasilja so najpogosteje ženske in otroci, in osebe v zdravstveni negi je velikokrat v stiku z njimi, pa naj se tega zaveda ali ne. K odzivanju na zaznano nasilje nas zavezuje tako veljavna zakonodaja kot odgovornost, ki jo nosimo kot pripadniki\_c določene poklicne skupine oziroma kot vsakdo, ki se z nasiljem v življenju sreča. Kakšen je ta odziv, je poleg zahtev, ki jih nalaga zakon, odvisno tudi od naše notranje drža, ki jo imamo glede nasilja na sploh, posebej pa do nasilja nad otroki in ženskami v družini.

**Ključne besede:** nasilje, družina, otroci, ženske, profesionalna odgovornost, osebna odgovornost, učinkovito odzivanje, odhod iz nasilja, proces, pravilnik

## Uvod

Nasilje v družini je družben problem pandemičnih razsežnosti, večinoma skrit pred očmi javnosti in zato še toliko težje rešljiv. V zadnjih dobrih 30. letih se je diskurz o nasilju v družinasploh razširil, poglobil, slovenska zakonodaja ga obravnava tako v okviru Kazenskega zakonika kot tudi v posebnem Zakonu o preprečevanju nasilja v družini. Podzakonski akti zavezujejo institucije in nevladne organizacije k prijavljanju prepoznanih nasilnih dejanj, izobraževanja s področja prepoznavanja in ukrepanja so vse bolj prisotna in vedno večji del tako strokovne kot laične javnosti je ozaveščen o posledicah nasilja v družini in škodljivosti neukrepanja oziroma nereagiranja, ko za takšen primer izvemo.

Nasilje v družini poleg tega, da je vpeto v življenja posameznikov in posameznic, ki so žrtve, povzročitelji ali bližnje osebe, s svojo vsebino odkrito ali na prikrit način vstopi v celotno skupnost, vsekakor pa, prej ali slej, v zdravstveni sistem, kjer je potrebna visoka zavest o tem, da je nasilje v družini kaznivo dejanje, ki je zaradi svoje kompleksnosti, vezane na dinamiko znotraj odnosov in družbene stigme, ki se ga še vedno drži, v veliki meri podprijavljeno in tako v resnici poznamo le vrh ledene gore povzročenega nasilja. Pomembno je, kako se na prepoznavo nasilja odzovemo, pomembno je, da ga sploh prepoznamo – in ko ga, da se zavedamo svoje zakonske prijavitvene dolžnosti kot tudi svoje profesionalne drža in zavezanosti pomagati ljudem v stiski.

## Naša profesionalna drža in naša osebna zgodba – profesionalna in osebna odgovornost

Ob srečevanju z nasiljem v družini je pomembno, da se zavedamo kompleksnosti procesa, ki se v nas odvija kot v predstavnici\_ku poklicne skupine, ki je zavezana pomoči drugim in ki nas tudi zakonsko obvezuje k prijavi prepoznanega nasilja. Obenem ne moremo mimo našega osebnega procesa, ki teče vzporedno, in lahko (nemalokrat) celo vpliva na to, kako se bomo odzvali glede na prepoznano oziroma zazanano.

Nasilje v družini, ko se z njim srečamo, lahko v nas samih odpre spomin na pretekle zlorabe, preživeto nasilje, travmatične izkušnje, obenem pa je polje za odpiranje predsodkov in stereotipov, s katerimi smo zrasli v naših družinah (*za nasilje sta potrebna dva; če bi hotela, bi že odšla, verjetno v nasilju uživa; če bi bila tiho, jih ne bi dobila; mož je glava družine in naj on odloča o*



*družinskem proračunu* – če jih navedem le nekaj, ki se nanašajo na pogosto odzivanje na nasilje nad ženskami). Ob srečevanju z otroki se v nas prebudi potreba po zaščiti in odzovemo se morda bolj empatično kot pri odrasli osebi, z vsem zavedanjem, da gre za človeško bitje, ki je lahko na milost in nemilost prepuščeno nasilnim odraslim osebam. Spolne zlorabe, ki so ena najhujših oblik zlorabe otrok, kljub vsemu pogosto ostanejo neprepoznane in brez ustrezne obravnave, saj otroci o njih le redko spregovorijo.

Doživljanje nasilja v otroštvu v veliki meri oblikuje našo osebnost. Otrok se v nasilnem okolju sooča s težkimi izzivi prilagajanja, in to v okolju, kjer bi se moral počutiti varno in ne zlorabljeno. Če otrok doživlja v družini spolno zlorabo, je prisiljen iskati zaupanje in občutek varnosti pri ljudeh, ki tega niso vredni. V okolju, ki je zanj dejansko nevarno, naj bi ohranil občutek, da svet ni nevaren, v nenehno nepredvidljivih okoliščinah mora ohraniti nadzor, čeprav je v veliki meri brez moči in možnosti nadzorovanja situacije. Ne more se zaščititi sam, bližnji odrasli so v družini, kjer se dogaja nasilje, nevarni.

Pomembno je, da se vsak dan znova, ko smo v čevljih zdravstvene delavke\_ca, zavedamo, kakšen privilegij pravzaprav imamo, ker lahko pridemo »tako blizu« družinskemu dogajanju, in kako pomembno je, da naredimo vse, da bi preprečili nadaljnje nasilje, če le tega prepoznamo.

### **Konkreten vpliv na kakovost življenja – pomen učinkovitega odzivanja na preživeto nasilje**

Pred kratkim smo se v naši organizaciji srečali s primerom mlade ženske, ravno je dopolnila 18 let, ki je preživela posilstvo s strani očima, posledica česar je bila nosečnost. V sosednji Hrvaški ji niso dovolili opraviti splava, zato se je nevladna organizacija, s katero sodelujemo, obrnila na nas po pomoč. Skupaj smo »zagnali« celoten sistem pomoči, ki je v konkretnem primeru odrea-giral učinkovito, hitro, strokovno in z veliko mero empatije do mlade ženske, ki je preživela hudo travmatično izkušnjo. Ne samo, da je preživela spolno nasilje s strani osebe, ki ji je zaupala, posledično zanosila, v lastni državi je celo dobila prepoved, da odloči, kaj bo storila z lastnim telesom.

Izjemnega pomena je bil odziv, ki ga je bila deležna v okviru našega zdravstvenega sistema, kjer je naletela na empatijo, pomoč in podporo na vsakem koraku; veliko skrb za njeno fizično in psihično zdravje. Vse to smo storili z roko v roki zdravstveni sistem in nevladne organizacije. Mlada ženska se zaradi posilstva srečuje s posledicami še dandanes, vendar je del, ki ga je preživela v zdravstveni ustanovi, ki ji je nudila veliko podporo in pomoč, ostal kot pozitiven del preživljanja travmatične izkušnje.

Ko pride do prijave spolnega nasilja, se znotraj (predvsem pravosodnega dela) sistema, vse prevečkrat zatakne. Pogosto pa pozabimo na tiste pozitivne izkušnje, ki so bile bistvene, ko je šlo za okrevanje po preživetem nasilju. Prav je, da se upošteva tako ene kot druge, iz katerih se lahko naučimo, kaj deluje in kaj ne.

### **Nasilje v družini najpogosteje prizadene ženske in otroke**

Nasilje v družini v največji meri prizadene ženske in otroke. Srečevanje z materami in njihovimi otroki v zdravstvenih ustanovah je tako pogosto način, kako lahko preprečimo nadaljnje nasilje v neki družini. Nacionalna raziskava iz leta 2010 je pokazala, da je bilo v času izvajanja ankete, na podlagi katere je nastala, v Sloveniji v nasilnem odnosu skoraj 7 odstotkov žensk, to pomeni, da je približno vsaka 14. ženska živela v nasilju. Kadar je žrtev nasilja mati, je žrtev nasilja tudi otrok, čeprav je »le« priča dogajanju. Odhod iz nasilja je proces, ki je dolgotrajen. Ženske ne odidejo zaradi strahu pred grožnjami (ne tako redko se zgodi femicid, ko partner ubije svojo partnerko, ker ga je ta zapustila); pogosto so ekonomsko odvisne od svojih nasilnih partnerjev; strah jih je, kako bodo zmogle preživljati otroke, kakšen bo odziv okolice, v veliki meri pa je potrebno upoštevati čustveno, psihološko, odnosno plat ostajanja v nasilnem odnosu.



Pričakovanja žensk, ki preživljajo nasilje, so, da bo sistem, ko končno zberejo pogum in se nanj obrnejo, odreagiralo učinkovito in jih zaščitil. Vse prepogosto se to še vedno ne zgodi, zato je še vedno veliko nezaupanja v javne službe. Zdravstveni sistem je zagotovo eden tistih, kjer se osebe, ki preživljajo nasilje, počutijo najvarneje, da o nasilju nekemu zaupajo. Intima, ki se vzpostavi v ambulanti oziroma prostoru, kjer se izvaja zdravstvena dejavnost, je pogosto lahko sprožilec, da se odločijo in povedo, kaj se je zgodilo. Zelo pomembno je, kako se odzovemo, ko žrtev o nasilju spregovori, saj je morda to edina priložnost, da bo poskušala poiskati pomoč. Upanje, da se bo partner spremenil, da nasilja ne bo ponovil, prepričanje, da je potrebno nasilno dogajanje skrivati pred drugimi, nezaupanje v delo institucij, strah, da bi izgubila otroke, strah, da ji nihče ne bo verjel- vse to so nekateri razlogi, da o nasiljune spregovori. Le strokovno delo vseh vključenih v sistem pomoči, lahko privede do večjega zaupanja žrtev v prijavljanje nasilja.

Žrtve dostikrat tudi pri zdravnici\_ku ne povedo, kaj je vzrok poškodb. Pomembno je, da smo pozorni na dinamiko, ki jo opazimo med partnerjema in zaupamo občutku, da je potrebno preveriti ali se dogaja nasilje in ali je potrebna pomoč. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so pogosto tisti, ki se jim žrtve zaupajo.

Sodelovanje z drugimi resorji, kot so centri za socialno delo, policija, nevladne organizacije, je nujno in zakonsko zavezujoče. Pogosto se pojavi vprašanje ogrožanja varnosti zaposlenih, ki prijavijo nasilje v družini, strah pred maščevanjem je velik, pomembna je možnost supervizije za tiste, ki se s primeri nasilja srečajo.

*Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti* ureja pravila in postopke, način obveščanja ter organe obveščanja za usklajeno delovanje zdravstvenih delavk\_cev pri izvajanju zdravstvene dejavnosti v zvezi z obravnavo žrtev nasilja v družini, prepoznavanje nasilja v družini, pravila in postopke pri obravnavi žrtev nasilja, izobraževanje zdravstvenih delavk\_cev na področju nasilja v družini. Pravilnik vsebuje tudi obrazec za dokumentiranje obravnave žrtve nasilja v družini.

Lahko, da nam žrtve ne dovolijo stopiti v njihov svet. Če pa nam je ta privilegij dan, v zasebnem ali profesionalnem življenju, je odgovornost, storimo, da bo ta oseba v bodoče živela varneje, brez nasilja, na vsakemu od nas.





# TRPINČEN OTROK

Mag. Sonja Kovač, viš.med.ses., univ.dipl.org

Pediatrična klinika

Služba za otroško psihiatrijo

sonja.kovac@kclj.si

## Izvelek

Otroci so rizična skupina, ki je pogosto izpostavljena nasilju ali trpinčenju. Nasilja nad otrokom je več vrst in ta se med seboj ne izključujejo. Različne oblike nasilja povzročajo otroku telesne, razvojne in psihosocialne motnje in posledice. V večini primerov so zdravstveni delavci tisti, ki prvi opazijo in prepoznajo trpinčenega otroka. Ob sumu ali prepoznavi nasilja nad otrokom je pomembno, da ravnajo v korist otroka in delujejo v skladu s sprejetimi strokovnimi smernicami ter že vsak sum na trpinčenje otroka prijavijo po sprejetem protokolu. Obravnava zahteva multidisciplinaren pristop številnih strokovnjakov s področja zdravstva, sociale in policije.

**Ključne besede:** otrok, nasilje, zdravstveni delavec

## Uvod

Žrtev nasilja v družini je družinski član ali članica nad katerim se izvaja fizično, spolno, psihično ali ekonomsko nasilje s strani drugega družinskega člana ali zanemarjanje družinskega člana glede na starost, spol ali katero koli drugo osebno okoliščino. Najbolj ogroženi so družinski člani z manj družbene in ekonomske moči in to so otroci, ženske in starejše osebe. (Modic, 2015). Trpinčenje otrok je v različnih oblikah pojav star kot človeštvo samo. Njegove oblike se med seboj razlikujejo. Tudi razlogi zanj so lahko zelo različni: kulturni, verski, medicinski, ekonomski in v zadnjem času tudi vzgojni. Med tistimi tabuji, ki v ljudeh še vedno vzbujajo nelagodje in odpor, je prav gotovo nasilje nad otroki. Mnogi še danes odvrtačajo pogled od te teme, je ne znajo ali nočejo videti. (Fridau, 2013).

Nasilje nad otroki nima le enega samega obraza. Na nek poseben in dolgoročen način je trpinčenje vse kar moti in omejuje otrokov osebni razvoj in mu ogroža oblikovanje pozitivne samopodobe, posega razdiralno v gradnjo njegove integritete ter izkorišča njegovo nemoč in odvisnost. Ne samo udarci in poseganje v telesno integriteto ter spolno zlorabljanje otrok, trpinčenje je lahko tudi manipuliranje z otrokom (v partnerskih bitkah za premoč), do brezbriznosti, poniževanja zastavljanja pre zgodnjih ali pretiranih pričakovanj. Oblike nasilja so različne: od tistih najbolj neposrednih in očitno grobih, do posrednih, potuhnjenih, prikritih a dolgotrajnih, katerih učinki so še hujši in se običajno pokažejo šele postopoma. Ne kot rana na telesu, ampak kot globoka bolečina, prizadetost ali prikrajšanost v otrokovi osebnosti, ki nosi svoje sledi še v življenje odraslega. (Kersnik & Tušek, 2003).

