



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

**SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V
REHABILITACIJI IN ZDRAVILIŠKI DEJAVNOSTI**

Strokovni seminar z učnimi delavnicami

**ZAGOTAVLJANJE VARNE
ZDRAVSTVENE NEGE V ČASU
REHABILITACIJE PACIENTA**

ZBORNİK PRISPEVKOV

Ptuj, november 2023



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

**SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V
REHABILITACIJI IN ZDRAVILIŠKI DEJAVNOSTI**

Strokovni seminar z učnimi delavnicami

**ZAGOTAVLJANJE VARNE
ZDRAVSTVENE NEGE V ČASU
REHABILITACIJE PACIENTA**

ZBORNİK PRISPEVKOV

Ptuj, november 2023



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

**SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V REHABILITACIJI IN
ZDRAVILIŠKI DEJAVNOSTI**

**Strokovni seminar z učnimi delavnicami
ZAGOTAVLJANJE VARNE ZDRAVSTVENE NEGE V ČASU REHABILITACIJE PACIENTA
Ptuj, november 2023**

UREDNIKA:

Maja Vrabič

ORGANIZATOR SREČANJA:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti

PROGRAMSKO-ORGANIZACIJSKI ODBOR:

Maja Vrabič, Nataša Kic

Predsednica sekcije: Maja Vrabič

Jezikovno pregledala: Jasmina Vajda Vrhunec

Recenzija: Andreja Kvas

Grafično oblikovanje in priprava za tisk: Maja Vrabič

Fotografija naslovne strani: Falling Autumn Leaves by Borchee <https://photos.com/featured/1-falling-autumn-leaves-borchee.html>

ZA STROKOVNOST PRISPEVKOV ODGOVARJAJO AVTORJI!

Prva izdaja: november 2023

Naklada: tiskanje po naročilu

Izdajatelj in založnik:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana
616-083:615.82/84(082)

ZAGOTAVLJANJE varne zdravstvene nege v času rehabilitacije pacienta (seminar) (2023 ; Ptuj)
Zagotavljanje varne zdravstvene nege v času rehabilitacije pacienta : strokovni seminar z učnimi delavnicami : zbornik prispevkov : Ptuj, november 2023 / [organizator] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti ; [urednica Maja Vrabič]. - 1. izd. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti, 2023

ISBN 978-961-273-265-3
COBISS.SI-ID 170910211

*»EVERY DAY IS
PATIENT SAFETY DAY
&
PATIENT SAFETY
STARTS WITH US!«*

KAZALO

ORGANIZACIJA DELA ZA ZAGOTAVLJANJE VARNE ZDRAVSTVENE NEGE	- 8 -
<i>ZARA RIBIČ, BRANKA ŠIFER GROBELNIK</i>	
KAKO VAREN JE SPLOH LAHKO NEVROLOŠKI PACIENT V BOLNIŠNICI?	- 14 -
<i>IRMA KUMER</i>	
PREPREČEVANJE RAZJEDE ZARADI PRITISKA: NARATIVNI PREGLED LITERATURE	- 20 -
<i>MILAN PANIČ</i>	
MOTNJE POŽIRANJA KOT POSLEDICA RAZLIČNIH BOLEZENSKIH STANJ	- 27 -
<i>PATRICIJA ŠIRCA ULE</i>	
UPORABA MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV ZA PRESEDANJE IN NAMEŠČANJE V PROCESU REHABILITACIJE PACIENTA PRI IZVAJALCIH ZDRAVSTVENE NEGE	- 35 -
<i>NATAŠA OGRIN JURJEVIČ, ZDENKA PROSIČ SUKIČ, MARKO VIDOVIČ, EMA ZGONC</i>	
VARNA HOJA S PRIPOMOČKI: PREGLED LITERATURE	- 43 -
<i>JAN PIPAN</i>	
PROGRAM SVIT – DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAM ZA ZGODNJE ODKRIVANJE PREDRAKAVIH IN RAKAVIH SPREMEMB DEBELEGA ČREVEVA IN DANKE.....	- 51 -
<i>MILAN STOJANOVIČ</i>	
BOLNIŠNIČNE OKUŽBE IN USTREZNA ZAŠČITA	- 56 -
<i>IRENA ZUPANČIČ</i>	
POJAVNOST VENSKE TROMBOZE IN PLJUČNE EMBOLIJE PRI PACIENTIH V ČASU REHABILITACIJE TER VLOGA MEDICINSKE SESTRE	- 63 -
<i>BRANKA VIPAVEC</i>	
PROGRAM ZA PREPREČEVANJE PADCEV – AVSTRIJSKI MODEL	- 72 -
<i>MARTINA VRABIČ PŠENIČNIK</i>	
VARNA IN PRAVILNA UPORABA ORTOPEDSKIH PRIPOMOČKOV.....	- 77 -
<i>ROBERT JANEŽIČ</i>	
VARNA IN PRAVILNA UPORABA OPORNIC	- 78 -
<i>TOMAŽ ŠTAJER</i>	
PREHRANA DJECE NA LIJEČENJU OD MALIGNE BOLESTI	- 79 -
<i>ŽELJKA BILANOVIČ, JASMINKA MILIČEVIČ</i>	