Pri prepoznavi nasilja nad otroki in načrtovanju zaščite je potrebno razumeti naravo družinske navezanosti in dinamiko odnosov v družini. Ljudje imamo potrebo po pripadnosti majhni skupini ljudi, v kateri lahko razvijamo neke intimne vezi in občutek varnosti. Ta potreba je univerzalna. Vztrajanje v družinah, kjer je doma nasilje ima različne razloge:

- odrasla žrtev se nima kam umakniti (te možnosti ne vidi, šibka mreža podpornih odnosov zunaj družine)
- narava navezovalnih odnosov v družini (Sistem navezanosti je eden od osnovnih sestavin človeške narave. Občutek navezanosti je tako močan, da se lahko razvije in obstaja kljub ponavljajočemu kaznovanju s strani navezovalne osebe. Otroci pa samoiniciativne možnosti umika iz družine, kjer doživljajo nasilje nimajo, saj je družina edina socialna stvarnost, ki jo imajo. Navezovalni odnosi razložijo izmenjavanje občutkov varnosti, tolažbe in zaščite občutkov



nemoči, strahu in obupa, ki jih občasno doživljajo člani v nasilnih družinah. Tak izmenjujoč cikel v dobrih obdobjih povzroča, da se žrtev naveže na tiste, ki zlorablajo svojo moč nad njim. Otrok se tako staršem približa v obdobjih, ko ga ne ustrahujejo. (Brecelj-Kobe, et al., 2011).

Varnost otrok je v veliki meri odvisna od starševske zmogljivosti za navezovanje ter od starševski sloga, ki vpliva na delovanje otroka od otroštva do mladosti.

Imamo tri vrste starševskega sloga: tako imenovano strahospoštovanje, permisivni slog in kombinacija postavljanja omejitev in zahtev. Najbolj tvegan način je, ko je otrok dezorientiran, starš pa prevzet od svojih lastnih problemov. (Brecelj-Kobe, et al., 2011). Otroci v takih okoljih ne vedo kaj naj pričakujejo (prijaznost, bes, bližino ali bolečino). Člani družine v takih družinah se praviloma temu stanju prilagodijo. Otroci najdejo nek način vedenja, ki bo zmanjšal bolečino in tveganje.

V današnjem času postaja nasilje nad otroki vse bolj prepoznavno. Nasilje se lahko pojavlja kjerkoli in kadarkoli. Velikokrat se pojavlja doma, kjer bi moral biti otrok najbolj zaščiten in varen. Govorimo o družinah, kjer naj bi bili otroci bolj ogroženi: disfunkcionalna družina, kjer so prisotni partnerski konflikti, pomanjkanje meja med generacijami in mešanje vlog družinskih članov, organizirana družina, kjer kaže družina lepo podobo navzven, se izogiba reševanju konfliktov in dezorganizirana družina, kjer je prisoten konflikt med staršema, oče je pogosto nasilen do vseh družinskih članov, lahko pride do zlorabe v družini, kjer je po razkritju mati navadno zaveznica moža. (Brecelj-Kobe, et al., 2011)

Nasilje nad otrokom lahko razdelimo v štiri osnovne oblike:

- fizično nasilje
- spolno nasilje
- psihično nasilje in
- zanemarjanje otroka.

Osnovno razdelitev lahko razširimo še na vrstniško preganjanje, trpinčenje otrok v ustanovah, muenchausnov sindrom in obredno trpinčenje. Za prepoznavo je zelo pomembna ocena ogroženosti otroka v družini, kjer smo pozorni na pretirano zaščito staršev, na neustrezen nadzor staršev, neustrezne pritiske staršev, pomanjkanje topline, spori med odraslimi, ločitve, sovražnost med družinskimi člani, telesno trpinčenje, spolna zloraba in duševne motnje v družini.

Otrok je lahko izpostavljen eni ali več oblikam nasilja. Dolgotrajna izpostavljenost nasilju vpliva na telesno in duševno stanje otroka in na njegov razvoj. Nemalokrat so posledice nepopravljive. Vsaka zloraba otroka s strani staršev, skrbnikov ali drugih oseb zaznamuje otrokov razvoj z bolečimi travmatičnimi izkušnjami in praviloma pusti posledice na njegovem zdravju ter fizičnem, psihičnem in socialnem razvoju. Povzroči lahko trajne emocionalne in kognitivne motnje ter tvegana vedenja, kot je zloraba drog in zdravil in prezgodnja spolnost. Povezane težave v duševnem zdravju in socialnem funkcioniranju vključujejo anksiozne in depresivne motnje, halucinacije, motnje spomina, spanja in hranjenja, agresivno vedenje do drugih in samodestruktivnost. Dokazana je tudi korelacija s kasnejšim povzročanjem nasilja v partnerski zvezi in poskusi samomora. (Lešnik Mugnaioni, 2014).

### Fizično nasilje

Telesno kaznovanje je lahko posledica izgube samokontrole odrasle osebe ali zavestno in namerno povzročanje trpljenja otroku. (Mikuž Kos, 1996). Načinov telesnega kaznovanja je veliko. Lahko povzročajo vidne telesne poškodbe (modrice, rane, zlomi, zvini, opekline) ali pa teh ne opazimo. Mikuž Kos navaja oblike telesnih poškodb, pri katerih ni vidnih poškodb kot so: prisilno klečanje, posiljevanje otroka s hrano do bruhanja, dolgotrajno stanje, izpostavljanje otroka nizkim temperaturam. Meni, da je neskončno veliko oblik povzročanja neugodja in trpljenja otrok. Razlaga, ki jo poda starš, je mnogokrat netočna, ker noče razkriti resnice ali ker razlago podaja starš, ki za zlorabo ne ve. Otrok je pri opisovanju dogodka lahko preveč prizadet ali premlad, da bi opisal dogodek. Lahko je



tudi preveč prestrašen ali lojalen storilcu. (Anderluh, et al., 2015). Otroci so travmatizirani tudi v primeru, da so priča nasilju doma ali izven matične družine. Pri prepoznavanju morebitnega fizičnega nasilja moramo biti pozorni na:

- nepojasnjene poškodbe
- opekline
- ponavljajoče se poškodbe
- odklanjanje pogovora o poškodbah,
- nezdravljene poškodbe in zakasnitev poročanja o poškodbah
- pokrite okončine v toplem vremenu
- izogibanje plavanju
- strah pred vračanjem domov
- nasilje do ostalih
- beg od doma (Brecelj-Kobe, et al., 2011).

Pri sumu na fizično nasilje lahko posumimo tudi kadar otrok kaže določene vedenjske znake kot so: agresivne reakcije, izbruhi jeze, strah pred odhodom domov, trzanje ob dotiku, spremembe v učnem uspehu, umik od družine in prijateljev, umik od priljubljenih dejavnosti, slaba samopodoba, samomorilne misli in avto destruktivno vedenje kot so samopoškodbe in poskusi samomora.

### Spolno nasilje

Spolna zloraba je vsak spolni stik med odraslo osebo in spolno nezrelim otrokom zaradi spolne zadovoljitve odraslega ali spolni stik z otrokom ob uporabi sile, groženj ali prevare z namenom, da bi storilec dosegel otrokovo sodelovanje. Spolna zloraba je tudi spolni stik, ki ga otrok ni mogel odkloniti zaradi razlike v starosti, moči ali narave odnosa z odraslim (Brecelj-Kobe, et al., 2011). Kot spolno nasilje pa razumemo ravnanja s spolno vsebino v katero je otrok prisiljen in zaradi svoje stopnje razvoja ne razume njihovega pomena. (Anderluh, et al., 2015). Znaki nasilja in zlorabe otroka se lahko kažejo na telesu, v otrokovem vedenju in v njegovem razvoju. Prepoznavanje spolnega nasilja in spolne zlorabe je težka. Znaki sami po sebi ne dokazujejo zlorabe, saj so lahko posledica drugih stanj in jih je potrebno obravnavati skupaj z vsem kar je povezano z otrokom in družinskimi okoliščinami. Pri prepoznavi spolnega nasilja pozorni na vedenjske znake otroka kot so:

- drugega otroka sili k spolnim aktivnostim,
- hiperseksualizirano vedenje,
- kaže starosti neprimerno znanje o spolnosti,
- spolno vsiljivo vedenje do odraslih,
- vtikanje predmetov v nožnico ali danko,
- prejema darila,
- ima skrivnosti o novih prijateljih,
- spremembe v učnem uspehu,
- trzne ob dotiki,
- enureza
- enkopreza
- škodljiva raba alkohola in drog
- socialna osamitev,
- beg od doma
- dekleta, prevzamejo vlogo matere,
- slaba samopodoba
- slabi med vrstniški odnosi
- promiskuiteta. (Brecelj-Kobe, et al., 2011).



Storilci spolne zlorabe so ljudje vseh poklicev, starosti, socialnega stanu, rasne skupnosti ali verskega prepričanja. Na videz so to povsem običajni ljudje, v družbi so spoštovani in uspešni. Lahko so nasilneži in brezposelni. Pogosto so storilci družinski člani ali pa osebe, ki vstopajo v otrokovo življenje.

### Psihično nasilje

Psihična zloraba je ravnanje, s katerim povzročitelj nasilja otroku povzroči ponižanje, strah, občutek manjvrednosti in ogroženost. Psihično nasilje je stalen vzorec nasilja, ki daje otroku občutek, da ni zaželen, ni ljubljen in ni vreden. (Anderluh, et al., 2015). Čustvena zloraba pa je odnos med staršem in otrokom, ki ni vezan na posamezen dogodek ali vzorec dogodkov. V tem primeru niso izpolnjene otrokove potrebe po naklonjenosti, potrditvi in varnosti. Avtorji opozarjajo, da je psihično nasilje najpogostejša zloraba otrok in je najredkeje odkrita in obravnavana. Ima lahko posledice za otrokov razvoj, poškoduje otrokov odnos do sebe, zmožnost delovanja doma in med vrstniki. (Anderluh, et al., 2015). Otroci, ki doživljajo psihično nasilje in čustveno zlorabo imajo zmanjšano psihično in življenjsko energijo. Pri njih lahko vidimo, kako si želijo pozornosti in ljubezni. Svojo stisko pokažejo tudi z določenim vedenjem kot anksioznost, depresivnost, jecljanje, enureza, nagnjenost k laganju, vznemirjenost, jokavost in zatekanje k samo poškodovanju.

### Zanemarjanje

Pri zanemarjanju (v širšem smislu) gre za dejanja s katerim odrasli ogrožajo otrokove telesne, čustvene in intelektualne potrebe in mu s tem onemogočijo ustrezen razvoj. (Urunker, 2000). Zanemarjanje se kaže kot ne zadovoljevanje osnovnih otrokovih potreb, kar lahko privede do resnih poškodb in ne napredovanja v razvoju. Fizično zanemarjanje pomeni, da starši ne zagotavljajo osnovnih življenjskih potreb kot so hrana, higienske navade, ustrezni pogoji za življenje. Med zanemarjanje sodi tudi pomanjkljiv nadzor nad otroki, zaradi katerih so izpostavljeni poškodbam ali nesrečam. Urunker (2000) navaja, da zanemarjanje zdravstvenega stanja otroka tudi spada med fizično zanemarjanje, še posebno kadar starši ne nudijo strokovne zdravstvene pomoči. Znaki morebitnega fizičnega zanemarjanja pri otroku se kažejo kot: slaba osebna higiena, stalen občutek lakote, utrujenost, zanemarjena oblačila, odsotnost pri pouku, nezdravljene zdravstvene težave, slaba samopodoba, slabi med vrstniški odnosi (Brecelj-Kobe, et al., 2011).

Prepoznavna vseh vrst nasilja in zlorab nad otroci je težka. Vse znake in simptome je potrebno obravnavati v okviru vsega kar je povezano z otrokom. Pomembno je strokovno sodelovanje vseh pristojnih služb in upoštevanje koristi in pravic otrok. Konvencija Združenih narodov o otrokovih pravicah je del pravnega reda Republike Slovenije in v 19. členu zavezuje države podpisnice, da so dolžne z ustreznimi ukrepi varovati otroka pred nasiljem in zlorabo. V Republiki Sloveniji je zakonska podlaga Zakon o preprečevanju nasilja v družini. Ministrstvo za zdravje je leta 2015 izdalo Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. Te smernice so zavezujoče za vse zdravstvene delavce. Obvezuje jih prijave suma in nasilja nad otroki. V smernicah je opisan postopek ocene ogroženosti, znaki nasilja in način obveščanja in prijave nasilja. V primeru suma ali zaznave nasilja in trpinčenja otroka mora zdravstveni delavec v skladu z zakonom v 24 urah obvestiti pristojni Center za socialno delo ali policijo. V nujnih primerih, kadar je ogroženo otrokovo življenje, je potrebno takoj obvestiti policijo v 24 urah pa pristojni Center za socialno delo in otrokovega izbranega zdravnika. Obvestilo o nasilju lahko posredujemo pisno, elektronsko ali po telefonu. Informacijo po telefonu je potrebno najpozneje v treh dneh poslati tudi pisno. Uporablja se obrazec, ki je priloga Pravilnika o pravilih in postopkih pri obravnavi nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. (Uradni list RS, št. 38/2011). Obrazec o zaznavi nasilja podpišejo zdravnik in medicinska sestra, ki sta otroka obravnavala, zdravstveni delavec, ki se mu je žrtev zaupala in odgovorna oseba (predstojnik oddelka, vodja).



## Literatura

Anderluh et al. *Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2015: 10-34.

Brecelj-Kobe M, Rus M, Uranker N. *Sum na trpinčenje otroka*. In: Kržišnik C, Battelino T, eds. *Izbrana poglavja iz pediatrije 23: pediatrična hematologija in onkologija, pediatrična endokrinologija, neonatologija, pediatrična nevrologija*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo; 2011: 292- 308.

Brecelj Kobe M. *Otroška psihiatrija. Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini. Priročnik za zdravstveno osebje*. Ljubljana: Zdravniška zbornica; 2015: 101-105.

Fridau A. *Prepoznavanje in preprečevanje trpinčenja otrok [diplomsko delo]*. Maribor: Univerza v Mariboru; 2013.

Kersnik J, Tuše-Bunc K. *Trpinčen otrok v ambulanti zdravnika družinske medicine*. In: Kersnik, J, ed. *Poškodbe v osnovnem zdravstvu. Zbornik predavanj/II spominsko srečanje dr. Janija Kokolja, Kranjska Gora, 19.- 21. 4. 2001*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine. Slovensko zdravniško društvo; 2003:1-2.

Lešnik Mugnaioni, D. *Otroci v primežu zlorabe moči. Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja*. Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke žrtve nasilja; 2014.

Meglič A. *Pediatrija. Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini. Priročnik za zdravstveno osebje*. Ljubljana: Zdravniška zbornica; 2015: 94-100.

Mikuž Kos A. *Psihosocialni vidiki trpinčenja otrok*. V: Satler AJ, ed. *Trpinčen otrok: Kako prepoznati in preprečevati fizično in duševno trpinčenje otrok*. Ljubljana: Meridiana, 1996.

Modic KU. *Žrtve nasilja v družini. Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini. Priročnik za zdravstveno osebje*. Ljubljana: Zdravniška zbornica. Ljubljana; 2015: 50-55.

Uranker N. *Trpinčen otrok v zdravstveni negi*. *Obzor Zdr N*. 2000;34(1/2):33-38.







**MEDICINSKA SESTRA V  
PREVENTIVNI DEJAVNOSTI  
PEDIATRIJE**

## DENVER II TEST – POMEN PRAVILNEGA IZVAJANJA

Ivanka Limonšek, dipl.m.s., univ. dipl. org.

Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja  
ivanka.limonsek@zavod-dornava.si

### Izveček:

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni pravi, da je cilj preventivnega zdravstvenega varstva novorojenčkov zgodnje prepoznavanje dejavnikov tveganja bolezni v neonatalnem obdobju in s tem zmanjševanje obolevnosti, umrljivosti in invalidnosti otrok ter kasneje odraslih. Namen sistematičnih pregledov je poznavanje zdravstvenega stanja otrok, aktiven zdravstveni nadzor, odkrivanje zdravstvene problematike in svetovanje staršem ter otrokom. Sestavni del sistematičnih pregledov do 6 leta otrokove starosti je Denverski presejalni test. Namen presejalnega testa je zagotoviti enoten standard spremljanja razvoja otrok, zgodnje odkrivanje odklonov od mejnikov normalnega razvoja in čim hitrejšo napotitev na specialistično diagnostično obravnavo. Izvajati se mora tako, da je zanesljiv, veljaven in občutljiv. Vsako prilagajanje zmanjšuje zanesljivost končne ocene.

**Ključne besede:** otrokova rast in razvoj, Denverski presejalni test, izvajanje Denver II,

### Uvod

Razvoj otroka lahko opisujemo s spremembami skozi celoten življenjski cikel na telesnem, spoznavnem (kognitivni ali intelektualni razvoj) in psihosocialnem (čustveni razvoj) področju. Rast in razvoj otroka sta na vseh področjih medsebojno povezana in soodvisna, saj spremembe na enem razvojnem področju učinkujejo na vsa ostala področja. Prav rast in razvoj otroka sta najboljša pokazatelja zdravstvenega stanja in blagostanja posameznega otroka, kot tudi populacije (Kržišnik et al., 2013).

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2009) pravi, da je cilj preventivnega zdravstvenega varstva novorojenčkov zgodnje prepoznavanje dejavnikov tveganja bolezni v neonatalnem obdobju in s tem zmanjševanje obolevnosti, umrljivosti in invalidnosti otrok ter kasneje odraslih. Preventivno zdravstveno varstvo novorojenčkov obsega:

- preventivne sistematične preglede novorojenčka, dnevni nadzor zdravstvenega stanja in po potrebi spremljanje novorojenčka v neonatalni ambulanti,
- obvezne preventivne zdravstvene ukrepe in cepljenja ter druge potrebne preventivne ukrepe,
- aktivno zdravstveno-vzgojno delo s poudarkom na vzpostavitvi, spodbujanju in vzdrževanju izključnega dojenja.

Starši v času otrokovega razvoja potrebujejo vso podporo in svetovanje, ki ga pridobijo od zdravnika pediatra in medicinske sestre v otroški posvetovalnici. Pri preventivnih pregledih je treba starše seznaniti z vsemi potrebnimi informacijami, kako pravilno skrbeti za otroka in jih naučiti, kako ravnati za pravilen telesni in duševni razvoj njihovega malčka. Napredek razvoja se ugotavlja s preventivni sistematični pregledi otrok (Lazar, Horvat, 2007).

Namen sistematičnih pregledov je poznavanje zdravstvenega stanja otrok (posameznika in skupin), aktiven zdravstveni nadzor, odkrivanje zdravstvene problematike in svetovanje staršem oziroma skrbnikom in otrokom. Obsega oceno telesne rasti in razvoja, ugotavljanje telesnega in duševnega zdravja, ukrepe za ohranitev in krepitev zdravja in omogočanje optimalnega telesnega in duševnega razvoja ter odkrivanje negativnih socialnih dejavnikov in nezdravih življenjskih navad v družini. Pri vseh sistematičnih pregledih otrok mora biti narejen Denverski razvojni presejalni test ali DRPT (Zaletel-Kragelj et al., 2008).

Denverski razvojno presejalni test se izvaja pri vseh pregledih v prvem, tretjem in petem letu starosti (Seher Zupančič, 2013).





Razvojni presejalni test Denver je sistematičen in kontinuiran test, ki spremlja razvoj otroka od rojstva do šestega leta starosti. Namen presejalnega testa je predvsem zagotoviti vsem otrokom enoten standard spremljanja njihovega razvoja, zgodnje odkrivanje odklonov od mejnikov normalnega razvoja in čim hitrejšo napotitev na specialistično diagnostično obravnavo, ne glede na to kje živijo in kdo usmerja njihov razvoj - pediatri, družinski zdravniki ali zdravniki drugih strok (Seher-Zupančič, Bigec, 2003).

Z razvojnimi presejalnimi testom Denver ne moremo diagnosticirati razvojne motnje ali napovedati prihodnje intelektualne, prilagoditvene sposobnosti otroka. S testom se ocenjuje sposobnost posameznega otroka za opravljanje določenih, primernih nalog glede na njegovo starost. Rezultati se primerjajo z rezultati standardiziranega vzorca otrok iste starosti (Drnovšek, Zaletel, 2007).

List presejalnega testa, mora biti priložen v otrokov zdravstveni karton. Za izvedbo Denverskega razvojna presejalnega testa je v povprečju potrebnih 15 minut. Izvede ga usposobljen zdravnik, medicinska sestra ali zdravstveni tehnik. V primeru, da ga izvaja medicinska sestra ali tehnik, posreduje podatke o uspešno ali neuspešno opravljenih nalogah oziroma izvid Denverskega razvojna presejalnega testa zdravniku (Zaletel-Kragelj et al., 2008).

Test je sestavljen iz 125 testnih enot, ki so razvrščene v štiri skupine in na testnem listu je tudi razporednica za subjektivno oceno otrokovega vedenja med testiranjem. Razdelitev testnih enot je:

- socializacija in osebni razvoj (25 testnih enot, ocenjuje se zadovoljitve socialnih potreb in otrokov odnos do ljudi),
- fina motorika in prilagodljivost (29 testnih enot, ocenjuje se koordinacija oči – roka, ravnanje z drobnimi predmeti, reševanje problemov),
- govor (39 testnih enot, ocenjuje se sposobnost sluha, razuma, govora in izvedba navodil),
- groba motorika (32 testnih enot, ocenjuje se sposobnosti gibanja v okolju, sedenje, hoja, skakanje, izvajanje kompleksnih gibov) (Drnovšek, Zaletel, 2007).

Denverski razvojno presejalni test je namenjen spremljanju otrokovega razvoja skozi celotno predšolsko obdobje ob raznih obiskih pri zdravniku brez vnaprej natančno določenih presledkov, kar je značilnost drugih presejalnih testov. Z natančnim izračunom otrokove starosti in vrisom starostne črte na testni list določimo testne enote, ki jih moramo opraviti. Če je bil otrok rojen več kot dva tedna pred predvidenim rokom poroda, upoštevamo pri otrocih, mlajših od dveh let, popravek zaradi prezgodnjega rojstva. V posvetovalnicah določimo število testnih enot, ki jih bomo opravili pri nedonošenem otroku glede na popravljeno in ne na kronološko starost. Isti testni list lahko uporabimo pri otroku za večkratno testiranje. Medicinska sestra pripravi načrt izvajanja zdravstvene nege, ki mora biti prilagojen starosti in razvojni stopnji otroka. Načrt vsebuje sistematično izvedbo Denverskega razvojnega presejalnega testa. Vrstni red izvajanja testnih enot mora biti fleksibilen, prilagojen otrokovemu razpoloženju in odzivnosti. Ves čas testiranja smo pozorni na otrokovo spontano vedenje in dejavnosti, kar tudi sproti ocenjujemo. Število testnih enot, ki jih mora otrok opraviti, je odvisno od njegove starosti in trenutnega razpoloženja, časa, ki je na razpolago za testiranje, namena testiranja (ali želimo določiti otrokov zaostanek v razvoju ali področja večjih sposobnosti). Po končanem testiranju najprej ocenjujemo posamezne testne enote, nato pa test kot celoto. Izvedbo posameznih testnih enot lahko ocenimo uspešno (U), neuspešno (N), ni imel priložnosti (NP) in zavrnitev (Z). Ocena celotnega testa pa je lahko: normalen (U), vprašljiv (V) ali neizvedljiv (NZ). Če je test po ponovnem testiranju znova ocenjen kot vprašljiv ali neizvedljiv in nam starši povedo, da je izvedba testa za otroka značilna po obnašanju in sposobnostih, je nujna nadaljnja kompleksna obravnava otroka« (Frankič, 2005).

Zanesljivost testa DENVER II temelji na usklajenosti dobljenih rezultatov:

- med izvajalcem in opazovalcem testiranja (inter-rater reliability): DENVER II ima povprečno stopnjo zanesljivosti za vsako testno enoto 0,99 z razponom od 0,95 do 1,00 in standardno napako 0,016;



- prvega testa in po 7-10 dnevih ponovljenega testa (test-retest reliability): DENVER II ima povprečno stopnjo zanesljivosti za iste testne enote 0,90 z razponom od 0,50 do 1,00 in standardno napako 0,12 (Program preventivnih pregledov otrok in mladostnikov, 2016).

Veljavnost testa DENVER II sloni na:

- natančnosti določitve starosti, pri kateri 25 %, 50 %, 75 % in 90 % otrok restandardizacijskega vzorca uspešno opravi vsako od testnih enot. Sam način standardizacije testa na več kot 2000 otrocih zagotavlja visoko stopnjo veljavnosti testa (Program preventivnih pregledov otrok in mladostnikov, 2016).

Občutljivost testa DENVER II:

- Test je občutljiv, če odkrije vsaj 80 % otrok, ki so dejansko kakorkoli moteni v razvoju. DENVER II ima visoko stopnjo občutljivosti, saj odkrije 83 % otrok z razvojnimi problemi (Program preventivnih pregledov otrok in mladostnikov, 2016)

**Tabela 1: Kaj nam povedo neuspešno opravljene testne enote in ukrepi**

pregled	neuspešna testna enota	posledica
<b>Pregled v starosti 1 mes</b>	niso enakovredni gibi	poškodovan brahialni živec – otroka napotimo h kirurgu zlom ključnice ni jasnega vzroka – otroka napotimo v razvojno ambulanto
	ne dvigne glave:	napotimo v razvojno ambulanto
	ne odziva se na zvonec	napotimo v avdiološko ambulanto
	ne gleda v obraz in s pogledom ne sledi do sredine	napotimo k okulistu
<b>Pregled v starosti 3 mes</b>	v razdelku groba motorika	otroka napotimo na nevrofizioterapijo, po potrebi v razvojno ambulanto oz. k pedonevrologu
	v razdelku govor	kontrola (psihični razvoj?), če je izključena okvara sluha
	v razdelku fina motorika in prilagodljivost	preveriti vid
	v razdelku socializacija in osebni razvoj	preveriti vid, psihični razvoj
<b>Pregled v starosti 6 mes</b>	v razdelku groba motorika	otroka napotimo na nevrofizioterapijo, po potrebi v razvojno ambulanto oz. k pedonevrologu
	v razdelku govor	otroka napotimo v avdiološko ambulanto
	v razdelkih fina motorika in prilagodljivost	izključiti okvaro vida, spremljanje psihičnega razvoja



	sklene roki	morebitna asimetrija nas opozori na parezo zgornjega uda, nujna nadaljnja diagnostična obravnava (nevrolog, po potrebi ortoped)
<b>Pregled v starosti 9 mes</b>	v razdelku groba motorika: v ostalih razdelkih: spremljamo otrokov razvoj	otroka napotimo na nevrofizioterapijo, po potrebi v razvojno ambulanto oz. k pedonevrologu
<b>Pregled v starosti 12 mes</b>	v razdelku groba motorika	otroka napotimo v razvojno ambulanto oz. k pedonevrologu
	v ostalih razdelkih	preverimo sluh, spremljamo psihični razvoj
<b>Pregled v starosti 18 mes</b>	v razdelku groba motorika	otroka napotimo k pedonevrologu
	v ostalih razdelkih	otroka napotimo k psihologu, svetujemo staršem, kako naj otroku pomagajo
	v razdelku govor	otroka napotimo na pregled sluha in k psihologu
<b>Pregled v starosti 3 let</b>	v razdelku groba motorika	naredimo orientacijski nevrološki pregled - če je ta normalen, staršem svetujemo, kako naj spodbujajo otrokove motorične spretnosti; če ugotovimo patologijo, otroka napotimo k pedonevrologu.
	v razdelku govor	izključiti moramo okvaro sluha (ORL), otroka napotimo k psihologu in po potrebi k logopedu
	v razdelku fina motorika in prilagodljivost	vetujemo staršem, kako naj otroku pomagajo, po potrebi otroka napotimo na delovno terapijo.
<b>Testne enote z oceno »Ni imel priložnosti«:</b> Staršem svetujemo, kako naj vzpodbujajo otrokov razvoj in samostojnost. Le te testne enote izkoristimo za zdravstveno vzgojno delo.		