ORGANIZACIJA DELA ZA ZAGOTAVLJANJE VARNE ZDRAVSTVENE NEGE

ORGANISATION OF WORK TO PROVIDE SAFE NURSING CARE

Zara Ribič, dipl. m. s., Branka Šifer Grobelnik, dipl. m. s.
Rehabilitacijsko negovalni oddelek Terme Dobrna

Izveček

Organizirana in varna zdravstvena nega za pacienta in svojce v času rehabilitacije zahteva pristop, od katerega se pričakuje načrtovana, za pacienta varna in kakovostna zdravstvena nega. V zdravstveni negi je pomembno načrtovati in izvajati kakovostno zdravstveno storitev ter jo kontinuirano razvijati. Proces zdravstvene nege se nikoli ne zaključi, pomembno pa je nenehno izboljševanje. V nadaljevanju smo se osredotočili na organizacijo zdravstvene nege za zagotavljanje varne rehabilitacije na negovalnem oddelku Terme Dobrna. Pri zagotavljanju ustrezne zdravstvene nege je treba zagotoviti ustrezno število kvalificiranih zaposlenih in dovolj pripomočkov za izvedbo zdravstvene nege.

Ključne besede: delo v zdravstvu, varnost zdravstvene nege, rehabilitacija, zaposleni v zdravstvu.

Abstract

Organized and safe nursing of a patient and his or her relatives in time of rehabilitation demands an approach of which it is expected to provide medical treatment and quality nursing. For the latter it is important to wholly develop at all times; schedule, and carry through quality health service. Health service is never ending process; therefore, it is vital for medical staff to perpetually improve. In continuation we have focused on the organization of nursing care to ensure safe rehabilitation in the Terme Dobrna nursing ward. When we provide adequate nursing care this includes a proper number of qualified employees, enough medical utensils to carry out nursing.

Key words: work in healthcare, nursing safety, rehabilitation, employees in health service

Teoretična izhodišča

Zdravstvena nega je področje, katerega glavna naloga je skrb za pacienta. Nekoč je bila nega drugačna kot danes, danes so pacienti vse glasnejši in zahtevajo kakovostnejšo obravnavo od osebja, ki izvaja zdravstveno nego. Čeprav osebje danes razpolaga z več znanja in so pacienti oskrbovani z boljšimi aparaturami, negovalnimi pripomočki in sanitetnim materialom, se pacienti počutijo osamljene. Pacienti so mnenja, da se medicinske sestre posvečajo opravljanju posegov v zdravstveni negi in upoštevanju zdravnikovih navodil, premalo pa se jim posvečajo na področju medčloveških odnosov (Filej, 2001).