*Vir: Program preventivnih pregledov otrok in mladostnikov (2016)*

Razvojni presejalni test Denver je namenjen klinični uporabi. Testirati smejo samo posamezniki, ki so dobro seznanjeni s testnim materialom in so pripravljene na probleme, ki nastopijo med testiranjem majhnih otrok. Izvajajo ga različni zdravstveni delavci (zdravniki, medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci), ki morajo pridobiti certifikat. Zagotoviti je potrebno visoko stopnjo zanesljivosti in veljavnosti testa. Izvajati se mora na standardiziran način in s standardnimi pripomočki natančno po navodilih, zapisanih v priročniku (Bigec, 2006). Vsako odstopanje od predpisanih vsebin izvajanja vodi v lažno pozitivne oz. lažno negativne izide.



**Tabela 1: Prikaz najpogostejših nepravilnosti pri izvajanju Denver testa**

<b>Nepravilnost</b>	<b>Izid</b>	<b>Možne posledice</b>
Napačno izračunana starost otroka Napačno vrisana starost otroka	Prezahtevne, prelahke naloge	spregledano odstopanje v razvoju otroka, ponovno izvajanje testa, prehitra napotitev k specialistu
Neupoštevanje otrokovega prezgodnjega rojstva	Prezahtevne naloge	ponovitev testiranja, strah staršev, nepotrebna napotitev otroka v nadaljnjo obravnavo
Napačno izvedena testna enota	Nezmožnost izvedbe testne enote	vpliva na končno oceno testa
Nepravilno uporabljeni testni pripomočki	prelahke ali pretežke naloge za otroka	nezaupanje staršev
Nepravilna izbira testnih pripomočkov		lažno pozitiven ali negativen rezultat
Kopiranje testnih listov	Možen zamik, okrnjena vidnost Nepravilna določitev testnih nalog	lažno pozitiven ali negativen rezultat,
Nadomeščanje pripomočkov z neustreznimi nestandardiziranimi pripomočki	Nepravilna izvedba testnih nalog	vpliv na končno oceno testa
Nepravilno ovrednotena testna enota	Napačno izveden test	ponovno testiranje, strah staršev, nepotrebne napotitve
Nepravilno ocenjen test		
Testiranje otroka v prostoru, kjer je motena otrokova pozornost	Podaljšanje časa testiranja, ne sodelujoč otrok	Nedokončan test, vznemirjen otrok, nezaupljivi starši
Napeljevanje otroka k odgovoru	Olajšanje izvedbe	Lažno pozitiven rezultat
Pomoč starša pri izvedbi testnih enot		
Ponovitev izvedbe testne enote (več kot tri krat)	Uspešna rešitev naloge, otrok se nauči izvedbe naloge	
Neupoštevanje otrokovega stanja (bolan, lačen, utrujen)	Otežena izvedba	Lažno negativen rezultat
Manjka ocena otrokovega vedenja	Težava pri interpretaciji testa	Zakritje morebitnih težav
Ni vzpostavljenega stika z otrokom in starši	Otežena izvedba	Nezaupljivi starši, strah otroka in staršev, nezadovoljstvo
Uvodoma se ne poda pojasnilo, kaj je Denver II test, da z njim ne ocenjujemo otrokove inteligence ter, da ne pričakujemo, da bo otrok uspešno opravil vse naloge	Nepravilna priprava na testiranje otroka	Razočaranje, nezaupanje staršev

*Vir: Limonšek, 2018*



Denver II testa se mora izvajati v skladu z doktrinarnimi načeli. V primeru, da ga otrok ne opravi ali ga ne opravi v celoti, mora biti vabljen na ponovno testiranje v skladu z navodili o izvajanju testa. V primeru, da otrok delno ali v celoti tudi ob ponovitvah ne opravi tega testa, mora biti napoten k ustreznemu specialistu ali v razvojno ambulanto (Zaletel-Kragelj et al., 2008).

Izvajanje Denver II testa mora biti dosledno, saj lahko kakršnokoli prilagajanje vodi do napačnih zaključkov, le to pa lahko vpliva na otrokov razvoj.

Frankičeva (2005) navaja, da je izvajanje Denver II testa prineslo izvajalcem zdravstvene nege dodatne obremenitve, kar pa ni opravičilo, da se test izvaja v nasprotju z doktrino izvajanja testa. Hkrati ugotavlja, da moramo izvajalci zdravstvene nege posebno pozornost nameniti zdravstveni vzgoji staršev in otrok, saj sam presejalni test vsebuje tudi veliko vprašanj, ki se nanašajo na samostojnost otroka. Poudarek na izobraževanjih za izvajalce Denver II testa je, da moramo medicinske sestre pri izvajanju testa upoštevati model procesa zdravstvene nege in dati poudarek na kakovost zdravstvene nege ter se zavedati, da je zdravstvena nega področje nenehnih sprememb. Le z najvišjo kakovostjo zdravstvene nege in z najboljšimi učinki se lahko zagotavlja uspešno preprečevanje bolezni in zgodnja diagnostika.

Prihodnost so naši otroci in samo zdrav otrok lahko zraste v srečno osebnost in doseže najvišjo raven produktivnosti. Uvedba testa DENVER II v preventivno dejavnost Dispanzerjev za otroke na primarni ravni napoveduje preprečevanje bolezni in je pomemben pripomoček pri enakovrednem spremljanju otrokovega razvoja, ne glede na to, kje otrok stanuje (podeželje ali mesto) in kdo ga obravnava (pediater v javni mreži, zasebnik ali družinski zdravnik). Danes se zavedamo pomena zgodnjega odkrivanja razvojnih motenj in verjamemo v pomen in terapevtske uspehe zgodnjega ukrepanja in razvojno-nevrološke obravnave. Želimo, da bi zanesljivo izvajanje DENVER II testa postalo resnično sestavni del vsakdanje dobre klinične prakse, saj bi le takšen lahko pomagal staršem in njihovim otrokom do čim hitrejša diagnoze in ustreznega zdravljenja.

## **Literatura:**

*Bigec M. Standardizacija Denver II razvojnog screening testa za djecu od 0 do 6 godin. Rast i razvoj djece u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2006: 121–31.*

*Drnovšek V, Zaletel M. Vloga medicinske sestre pri izvedbi razvojno presejalnega testa Denver II. In: Dunja Kalčič. Ed. Ljubljana: Obzor Zdrav N. 2007; 41:103–109.*

*Frankič M. Težave pri uvajanju presejalnega testa DENVER II v dispanzerju za otroke. In: Dunja Kalčič. Ed. Ljubljana: Obzor Zdrav N. 2005; 39:229–232.*

*Gobov L, Domjan Arnšek A, Troha M, Truden Dobrin P. Program preventivnih pregledov otrok in mladostnikov; 2016. Dostopno na: [http://www.skupajzazdravje.si/media/program.preventivnih.pregledov.za.otroke.in.mladostnike\\_.pdf](http://www.skupajzazdravje.si/media/program.preventivnih.pregledov.za.otroke.in.mladostnike_.pdf) (13.9.2019).*

*Kržišnik C, Anderluh M, Avbelj Stefanija M, Avčin T, Battelino T, Benedik-Dolničar M, et al. Pediatrija. In: Kržišnik C, ed. Ljubljana: Državna založba Slovenije; 2013.*

*Lazar S, Horvat M. Pomen preventivnih pregledov v obdobju dojenčka v službi za zdravstveno varstvo predšolskih otrok; 2007. Dostopno na: [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres\\_zbn\\_7/pdf/122C.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/122C.pdf) (20. 2. 2015).*



Ministrstvo za zdravje. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. (Uradno prečiščeno besedišče), Uradni list Republike Slovenije št. 22.; 2009. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NAVO59> (6. 1. 2015).

Seher Zupančič M, Bigec M. Denver II Slovenija test v prvem letu starosti. In: Gregorič A, ed. Zbornik predavanj XIII, Srečanje pediatrov. Mariboru, 4. in 5. aprila 2003. Maribor: Splošna bolnišnica; 2003:170.

Seher Zupančič M. Preventivni programi za otroke in mladostnike v Sloveniji. Velenje: Zdravstveni dom Velenje; 2013.

Zaletel-Kragelj L, Artnik B, Farkaš J, Bigec M. Preventivno zdravstveno varstvo (dispanzerska metoda dela). Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Katedra za javno zdravje; 2008.





**LAHKO PRISTOP MEDICINSKE  
SESTRE K OTROKU, DRUŽINI IN  
SODELAVCEM PREPREČI NASILJE?**

# ATRAVMATSKA OBRAVNAVA OTROK IN MLADOSTNIKOV V ZDRAVSTVENI NEGI

**Majda Oštir, dipl.m.s.**  
Pediatrična klinika Ljubljana,  
Služba za pljučne bolezni

## **Izvleček**

Otrok, mladostnik in družina se z vstopom v zdravstvene ustanove srečajo že v prenatalnem obdobju. V otroški dobi lahko bolečina in bolezen otežujeta otrokov razvoj. Najbolj občutljivi so otroci v starosti od šestih mesecev do štirih let. Atravmatska obravnava omogoča individualen pristop k otroku in družini. Zdravstveni delavci lahko otroku in družini pomagamo pri prilagajanju na bolezen, tudi tako da vzpostavimo jasno komunikacijo z njimi, zagotovimo neposredno in jasno komunikacijo med seboj, prilagajmo zdravljenje in zdravstveno nego otroku in družini in ob tem upoštevamo načela atravmatske obravnave.

**Ključne besede:** atravmatska obravnava, medicinska sestra, otrok in mladostnik, možnost odločanja

## **Uvod**

Atravmatska obravnava otrok in mladostnikov je področje zdravstvene nege, ki se osredotoča na varno in kakovostno obravnavo, ki v dani situaciji omogoča maksimalen razvoj tako otroka, kot družine. Obravnava otroka in družine se začne že v prenatalnem obdobju, ko ima medicinska sestra izjemno vlogo v informiranju in poučevanju ter pri vzpostavljanju zaupanja. Z rojstvom se za novorojenca prične čas intenzivnega razvoja, družina pa ob tem doživlja izjemen čustveni razvoj in stopa na novo pot skupaj z novorojencem.

Otrokov razvoj poteka skozi kvantitativno in kvalitativno različna razvojna obdobja, v katerih se sooča s posameznimi razvojnimi nalogami. Njihovo uspešno razreševanje omogoča nadaljnje napredovanje v razvoju. V nasprotnem primeru lahko pride do zastoja ali nazadovanja v razvoju, kar pomembno vpliva na posameznikovo celostno delovanje (Lešnik Musek, Krkoč, 2014). V otroški dobi lahko bolečina in bolezen otežujeta otrokov razvoj. Najbolj občutljivi so otroci v starosti od šestih mesecev do štirih let. V povprečju so fantki bolj občutljivi od deklet. Pomembna pa je tudi dolžina bivanja v bolnišnici, saj so posledice hospitalizacije težje, če je otrok daljše obdobje ločen od matere (Kos, 2001).

Pri otrocih s kronično boleznijo so psihološke težave in psihiatrične motnje približno dvakrat pogostejše kot med zdravimi otroki. Večje tveganje za razvoj motenj (3.4- krat) imajo otroci s pridruženo gibalno oviranostjo in otroci z nevrološkimi boleznimi. Pri najtežjih somatskih obolenjih je ko-morbidnost še višja. Kljub temu moramo poudariti, da večina otrok s kronično boleznijo ne kaže posebnih težav ali motenj (Lešnik Musek, Krkoč, 2014).

Zdravstveni delavci lahko otroku in družini pomagamo pri prilagajanju na bolezen, tudi tako da vzpostavimo jasno komunikacijo z njimi, zagotovimo neposredno in jasno komunikacijo med seboj, prilagajmo zdravljenje šolanju otroka, aktivno vključimo otroka v proces zdravljenja in na prehodu v odraslost načrtujemo intervencije za tranzicijo (Kreft Hausmeister, 2014).

## **Zdravstvena nega usmerjena v družino**

Družina je več kot samo vsota različnih posameznikov. Družina so posamezniki, ki živijo skupaj, so v intimnem odnosu in so pomembne osebe drug za drugega. Znotraj družine pa deluje več podsistemov, in sicer starševski podsistem, ki neguje otroke in jih vzgaja, partnerski podsistem, katerega naloga je omogočiti družini varnost in hkrati otrokom predstavlja model za učenje o partnerskih odnosih, ter podsistem sorojencev, ki omogoča, da se otroci preizkusijo v pogajanju in





tekmovalnosti, hkrati pa med njimi dovoljuje navezanost (Kreft Hausmeister, 2014).

Zdravstvena nega usmerjena v družino (ZNUD) je osnovno načelo pediatrične zdravstvene nege, ki poudarja dinamičen odnos med družinskimi člani in zdravstvenimi delavci ter poskuša ohraniti normalno delovanje družine, ko otrok zboli. Čeprav so prednosti ZNUD v pediatrični zdravstveni negi pogosto izpostavljene, je težko dokazati, kako oblika dela vpliva na izboljššan rezultat pri obravnavi otroka in družine (Corlett, Twycros, 2006 a). Prednosti v zdravstveni negi v pediatriji se kažejo v zmanjševanju stresa pri družinah hospitaliziranega otroka, prepoznavanju potreb staršev in njihovem vključevanju in sodelovanju v procesu obravnave otroka in zadovoljstvu z zdravstveno nego (Al Momani, 2010). Iz načel atravmatske obravnave izhaja tudi filozofija zdravstvene nege usmerjene v družino (ZNUD), ki prepoznava družino kot konstanto v otrokovem življenju. Tri komponente ZNUD so spoštovanje, sodelovanje in podpora (Winkelstein, 2005). V osnovi v družino usmerjena skrb zajema šest konceptov: komunikacija, izmenjava informacij, možnost izbire, spoštovanje, partnerstvo in izpostavljanje prednosti družin (Oštir, 2014).

### **Atravmatska obravnava otroka in mladostnika**

Ena od definicij atravmatske obravnave pravi takole: Atravmatska obravnava/oskrba otrok in mladostnikov je zagotavljanje terapevtske obravnave v okolju, kjer osebe z uporabo aktivnosti, ki zmanjšujejo psihološko in fizično stisko, ki jih otroci in njihove družine doživljajo v času obravnave v sistemu zdravstvenega varstva (Hockenberry, Wilson, 2018).

### **Razlaga pojmov**

Terapevtska obravnava: zajema preprečevanje, diagnosticiranje, zdravljenje ali paliativno oskrbo kroničnih ali akutnih stanjih

Okolje: kraj, v katerem se ta obravnava/skrb izvaja - dom, bolnišnica, ali katero koli drugo okolje v sistemu zdravstvenega varstva.

Osebe: vsakdo, ki neposredno sodeluje pri terapevtski obravnavi/oskrbi

Aktivnosti: segajo od psiholoških pristopov, kot so priprava otrok za postopke ali posege, do zagotavljanja prostora za enega od staršev v sobi z otrokom.

Psihološka stiska: vključuje anksioznost, strah, jezo, razočaranje, žalost, sram ali krivdo

Fizična stiska: od nespečnosti, imobilizacija oz. zmanjšanje možnosti aktivnosti, do motenja čutilnih dražljajev, kot so bolečine, temperaturni ekstremi, hrup, svetloba (Hockenberry, Wilson, 2018)

Načela atravmatske obravnave vključujejo:

- preprečevanje oziroma zmanjševanje ločevanja otroka od svojcev,
- promoviranje, vzpodbujanje in zagotavljanje možnosti kontrole v procesu zdravljenja in zdravstvene nege
- preprečevanje telesnih poškodb in bolečine (Winkelstein, 2005).

### **Razprava**

Če je bilo v 80 – tih letih prejšnjega stoletja še vedno popolnoma normalno, da je bil otrok v bolnišnici sam, brez staršev, je danes to dogodek, ki je izjema. Prisotnost staršev nalaga zdravstvenim delavcem nove naloge. Ne gre samo za stalno opazovanje in nadzorovanje, ampak tudi za novo obliko dela, saj si starši skrb za otroka delijo z zdravstvenimi delavci (Newton, 2000). V procesu prilagajanja otrok na bolnišnično okolje in zdravljenje je podpora družini ključnega pomena. Podpora otrokom, ki jo dobijo od svoje družine je najpomembnejši dejavnik, ki določa reakcije otrok proti zdravstvenemu problemu in zdravstveni negi. Pri starših, ki jih zdravstveno osebe redno obvešča o zdravstvenem stanju in so vključeni v oskrbo, je manj stresa, njihovi otroci pa se lažje prilagajajo bolnišničnemu okolju (Cimke, Mucuk, 2017). Pričakovanja staršev v vlogi skrbi za bolnega otroka v bolnišnici in odnosi z medicinsko sestro so se dramatično razvila v zadnjih 40 letih. Če so starši prej pričakovali, da bodo ločeni od svojih otrok in prepustili odgovornost za otroka medicinskemu



osebju, sedaj pričakujejo, da bodo ostali s svojim otrokom in se v veliki meri vključili v zdravljenje in zdravstveno nego (Newton, 2000). V raziskavi, ki je vključevala 285 staršev, so ugotovili, da obstaja pozitiven odnos med zadovoljstvom staršev z zdravstvenim varstvom in zdravstveno nego usmerjeno v družino, zato morajo medicinske sestre po svojih najboljših močeh vključevati starše v proces zdravstvene nege v skladu z načeli atravmatske obravnave družine (Cimke, Mucuk, 2017). Eden od ključnih procesov, ki omogoča dober partnerski odnos, je pogajanje med medicinsko sestro in starši oziroma dobre tehnike komunikacije, ki omogočajo obema stranema, da dosežejo dogovor o stopnji vključenosti v zdravstveno nego, glede na zdravljenje in načrt zdravstvene nege. Prav zaradi pomanjkanja dobre komunikacije, strokovnih pričakovanj in uveljavljanja moči in kontrole, pride do nesporazumov na tem področju, kar pa zavira partnerski odnos ter onemogoči izvajanje zdravstvene nege usmerjene v družino (Corlett, Twycross 2006 a). Vse to je lahko rezultat še večje anksioznosti in nezadovoljstva pri starših, ki so že tako v stresu zaradi bolnega otroka. Večkrat se zgodi, da zdravstveni delavci, ki so seveda strokovnjaki s potrebno strokovno izobrazbo, prevzamejo popolno kontrolo nad otrokom in staršem ne dajo priložnosti za sodelovanje, saj imajo za to potrebno moč. To običajno pripelje do nepotrebnih konfliktnih situacij, od katerih nobena stran nima koristi (Corlett, Twycross 2006 b). Sodelovanje staršev in pogajanje o vlogah sta osrednja elementa v skrbi za družino, vendar raziskave kažejo, da se takšna pogajanja zgodijo običajno ad hoc. Starši pogosto želijo biti bolj vključeni v skrb za svojega otroka, vendar želijo obdržati nadzor pri odločanju, kaj bo to sodelovanje pomenilo (Corlett, Twycross 2006 b). Medicinska sestra v pediatriji ima torej moč in možnost, da se odloči za primeren pristop in izbere tehniko pogajanja. Res pa je, da za to potrebuje znanje, večšine in seveda čas (Oštir, 2014). Z individualnim načrtovanjem zdravstvene nege lahko preprečimo občutke pomanjkanja kontrole. Ti izhajajo iz fizičnih in psiholoških ovir, ki vključujejo spremenjeno rutino dnevnih aktivnosti, omejevanje gibanja, ločitve od svojcev in odvisnosti od drugih. Individualizirana zdravstvena nega velja za sodobno zdravstveno nego, ki dviguje samospoštovanje in samozavest, ter spodbuja motivacijo za njeno delovanje. Samostojnost spodbujamo glede na stopnjo razvoja, starost in bolezensko stanje otroka. Posege izvajamo z možnostjo soodločanja in spoštovanjem do pacienta (Oštir, 2008). Torej je znanje tisto orodje medicinske sestre, ki zagotavlja možnost upoštevanja načel atravmatske obravnave, hkrati pa omogoča kakovostno in varno obravnavo, upoštevajoč standarde in smernice.

## **Zaključek**

Načela atravmatske obravnave so orodje, ki medicinski sestri omogoča izvajanje sodobne zdravstvene nege. Z individualnim načrtovanjem, kritičnim razmišljanjem ter dobro komunikacijo lahko vpliva na dobro počutje otroka in družine ter tako zagotovi sodelovanje, nudi možnost odločanja ter prepreči strah in bolečino.

## **Literatura**

*Al-Momani MM. Establishing family centred care in pediatric unit in Jordan: quality improvement. Singapore Nursing Journal, 2010; vol 32(2):34-42.*

*Cimke S, Mucuk S. Mothers' Participation in the Hospitalized Children's Care and their Satisfaction. International Journal of Caring Sciences, September-December 2017; 10(3): 1643; dosegljivo na: [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/59\\_2\\_cimke\\_original\\_10\\_3.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/59_2_cimke_original_10_3.pdf), (20.9.2018).*



Corlett J, Twycross A. *Negotiation of care by children's nurses: lessons from research. Paediatr Nurs.* 2006 b;18(8):34-7.

Corlett J, Twycross A. *Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. J Clin Nurs.* 2006 a;15(10):1308-16.

Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong's Nursing Care of Infants and Children - E-Book. Elsevier Health Sciences, 2018; dosegljivo: [https://books.google.si/books?id=w7RqDwAAQBAJ&dq=automatic+care+AND+wong&lr=&hl=sl&source=gbs\\_navlinks\\_s](https://books.google.si/books?id=w7RqDwAAQBAJ&dq=automatic+care+AND+wong&lr=&hl=sl&source=gbs_navlinks_s); (20.9.2018).*

Kos F. *Psihično doživljanje hospitalizacije, Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo. 2001; dostopno na: [http://baza.svarog.org/pedagoske\\_znanosti/otroci\\_v\\_bolnismnici.php](http://baza.svarog.org/pedagoske_znanosti/otroci_v_bolnismnici.php), dostopno:(20.9.2018).*

Lešnik Musek P, Krkoč V. *razvojno psihološke značilnosti otrok in mladostnikov s kronično boleznijo. In: M. Oštir, ed. Otrok, družina, bolezen in zdravstveni delavci – skrb za druge in skrb zase. Ljubljana, 30. maj 2014. Ljubljana: Zveza zdravstvene in babiške nege Slovenije, zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2014: 9-18.*

Newton MS. *Family centred care: current realities in parent participation. Pediatr nurs.* 2000; 26: 164-169.

Oštir, M. *Netravmatska obravnava otrok in mladostnikov. In: M. Oštir, ed. Otrok, družina, bolezen in zdravstveni delavci – skrb za druge in skrb zase. Ljubljana, 30. maj 2014. Ljubljana: Zveza zdravstvene in babiške nege Slovenije, zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2014: 63-9.*

Oštir, M. *Pediatrična zdravstvena nega v Sloveniji – kje smo in kam gremo? In: D. Ščepanović & A. Črnetič, eds. Simpozij enterostomalne terapije v obdobju otroka in mladostnika. Portorož, 23. – 25. Oktober 2008. Koper, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji; 2008: 12-19.*

Winkelstein M. *Perspectives of pediatric nursing. In: Hockenberry M.J. et al, eds. Wong's essentials of pediatric nursing, seventh edition. Mosby, 2005; 1-22.*



# NASILJE V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH

Anže Petrovič univ.dipl. prav.

## Izveček

Nasilje v zdravstvenih ustanovah predstavlja resen izziv, s katerim se soočajo zdravstveni delavci. Po podatkih svetovne zdravstvene organizacije je med 8 % in kar 38 % vseh zdravstvenih delavcev v svoji karieri doživelo fizično nasilje. Raziskave kažejo, da nasilje nad zdravstvenimi delavci na delovnem mestu pogosto izvršujejo prav pacienti, ki se tam zdravijo. V prispevku bo predstavljen pravni pogled na pojav nasilja v zdravstvenih ustanovah.

**Ključne besede:** Kazenski zakonik (KZ-1); kaznivo dejanje; zdravstveni delavci; nasilje; zdravstvene ustanove

## Abstract

Violence in healthcare institutions presents a serious challenge for healthcare workers. The data of World health organization shows that between 8 % and 38 % of healthcare workers suffer physical violence at some point of their careers. Research shows that patients are often the perpetrators of violence against healthcare workers. Article presents a legal viewpoint on violence in healthcare institutions.

**Key words:** Criminal code; criminal act; healthcare workers; violence; healthcare institutions

## Uvod

Zdravstvene ustanove so institucije, katerih primarna vloga v družbi je nudenje zdravstvene oskrbe vsem tistim, ki jo potrebujejo. Kljub temu pa niso imune na pojav nasilja. Raziskave kažejo, da so med žrtvami nasilja v zdravstvenih ustanovah tudi zdravstveni delavci, ki nasilje doživijo na svojem delovnem mestu, kjer so zaposleni. V prispevku bom predstavil pravni pogled na pojav nasilja na splošno in pravne norme, ki predstavljajo reakcijo družbe na ta nezaželen družbeni pojav. Enako namreč velja tudi za nasilje, ki se pojavlja v zdravstvenih ustanovah oziroma za nasilje, ki je usmerjeno zoper zdravstvene delavce.

## Definicija nasilja

Nasilje lahko opredelimo kot človekovo uporabo fizične ali psihične sile, ki je izražena v zunanjem svetu in je usmerjena zoper drugo določeno osebo ali določen krog oseb. Pri tem storilec navadno zasleduje tudi določen namen.

V literaturi lahko zasledimo tudi definicijo nasilja, ki nasilje opredeli za upravljanje z močjo v razmerju do drugega človeka na način, kot ga druga oseba ne želi, ki ga boli in ki glede na veljavna pravna pravila ni dopusten (Muršič, 2005).

Prispevek obravnava nasilje v zdravstvenih ustanovah nad zdravstvenimi delavci, zato lahko definicijo nasilja dopolnimo z dostavkom, da gre za nasilje, ki se pojavlja v prostorih zdravstvene ustanove, pri tem pa objekt nasilja predstavljajo zdravstveni delavci, ki so pri svojem delu izpostavljeni žaljivkam, grožnjam, fizičnim napadom in podobnim ravnanjem, pri tem pa so storilci pacienti oziroma njihovi svojci in obiskovalci.

## Nasilje v zdravstvenih ustanovah

Podatki raziskave izvedene od novembra 2010 do februarja 2011, na vzorcu v katerega je bilo vključenih 3.756 zaposlenih medicinskih sester v Republiki Sloveniji, kažejo, da so medicinske



sestre oziroma tudi drugi zdravstveni delavci na delovnem mestu izpostavljeni fizičnemu nasilju. Fizično nasilje na delovnem mestu je doživelo 14,6 % medicinskih sester, delež nasilja pa je bil večji v urgentni ambulanti, kjer je znašal kar 33,3 %. Kar se tiče oblik nasilja, so bili v raziskavi zaznani primeri udarcev s pestjo v obraz (8), napadov z uporabo predmetov kot so sekira, nož, inštrumenti, krožnik s hrano (4), groženj z davljenjem, klofuto, smrtjo (4), brcanja (3), preteпов (2). Raziskava pa je podala odgovor tudi na vprašanje o storilcih telesnega napada na medicinsko sestro, in sicer je bil največkrat storilec pacient. Do podobnih ugotovitev o nasilju nad zdravstvenimi delavci, prihajajo tudi v tujini (Košir, 2012). Glede najtežjih oblik nasilja nad zdravstvenimi delavci v Republiki Sloveniji, je znan primer umora zdravnika v izolski bolnišnici v letu 2016. Po podatkih svetovne zdravstvene organizacije med 8 % in 38 % zdravstvenih delavcev na določeni točki svoje kariere doživi fizično nasilje. Še večje število zdravstvenih delavcev pa je izpostavljeno verbalnim grožnjam. Po podatkih svetovne zdravstvene organizacije je večino nasilja v zdravstvenih ustanovah nad zdravstvenimi delavci izvršenega prav s strani pacientov in obiskovalcev, torej tistih, ki jim je namenjena zdravstvena storitev. Najbolj ogroženo je ravno tisto zdravstveno osebje, ki neposredno dela s pacienti. Gre za medicinske sestre, zlasti tiste, ki delajo na urgenci, in reševalce. Poznani so tudi negativni učinki nasilja. Vsako nasilje namreč poseže v človekovo osebno dostojanstvo, med učinki nasilja nad zdravstvenimi delavci so bili zaznani predvsem negativni psihološki učinki, prav tako so bili zaznani vplivi na zmanjšanje motivacije za delo, v posameznih primerih, pa je bila lahko ogrožena celo kvaliteta zdravstvene oskrbe (WHO, 2018).

### **Pravo in nasilje**

Nasilje kot človekovo ravnanje spada med ravnanja, ki odstopajo od splošno sprejetih pravil družbe. Gre za ravnanja, ki jih družba kot celota šteje za drugačna, nemoralna, škodljiva in za družbo nevarna. Takšna ravnanja označujemo kot deviantna oziroma odklonska ravnanja. V kolikor gre za družbene pojave dobijo oznako družbeno negativni ali tudi socialno patološki pojavi. Mednje spada cela vrsta pojavov, kot so na primer kriminaliteta, alkoholizem, narkomanija nasilništvo in podobni družbeni pojavi. Določena ravnanja iz kroga deviantnih ravnanj pa so v pravu opredeljena tudi kot kazniva ravnanja. Gre le za tista ravnanja, ki jih pristojni državni organi po posebnih kriterijih izberejo in kot takšne opredelijo v kazenskopravni zakonodaji. Kazniva ravnanja predstavljajo množico ravnanj, ki jih ločimo na naslednje skupine: disciplinske prestopke, prekrške in kazniva dejanja. Hkrati z zapovedjo, ki jo vsebuje določena pravna norma oziroma pravno pravilo, pa je predpisana tudi pravna sankcija za njeno kršitev, imenujemo jo kaznovalna sankcija. Kaznovalne sankcije pomenijo uporabo organizirane s pravom urejene vnaprej določene prisile, ki ji pravimo kazenska represija, le ta se uporabi zoper tistega, ki krši pravno normo (Bavcon et al., 2003). Pravo predstavlja organiziran in razvejan sistem pravnih pravil določene družbe, katerih namen je urejanje in varovanje konkretnih družbenih odnosov, interesov in pravnih dobrin. Družbeni pojav nasilja pa spada predvsem na področje kazenskega prava, pa tudi na področje prava o prekrških, ki ga lahko razumemo kot vejo kazenskega prava.

Med splošnimi družbenimi interesi in pravnimi dobrinami, ki jih varuje kazensko pravo lahko opredelimo posebne objekte kazenskopravnega varstva, kot so splošna varnost ljudi in premoženja, ipd. Konkretna pravna pravila, ki predstavljajo družbeno reakcijo na nasilje so vsebovana v posameznih inkriminacijah - kaznivih dejanjih, ki so predpisana v Kazenskem zakoniku, znotraj zakonika, pa so oblikovane skupine kaznivih dejanj, ki so bolj ali manj homogene. Tako poznamo na primer skupino kaznivih dejanj zoper življenje in telo.

Posamezni objekt kazenskopravnega varstva, ki predstavlja konkretno varovano pravno dobro (npr. človekovo življenje), je lahko objekt varstva več kaznivih dejanj, ki so uvrščena v isto poglavje kaznivih dejanj, npr. zoper življenje in telo (Bavcon et al., 2003). Navedeno pomeni, da je ista dobrina (človekovo življenje, telesna nedotakljivost) varovana z več kaznivimi dejanji, ki se razlikujejo po teži in naravi. V nadaljevanju prispevka bodo predstavljene tiste pravne norme, ki so neposredno povezane s pojavom nasilja.



**1. Ustava Republike Slovenije** (Uradni list RS, št. 33/91-I, s spremembami) v poglavju o človekovih pravicah in svoboščinah so definirane pravice, v katere je lahko poseženo kadar gre za nasilje zoper drugo osebo. Ustava v 17. členu vsebuje določilo o nedotakljivosti človekovega življenja. Nihče torej nima pravice drugemu vzeti življenja. Določilo 35. člena Ustave Republike Slovenije pa zagotavlja nedotakljivost človekove telesne in duševne celovitosti, njegove zasebnosti ter osebnostnih pravic. Nasilje je tisto človekovo ravnanje, ki zagotovo poseže v nedotakljivost človekove telesne ali duševne celovitosti, v najhujših primerih nasilja pa tudi v nedotakljivost človekovega življenja.

Konkretna pravna pravila oziroma pravne norme, ki se nanašajo na pojav nasilja v družbi, pa so vsebovane v opredelitvah posameznih prekrškov in v inkriminacijah posameznih kaznivih dejanj. V nadaljevanju bodo predstavljeni tisti prekrški in kazniva dejanja, ki si jih je mogoče zamisliti v povezavi z nasiljem nad zdravstvenimi delavci v zdravstvenih ustanovah.

**2. Zakon o varstvu javnega reda in miru** (Uradni list RS, št. 70/06, ZJRM-1) določa prekrške s področja kršitve javnega reda in miru na javnem kraju ali v zasebnem prostoru ter sankcije za taka ravnanja. V prvem odstavku 6. člena je opredeljen prekršek nasilnega in drznega vedenja, ki ga izvrši, kdor izziva ali koga spodbuja k pretepu, ali se vede na drzen, nasilen, nesramen, žaljiv ali podoben način, ali koga zasleduje in s takšnim vedenjem pri njem povzroči občutek ponižanosti, ogroženosti, prizadetosti ali strahu. Sankcija predpisana za prekršek je denarna globa v razponu, ki jo zakon sicer predpisuje še v tolarjih. Preračunano v evre znaša globa za navedeni prekršek od 250,37 EUR do 500,75 EUR. Prekršek po drugem odstavku citiranega člena pa izvrši kdor koga udari. Storilec se kaznuje z globo od 333,83 EUR do 625,94 EUR. Prekršek po tretjem odstavku istega člena pa izvrši kdor se pretepa. Storilec se kaznuje z globo od 417,29 EUR do 1251,87 EUR. V določbi prvega odstavka 7. člena je opredeljen tudi prekršek nedostojnega vedenja, ki ga izvrši kdor se na javnem kraju prepira, vpije ali se nedostojno vede na način, da povzroči vznemirjenje ali razburjenje ali ogrožanje posameznika ali skupine ali kadar z žaljivimi besedami in dejanji škoduje ugledu posameznika ali skupine ali uradne osebe pri uradnem poslovanju. Storilec se kaznuje z globo v razponu od 104,32 EUR do 417,29 EUR.

**3. Zakon o prekrških** (Uradni list RS, št. 7/2003, s spremembami, ZP-1) je postopkovni zakon, ki določa splošne pogoje za predpisovanje prekrškov in sankcij zanje, splošne pogoje za odgovornost za prekrške, za izrekanje in za izvršitev sankcij za prekrške, postopek za prekrške ter organe in sodišča za odločanje o prekrških. Povedano na kratko, gre za zakon, ki vsebuje pravila, po katerih poteka postopek za prekrške.

**4. Kazenski zakonik** (Uradni list RS, št. 55/08, s spremembami, v nadaljevanju KZ-1) je zakon, v katerem najdemo opredelitve oziroma inkriminacije posameznih kaznivih dejanj. Ko gre za pojav nasilja, nas zanimajo kazniva dejanja iz skupine kaznivih dejanj zoper življenje in telo, kaznivih dejanj zoper človekove pravice in svoboščine ter kaznivih dejanj zoper čast in dobro ime.

#### Kazniva dejanja zoper življenje in telo

V skupini kaznivih dejanj zoper življenje in telo najdemo inkriminacije kaznivih dejanj, ki so lahko izvršena tudi v zdravstvenih ustanovah. To so vse vrste telesnih poškodb pa tudi, ko gre za nasilje, ki se konča z odvzemom življenja. V prvem odstavku 122. člena KZ-1 je določeno kaznivo dejanje lahke telesne poškodbe, ki ga izvrši kdor koga tako telesno poškoduje, da je bil zaradi tega začasno okvarjen ali oslabljen kakšen del njegovega telesa ali njegov organ, ali je poškodovančeva zmožnost za delo začasno zmanjšana ali je prizadeta njegova zunanost, ali je začasno okvarjeno njegovo zdravje. Storilec tega kaznivega dejanja se kaznuje z denarno kaznijo ali zaporom do enega leta.

Za kaznivo dejanje lahke telesne poškodbe gre takrat kadar storilec z uporabo sile telesa (udarci, brcami in podobno) namenoma povzroči lahke telesne poškodbe drugi osebi. O težji oziroma kvalificirani obliki istega kaznivega dejanja govorimo, kadar je poškodba povzročena bodisi z orožjem ali nevarnim orodjem, drugim sredstvom ali pa na način, da se lahko telo hudo poškoduje



(pa do takšne poškodbe ni prišlo) ali zdravje hudo okvari. Storilec se kaznuje z zaporom do treh let (2. odstavek 122. člena KZ-1). Pregon za kaznivo dejanje iz prvega odstavka se začne samo ob izpolnjeni procesni predpostavki, da je podan predlog oškodovanca. Oškodovanec lahko kasneje v kazenskem postopku svoj predlog tudi umakne. Predlog oškodovanca pa ni procesna predpostavka za pregon kaznivega dejanja iz drugega odstavka citiranega člena, saj gre za po naravi težje kaznivo dejanje.

Nastanek hujših telesnih poškodb pa obravnavajo inkriminacije hude telesne poškodbe po 123. členu KZ-1 in posebno hude telesne poškodbe po 124. členu KZ-1. Značilnost navedenih kaznivih dejanj, kjer gre za nastanek hudih in posebno hudih telesnih poškodb, je tudi ta, da je kaznovalni okvir bistveno strožji. Pri povzročitvah telesnih poškodb je potrebno vzeti v obzir tudi dejstvo, da ima povzročitelj nasilja oziroma storilec v naklepu povzročiti kakršnekoli telesne poškodbe (npr. z udarcem v določen del telesa), od stopnje nastalih telesnih poškodb pa bo odvisna kvalifikacija kaznivega dejanja v kasnejšem kazenskem postopku, prav tako pa tudi izrečena sankcija.

Najhujši primeri nasilja, ki se končajo s smrtjo žrtve, so vsebovani v inkriminaciji kaznivega dejanja posebno hude telesne poškodbe po drugem odstavku 124. člena KZ-1, uboja po 115. členu KZ-1, umora po 116. členu KZ-1 ter drugih, kjer poškodovanec zaradi povzročenih poškodb umre. Za kaznivo dejanje posebno hude telesne poškodbe po drugem odstavku 124. člena KZ-1 je značilno, da storilec žrtvi ni hotel odvzeti življenja, v naklepu pa je imel povzročiti telesne poškodbe. Kadar ima storilec v naklepu odvzem človeškega življenja pa govorimo o kaznivem dejanju uboja po 115. členu KZ-1, ki ga po prvem odstavku izvrši kdor komu vzame življenje. Storilec se kaznuje z zaporom od najmanj petih do petnajstih let. Kvalificirana oblika uboja je kaznivo dejanje umora po 116. členu KZ-1. Gre za primere, kjer storilca vodi poseben nagib (npr. brezobzirno maščevanje) ali pa gre za posebne okoliščine (na grozovit način). Poznamo tudi kaznivo dejanje uboja na mah po 117. členu KZ-1, ki ga izvrši kdor koga ubije na mah, ker ga je brez njegove krivde z napadom ali hudimi žalitvami močno razdražil. Gre za lažjo oziroma privilegirano obliko temeljnega kaznivega dejanja uboja. Ko gre za odvzem življenja, kazensko pravo pozna tudi kaznivo dejanje povzročitve smrti iz malomarnosti po 118. členu KZ-1.

#### Kazniva dejanja zoper človekove pravice in svoboščine

V tem sklopu kaznivih dejanj je zajeto kaznivo dejanje grožnje po 135. členu KZ-1, ki obravnava pojave psihičnega nasilja nad drugo osebo. Kaznivo dejanje grožnje po prvem odstavku 135. člena KZ-1 namreč izvrši kdor komu zato, da bi ga ustrahoval ali vznemiril, resno zagrozi, da bo napadel njegovo življenje ali telo ali prostost ali uničil njegovo premoženje velike vrednosti, ali da bo ta dejanja storil zoper njegovo bližnjo osebo. Storilec se kaznuje z denarno kaznijo ali zaporom do šestih mesecev. Kvalificirana oblika kaznivega dejanja je zajeta v drugem odstavku istega člena in jo stori kdor dejanje izvrši proti dvema ali več osebam ali z grdim ravnanjem ali z orožjem, nevarnim orodjem, drugim sredstvom ali na tak način, da se lahko telo hudo poškoduje ali zdravje hudo okvari. Storilec se kaznuje z denarno kaznijo ali zaporom do enega leta. Pregon za dejanje po obeh odstavkih se začne na predlog.

#### Kazniva dejanja zoper čast in dobro ime

Kadar so zdravstveni delavci izpostavljeni zmerjanju in žaljivkam, gre lahko za kaznivo dejanje razžalitve po prvem odstavku 158. členu KZ-1, ki ga izvrši kdor koga razžali. Storilec se kaznuje z denarno kaznijo ali zaporom do treh mesecev. Kaznivo dejanje razžalitve se preganja na zasebno tožbo, kar pomeni, da za pregon tega kaznivega dejanja ni pristojno državno tožilstvo, ki je sicer pristojno za pregon kaznivih dejanj, temveč je v tem primeru pregon v celoti prepuščen oškodovancu. Zaznava nasilja in ukrepanje zdravstvenih delavcev

V primeru zaznave nasilja v zdravstveni ustanovi imajo zdravstveni delavci poleg varnostne službe (kjer je ta vzpostavljena) možnost poklicati tudi policijo. Kadar bo šlo zgolj za manjše kršitve,



ki bodo opredeljene kot prekršek lahko policija, ki je tudi prekrškovni organ, storilca kaznuje s plačilnim nalogom in mu izreče globo, ki je predpisana z zakonom. Kadar pa gre za hujše primere nasilja, ki spadajo na področje kaznivih dejanj, policisti zbirajo obvestila in opravljajo druge naloge v predkazenskem postopku, nato pa na podlagi ugotovljenih dejstev napišejo kazensko ovadbo in jo skupaj z vsemi dokazi posredujejo pristojnemu državnemu tožilstvu, ki je pristojno za pregon kaznivih dejanj. Kadar gre za kazniva dejanja, ki se preganjajo na predlog oškodovanca je vztrajanje oškodovanca, v našem primeru zdravstvenega delavca, pri kazenskem pregonu nujno za potek kazenskega postopka. To pomeni tudi določeno mero udeležbe v samem kazenskem postopku, saj je oškodovanec praviloma vedno predlagan kot priča v postopku. Neodzivnost oškodovanca pri kaznivih dejanjih na predlog pa ima tudi pravni učinek, in sicer se šteje, da oškodovanec umika predlog za pregon. Ker s tem odpade temeljna procesna predpostavka za kazenski postopek zoper storilca kaznivega dejanja, ki se preganja na predlog (npr. kaznivo dejanje grožnje po 135. členu KZ-1) sledi nujna pravna posledica v ustavitvi kazenskega postopka zoper storilca kaznivega dejanja. Na zdravstvenem delavcu, ki je žrtev kaznivega dejanja, ki se preganja na predlog, je torej odločitev, ali bo predlog podal in pri njem tudi vztrajal v kazenskem postopku. V praksi lahko opazimo, da je vodja posamezne organizacijske enote v zdravstveni ustanovi (predstojnik) pogosto tisti, ki naznani posamezen dogodek, ki pomeni kaznivo dejanje, vendar sam ni oškodovan s takšnim kaznivim dejanjem. Kadar gre za kaznivo dejanje, pri katerem se storilec preganja na predlog, mora predlog za pregon podati tisti, ki je oškodovanec v konkretnem primeru. Kadar imamo opravka s kaznivim dejanjem, ki se ne preganja na predlog oškodovanca (npr. kaznivo dejanje lahke telesne poškodbe po drugem odstavku 122. člena KZ-1), bo za sprožitev kazenskega postopka zadostovala že prijava dogodka policiji. Na tem mestu je potrebno omeniti tudi možnost postavitve premoženjskoprnega zahtevka zaradi nastale škode, povzročene s kaznivim dejanjem, že v kazenskem postopku. V kolikor sodišče oškodovancu v kazenskem postopku ne prizna premoženjskoprnega zahtevka, ima oškodovanec možnost terjati odškodnino še v pravnem postopku.

### **Zaključek**

Zdravstveni delavci lahko v primeru pojava nasilja poleg preventivnih ukrepov za zagotovitev lastne varnosti ukrepajo tudi tako, da nasilje naznanijo policiji. Prijavi nasilja s strani zdravstvene ustanove oziroma posameznega zdravstvenega delavca, ki je bil žrtev nasilja, bo sledil ustrezen postopek državnih organov. Za lažje primere nasilja bo praviloma stekel postopek zaradi storjenega prekrška, za hujše primere, npr. ob nastanku telesnih poškodb, pa bo stekel najprej predkazenski postopek ob aktivaciji policije in kasneje kazenski postopek zoper storilca. Za lažja kazniva dejanja je v kazenskem postopku sicer predvidena tudi možnost alternativnega obravnavanja v obliki poravnave ali odloženega kazenskega pregona, ki za storilca ob soglasju oškodovanca pomeni še zadnjo možnost, da se izogne uvedbi kazenskega postopka za storjeno kaznivo dejanje. Prijava nasilja policiji je pomembna, saj imajo izvedeni postopki in izrečene sankcije zoper storilce prekrškov oziroma kaznivih dejanj, poleg učinka specialne prevencije zoper posameznega storilca, da ne bo več ponavljal kaznivih dejanj oziroma prekrškov, tudi generalno preventivno funkcijo. Pošiljajo širše sporočilo, da je nasilje v zdravstvenih ustanovah nesprejemljivo. Pojava nasilja v zdravstvenih ustanovah sicer nikoli ne bo mogoče povsem preprečiti, vendar pa je pomembno vzpostaviti višjo stopnjo ozaveščenosti javnosti, da je vsakršno nasilje nad zdravstvenimi delavci nedopustno.

### **Literatura**

*Bavcon L, Šelih A, Filipčič K, Jakulin V, Korošec D. Kazensko pravo splošni del. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije; 2003:206-210.*





*Kazenski zakonik (KZ-1). Uradni list Republike Slovenije, št. 55/2008.*

*Košir I. Pojav fizičnega nasilja nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu, Obzornik zdravstvene nege. 2012;46 (2) 157-64*

*Mušič M. Opredelitev nasilja v sodobnih medosebnih odnosih. V: Kanduč Z. Kriminaliteta, družbeno nadzorstvo in postmodernizacijski procesi, Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani; 2005:152-162.*

*Ustava Republike Slovenije. Uradni list Republike Slovenije, št. 33/1991-I.*

*Zakon o varstvu javnega reda in miru, ZJRM-1. Uradni list Republike Slovenije, št. 70/2006.*

*Zakon o prekrških, ZP-1. Uradni list Republike Slovenije, št. 7/2003.*

*Zakon o kazenskem postopku, ZKP. Uradni list Republike Slovenije, št. 63/1994.*

*World Health Organization, Violence and Injury Prevention; 2018. Dostopno na: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/workplace/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/) (13.9.2018)*







# **METODE PREPREČEVANJA NASILJA**

# DEESKALACIJSKE TEHNIKE KOMUNIKACIJE

**Urban Bole, dipl. zn.,**  
**pred. Aljoša Lapanja, dipl. zn., univ. dipl. soc. ped.**  
Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi  
aljosa.lapanja@gmail.com  
urban.bole@gmail.com

## **Izvleček**

Prispevek obravnava področje komunikacije v zdravstveni negi na področju psihiatrije in se osredotoča na njeno moč pri delu z vznemirjenim pacientom, pri čemer pojmuje zdravstveno nego pacienta z agresivnim vedenjem kot urgentno stanje. Avtorja izpostavlja terapevtsko komunikacijo in uporabo tehnik deeskalacije kot najpomembnejši prvini preprečevanja pacientovega agresivnega vedenja na oddelku. Na začetku povzema temeljne pojme komunikacije, vzroke agresije, pojavne oblike in dejavnike tveganja za agresivno vedenje ter elemente deeskalacije. Osrednji del članka izpostavlja deeskalacijske tehnike komunikacije kot ukrep prvega izbora medicinske sestre oz. zdravstvenega tehnika ob stopnjevanju pacientovega nasilnega vedenja. Avtorja na koncu izpostavlja nezadostnost znanja o obravnavi pacienta z agresivnim vedenjem, ki ga nudi sistem formalnega izobraževanja, in poudarja pomen neformalnega izobraževanja medicinskih sester z vseh specialnih področjih zdravstvene nege in ne samo psihiatrije.

## **Ključne besede:**

terapevtska komunikacija, vznemirjeni pacient, zdravstvena nega, psihiatrija.

## **Abstract**

The article deals with the area of communication in psychiatric nursing care and focuses on strength of communication in dealing with agitated patients, being considered that the care of the patient with aggressive behaviour as a medical emergency. The authors highlights the importance of therapeutic communication and the use of de-escalation techniques as the most important element in the prevention of aggressive behaviour in the psychiatric ward. At the beginning summarizes the basic concepts of communication, causes of aggression, manifestations and risk factors for aggressive behaviour, and elements of de-escalation. The central part of the article highlights de-escalation communication techniques as first-line intervention by the psychiatric nurse at the escalation of aggressive behaviour of the patient. By the end authors exposes the inadequacy of knowledge dealing with aggressive patients, offered by the formal education system and stresses the importance of non-formal education of nurses from all specialty areas of nursing, not just psychiatry

## **Key words:**

therapeutic communication, agitated patient, nursing care, psychiatry.

## **Uvod**

Agitacija je akutna situacija, ki zahteva takojšnje ukrepanje. V tradicionalnih metodah preprečevanja agitacije, so pacienti največkrat v podrejenem položaju med tem, ko je cilj pri sodobnih pristopih pripeljati pacienta, da z znižanjem agitacije z sodelovanjem in pomočjo strokovnjaka pomiri sam sebe. Deeskalacija pacienta je torej oblika komunikacije v kateri je pacient, s pomočjo strokovnjaka sposoben obvladati sam sebe. Tradicionalne metode, za obvladovanje agitacije, kot so oviranje ter aplikacija terapije proti volji so nadomestile metode, ki imajo večji poudarek na ne restriktivni ukrepih. V praksi strokovnjaki ugotavljajo, da omenjeni ukrepi ob ustrezni uporabi prinašajo zelo dobre rezultate. V novem pristopu se k agitiranemu pacientu pristopa v treh korakih. Pri



korak je verbalna interakcija, s katero vzpostavimo odnos ter poizkušamo pridobiti sodelovanje, v interakciji uporabimo deeskalacijo, kot orodje za zmanjševanje agitacije (Richmond et al., 2012).

### **Teoretična izhodišča**

Strokovnjaki ugotavljajo, da je največ agresije izraženega prav v zdravstvu, katerega največkrat opisujejo, kot aktivno okolje prepređenega z močnimi čustvi (Hahn et al., 2012). Agresija se v zdravstvu kot poklicu pojavlja kar trikrat pogostejše kot v kateremkoli drugem poklicu in je na delovnem mestu ključni problem v očeh zaposlenih v zdravstveni negi (Kang Pan et al., 2012). Najbolj izpostavljeni agresiji na delovnem mestu so zaposleni v zdravstveni negi, saj se z nasiljem redno srečuje več kot polovica zaposlenih (Gillespie et al., 2010; Hahn et al., 2012; Magnavita 2014). Zato se pri obvladovanju agresije in preprečevanju nasilja poskušamo izogniti tradicionalnim metodam zdravstvene obravnave, kot sta uporaba posebnih varovalnih ukrepov in aplikacije terapije proti volji. Uveljavljajo se predvsem tehnike, ki z znanjem komunikacije omogočajo varnejšo delovno mesto. Med drugim tu lahko govorimo tudi o uporabi terapevtske komunikacije in deeskalacijskih tehnik, ki so zadnja leta nekoliko bolj uporabljena metoda za preprečevanje eskalacije pacientov. Gre za postopno zmanjševanje stopnje napetosti z uporabo verbalnih in neverbalnih komunikacijskih tehnik, namen pa je zmanjšati stopnjo vznemirjenosti, sovražnosti, jeze in potencialne agresivnosti pri agitiranem pacientu (Richmond et al., 2012).

Terapevtska komunikacija je vrsta komunikacije, ki je usmerjena v zadovoljevanje pacientovih potreb. Njen namen je vzpostavljanje ustreznega odnosa med medicinsko sestro in pacientom, v katerem sta oba enakovredna člana, končni cilj tega odnosa pa je doseganje skupnih ciljev. Temeljna razlika terapevtske komunikacije od običajne, vsakdanje komunikacije je v tem, da je prva usmerjena izključno v pacienta in njegove potrebe, pri običajni komunikaciji pa poskušata zadovoljiti potrebe obe strani, ki sta udeleženi v komunikaciji (Kogovšek, 2010).

Terapevtska raven komunikacije zajema pojme, kot so zaupanje, sprejemanje, empatija, spoštovanje, samorazkrivanje in zaupnost. Terapevtska komunikacija je po Gorše Muhič (2009) pomembna iz treh razlogov:

1. je nosilec terapevtskega odnosa, saj zagotavlja potrebne informacije, preko nje pa si medicinska sestra in pacient izmenjujeta svoje občutke in misli;
2. je orodje, prek katerega medicinska sestra vpliva na pacientovo vedenje in potek zdravljenja;
3. je sredstvo brez katerega ni možno vzpostaviti terapevtskega odnosa.

Pomoč pacientu pri besednem izražanju je ena izmed pomembnih nalog medicinske sestre. Kar pacient pripoveduje o sebi, o svoji čustvih, so bistvene informacije, ki pomagajo medicinski sestri oceniti potrebe po zdravstveni negi, postaviti negovalne diagnoze in pravilno načrtovati delo po procesni metodi dela. Tehnike komunikacije, ki spodbujajo pacienta h komuniciranju so: poslušanje, uvodni stavki, postavljanje vprašanj, besedna vodila, tišina, ponavljanje, osvetlitev in potrditev (Gorše Muhič, 2009).

Pri vstopanju v odnos s pacientom, se je treba zavedati, da je njegovo doživljanje spremenjeno, bodisi zaradi stresnih okoliščin, katerim je izpostavljen, bodisi zaradi bolezenskih simptomov oz. znakov. Prepoznavanje dogajanja pri pacientu omogoča sprejeti in razumeti reakcije, vedenje in komunikacijo (Wolf, 2008). Prav uporaba ustrezne komunikacije je zelo pomembna, ko ima medicinska sestra pred seboj pacienta, ki je nezadovoljen, napet, nemiren, jezen, pod vplivom psihoaktivnih snovi ali pod vplivom psiho-produktivne simptomatike in s svojo neverbalno komunikacijo nakazuje, da svoje vedenje in čustveno stanje vedno težje obvladuje.



## Deeskalacijske tehnike komunikacije

Deeskalacijske tehnike so komunikacijske tehnike, ki so jih da naučiti. Delimo jih na večšine in znanje osebja na proces intervencije, kdaj se soočati s pacientom, kako ob tem zagotovimo varno okolje in katero deeskalacijsko strategijo uporabimo najlažje pa jih razdelimo na verbalne in neverbalne deeskalacijske tehnike. Spoštujte osebni prostor: kadar se približujete agitiranem pacientu je potrebno ohraniti vsaj za dve dolžini rok prostora med izvajalcem in pacientom. Dodatni prostor omogoča izvajalcu, da se ob napadu, udarcu temu umakne, prav tako pa omogoča tako izvajalcu, kot pacientu, da zapustijo prostor. Ne bodite provokativni: roke morajo biti vidne in ne stisnjene v pest, izvajalce deeskalacijskih tehnik mora neverbalno komunikacijo pacientu sporočati, da ga ne ogroža. Neverbalna komunikacija se mora ujemati z verbalno, saj to da pacientu občutek iskrenosti izvajalca.

Eno izmed glavnih načel deeskalacije je, da izvajalec nikoli ne izpodbija pacientovih besed. Deeskalacijo naj vedno začne, vodi in konča ena oseba. Menjavanje izvajalce je že samo po sebi moteče, še bolj pa je moteče za agitirane paciente. Kadar ena oseba izvaja deeskalacijo je druga oseba dolžna zagotoviti obveščanje dodatnega osebja če deeskalacija ne bi bila uspešna. Ob uporabi deeskalacijskih tehnik se je potrebno zavedati tudi okolice. Potrebno je preprečiti, da nam v prostor ob izvajanju tehnik ne vstopajo drugi pacienti ter osebje, ki ne ve kaj se v prostoru dogaja. Vse to lahko še dodatno vznemiri pacienta. Bodite kratki in jedrni, preobširne informacije lahko še poslabšajo agitacijo pacienta. Uporabljate kratke stavke, preproste besede. Pacientu dajte čas za procesiranje podatkov, ponavljanje je ključ, da pacient razume kaj mu želimo povedati. Nikoli ne zahtevajte vedno dajte na voljo izbiro. Aktivno poslušajte. Z verbalno in neverbalno komunikacijo je potrebno sporočati pacientu, da mu zagotavljamo pozornost. Pomembno je, da je pacient jasno informiran o spremenljivem obnašanju. Povejte pacientu, da je v vaši ustanovi toleranca do nasilja ničelna. Nekatera vedenja, kot je na primer udarjanje v steno, udarec v inventar ne pomeni nujno indikacije za uporabo posebnega varovalnega ukrepa. Vendar je pacientu potrebno povedati, da poškodovanje drugih ali sebe ni sprejemljivo vedenje. Pojasnite tudi naslednje ukrepe, tudi asistenco policije če je potrebno vendar to povejte, kot dejstvo ne, kot grožnjo. Posledice razložite na spoštljiv način. Če pacient izvajalca ogroža ter je njegovo vedenje zastrašujoče, ogrožajoče to pacientu povejte. Pacientu ponudite izbiro, ki je močno orodje za zmanjševanje agitacije. Izbira je eden redkih virov za krepitev moči pacienta, ki je prepričan, da je nasilno dejanje njegov edini izhod. Da bi se izognili nasilnemu dejanju je potrebno brez oklevanja, samozavestno predlagati alternativo nasilju. Na oddelkih pod posebnim nadzorom so navadno zahteve, katere lahko zmanjšajo agitacijo povezane z telefonskimi klici, kajenjem. Vendar se je potrebno zavedati, da pacientu ne smemo obljubiti nekaj, kar ne moremo izpolniti. (Richmond et al., 2012).

## Razprava

Deeskalacijske tehnike so v zadnjem času vedno bolj uveljavljeno komunikacijsko orodje za zmanjševanje agitiranosti pacientov na vseh področjih zdravstvenega varstva. Gre za postopno zmanjševanje stopnje napetosti z uporabo verbalnih in neverbalnih komunikacijskih tehnik, namen pa je zmanjšati stopnjo vznemirjenosti, sovražnosti, jeze in potencialne agresivnosti pri agitiranem pacient (Richmond et al., 2012). Gauba (2014) opredeljuje deeskalacijske tehnike kot program za izobraževanje zaposlenih o prepoznavanju napredovanje agresije ter kako deeskaliramo situacijo preden pride do nasilja. Poudarja pomen izobraževanja tako medicinskih sester, zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, kot tudi študentov v okviru vseživljenjskega učenja. Navaja, da je potrebno sodelovanje v zdravstvu in zdravstvenem varstvu, da se prepreči nastanek potencialno nasilnih situacij. Problem, ki ga je Gauba (2014) izpostavila v svojem delu je bil ali usposabljanje zdravstvenih delavcev pripomore k zmanjšanju obsega varnostnih ukrepov v povezavi z agresijo in nasiljem. Raziskovalci ugotavljajo, da se ob ustrezni edukaciji uporabo deeskalacijskih tehnik lahko naučijo vsi profili zaposleni v zdravstvu. Rezultati kažejo,



da se skoraj vsak nasilen incident, ki se zgodi v zdravstvu prične z verbalno agresijo, katero bi lahko z uporabo komunikacijskih veščin preprečili in s tem zmanjšali število nasilnih incidentov na področju zdravstva (Laker et al., 2010; Richmond et al., 2012; Lavelle et al., 2016) .

### **Zaključek**

Obravnavo pacienta z agresivnim vedenjem je nedvomno urgentno stanje v zdravstveni negi na področju psihiatrije, ki od medicinske sestre zahteva najvišje strokovno znanje, prepotrebne izkušnje in predvsem ustrezne osebnostne lastnosti. V vsak terapevtski odnos medicinska sestra daje del sebe in prav poznavanje lastnih sposobnosti in kvalitet na eni strani ter omejitev, stisk, strahu in dvomov na drugi strani, omogoča medicinski sestri, da v procesu obravnave pacienta z agresivnim vedenjem doseže postavljene cilje. Sam proces deeskalacije je s stališča medicinske sestre aktivnost z visoke mero tveganja, stresa in adrenalina. Prav zavedanje tega je ključno za izbor ustreznega pristopa, ki je prilagojen pacientu in situaciji. Velik poudarek pri kritični samooceni mora medicinska sestra dati lastnim reakcijam na vedenje pacienta z agresivnim vedenjem. Še bolj kot izrečene besede je pri tem pomembna neverbalna komunikacija oz. govornica našega telesa. Lapanja (2015) razmišlja o komunikaciji v procesu deeskalacije kot svojevrstni umetnosti, ki je še najbolj podobna plesu dveh posameznikov, v našem primeru pacienta in medicinske sestre, ki se morata popolnoma sinhronizirati, da bosta na začetku temperamenten »rock and roll« zaključila z uglajenim »dunajskim valčkom«. Dosežen cilj deeskalacije je nagrada tako za pacienta kot za medicinsko sestro. Pri pacientu zmanjša stopnjo njegove jeze in frustracije, medtem ko medicinsko sestro navda s težko opisljivim občutkom zadovoljstva, da smo pomagali posamezniku v stiski.

### **Literatura**

Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of advanced nursing*. 2012; 68 Suppl 12: 685–99.

Gillespie GL, Gates DM, Miller M, Howard PK. Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. *Rehabilitation nursing*. 2010; 35 Suppl 5: 177–84.

Gorše Muhič M. *Terapevtska komunikacija*. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Psihiatrična klinika Ljubljana: Rokus Klett; 2009:1-39.

Gaub SE. *Patient/Visitor Violence Towards Nursing: [doctors dissertation]*. Minnesota: Walden University; 2014.

Lapanja A. *Deeskalacijske tehnike komunikacije*. In: Peterka Novak J, Bregar B, eds. *Izobraževalne vsebine v zdravstveni negi na področju psihiatrije*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; 2015: 110-8.

Laker C, Gray R, Flach C. Case study evaluating the impact of de-escalation and physical intervention training. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010; 17 Suppl 3: 222-8.

Lavelle M, Stewart D, James K, Richardson M, Renwick L, Brenna G, et al. Predictors of effective de-escalation in acute inpatient Psychiatric setting. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; 25 Suppl 15-16): 2180-88



*Kang-Pan C, Yan-Chiou K & Hsiu-Fan Y. Violence in the nursing workplace – a descriptive correlational study in a public hospital. Journal of Clinical Nursing. 2012, 22 Suppl 5-6: 798-805.*

*Kogovšek K. Uporaba terapevtske komunikacije v zdravstveni negi [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.*

*Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health workers in a public health care facility in Italy: a repeated cross-sectional study. BioMed Central health services research. 2014; 12: 108.*

*Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. Western Journal of Emergency Medicine. 2012; 13 Suppl 1: 17-25.*

*Wolf N. Težave v komunikaciji strokovnih delavcev z umirajočimi in s svojci. In: Krajnc M, ed. Patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku, Sp. Duplek: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester; 2008: 55-8.*





**UPORABA METODE TEAM TEACH**  
**Gil Lipnik, dipl. zn., Sonja Kolenko, univ. dipl. psih.**  
ZUDV Dornava  
gil.lipnik@zavod-dornava.si,  
sonja.kolenko@zavod-dornava.si

**Izveček**

Team Teach je program usposabljanja, ki se osredotoča na pozitivne pristope v vedenju. Je v akreditiranem programu BILD in uči pozitivne strategije ravnanja na odzivanje in obvladovanje zahtevnih vedenj, z zmanjševanjem tveganja in omejevanja, ter z namenom povečati zaupanje in usposobljenost osebja, ter hkrati spodbujati in varovati pozitivne odnose v izbranem okolju.

Z metodo prepoznavamo in razumevamo razloge za izpodbijanje stresnega vedenja, pomagamo zmanjšati stres, povečamo varnost v izbranem okolju in vplivamo na kadrovsko moralo na delovnem mestu. Zaupanje je ključno, če se ukvarjamo z vedenjskimi težavami kot so EBD (emocionalne in vedenjske težave) ali SEMH (socialno, čustveno in duševno zdravje).

Takšen način razumevanja pomaga različnim izvajalcem storitev, da znajo razvijati določene stresne situacije, uči kako imeti samozadostnost, razvijati spretnosti v pozitivnem poslušanju in učenju ter odkrivati strategije za zmanjšanje potrebe po zadrževanju ali ročnem posredovanju. Pri situacijah, kjer se ročnemu posredovanju ni mogoče izogniti, tečaj Team Teach tudi uči, kako uporabljati najmanjšo možno silo za najkrajši čas, kako preprečiti poškodbe, bolečino in stisko, ter kako ohraniti dostojanstvo za vse udeležene v posredovanju. Usposabljanje pomaga med drugim graditi samozavest, izboljšati timsko delo in izboljšati komunikacijske spretnosti. Team Teach strategija je priznana kot vodilna strategija za tehnike de-eskalacije.

Team Teach ne omogoča samo nadzorovanje vedenja, pač pa tudi razumevanja njegovega pomena, hkrati pa zagotavlja, da ne bi osebam z vedenjskimi težavami preprečili, da kar najbolj izkoristijo svoj potencial. Besede, ki se uporabljajo pri izvajanju metode TEAM Teach-a so : razumno, sorazmerno in nujno. Med drugim Team Teach vključuje aktivnosti, v katerih udeleženci delajo v skupinah, ter razpravljajo o tem kako bi želeli svoje otroke ali ljubljene osebe videti obravnavane v vlogi uporabnika storitev. Omogoča analiziranje svojega lastnega stališča, glasu in prisotnosti v različnih okoljih. Metoda zagotavlja varno reševanje stresne situacije, ter pokaže kako voditi otroke v težavnih situacijah, ter hkrati ohranjati njihovo dostojanstvo, vse to pa ob upoštevanju strogih smernic, s katerimi preprečujejo poškodbe, bolečino in stisko otroka z vedenjskimi težavami.









## **ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE**

Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in  
zdravstvenih tehnikov Slovenije



## **SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PEDIATRIJI**

Se vsem sponzorjem iskreno zahvaljuje za sodelovanje in  
podporo pri izvedbi strokovnega srečanja.

**Majda Oštir, dipl. m. s.,**  
Predsednica Sekcije medicinskih sester in  
zdravstvenih tehnikov v pediatriji

**PORTOROŽ, 5. in 6. oktober 2018**