Zaradi nenehnih izboljšav in sprememb v izvajanju zdravstvene nege je treba zaposlene med delovno dobo izobraževati in izpopolnjevati. Izobraževanja v času celotne kariere izvajalcev zdravstvene nege ima velik vpliv na razvoj zdravstvene nege. Posledično so zaposleni, ki se ne izobražujejo, nesamostojni in neavtonomni, saj niso sposobni izvajati sodobnih pristopov v

zdravstveni negi. Če osvetlimo razvoj na tem področju samo v kariernem času ene generacije, vidimo, da so se zgodile velike spremembe (Poortaghi et al., 2019). V šestdesetih in sedemdesetih letih prejšnjega stoletja smo v Sloveniji govorili o negi pacienta, delili smo jo na osnovno in specialno. Kasneje pa se je začel razvoj v teoriji in izvajanju zdravstvene nege. Zaradi tega je pomembno, da šole in fakultete izobražujejo medicinske sestre, ki so samostojne in kompetentne za izvajanje sodobne zdravstvene nege (Hoyer, 2004; Romšak, 2022).

Zdravstvena nega v času rehabilitacije zajema celostno obravnavo pacienta, ki deluje nepretrgano, 24 ur dnevno, 365 dni v letu. Da je obvladovanje kakovosti doseženo, je zelo pomembno, da se upoštevajo zakoni in predpisi, smernice, standardi in načela kakovosti. S tem je zagotovljena varna zdravstvena nega in posledično so pacienti zadovoljni. Sistem kakovosti in varnosti izhaja iz mednarodnih in nacionalnih pravil. Za doseganje dobrih rezultatov je pomembno, da tvorno sodelujejo vse ravni zdravstvene dejavnosti in da sem seboj povezujejo. Treba je slediti šestim ciljem kakovosti, kot so varnost, uspešnost, učinkovitost, osredotočanje na pacienta, pravočasnost in enakost. Izvajalci zdravstvene nege imajo velik vpliv na počutje in zadovoljstvo pacienta. Zagotoviti je treba varnost in strokovno znanje izvajalcev, prav tako pa morajo biti izvedeni vsi postopki, posegi in predvsem dobra komunikacija. Pri vsem tem pa je pomembno, da pacienti ne čutijo bolečine. Prav tako je pomembno, da se vključi pacientove svojce v korake zdravljenja. Komunikacija je temelj dobrega medosebnega odnosa. Z uporabo dobre komunikacije se dviguje zaupanje pacienta zdravstvenim delavcem (Boltar, 2016; Požun, 2003).

Pri izvajanju rehabilitacije sodelujejo različni profili zaposlenih, kot so: negovalec, tehnik zdravstvene nege, diplomirana medicinska sestra, diplomirani delovni terapevt, diplomirani fizioterapevt, logoped, zdravnik fiziater in drugi, ki se vključujejo v proces rehabilitacije. Za dobro delo pa sta potrebna dobro medsebojno razumevanje in komunikacija. Zaposleni, ki izvajajo zdravstveno oskrbo pacientov, si morajo predajati ustrezne informacije o pacientih, saj je to ključno za ustrezno obravnavo pacientov (Riley, 2015).

Zaradi številnih vključenih profilov v izvedbo zdravstvene nege je pomembna tudi njena organizacija. Organizacija omogoča, da skupaj dosežejo cilje, ki jih kot posamezniki ne bi mogli doseči. Pri tem je pomembno sistemsko mišljenje, ki od vodje zahteva zavedanje povezave med izvajalci zdravstvene nege, torej med ljudmi, sredstvi in viri (Požun, 2003).

V zadnjem času ni več jasnih ločnic med delovnim časom in prostim časom. Nekatere dejavnosti so postale dostopne 24 ur na dan. Posledično je postal za večino zaposlenih delovni čas zelo prilagodljiv (Vadnjal Gruden, 2009). Pri veljavni definiciji delovnega časa je mogoče razbrati, da je eden izmed ključnih elementov delovnega časa »efektivni delovni čas«, definicijo katerega ZDR-1 podaja v drugem odstavku 142. člena. »Efektivni delovni čas je vsak čas, v katerem delavec dela, kar pomeni, da je na razpolago delodajalcu in izpolnjuje svoje delovne obveznosti iz pogodbe o zaposlitvi.« (Zakon o delovnih razmerjih, 2022) Posebna delovna okoliščina je izmensko delo, ki lahko vključuje tudi nočno delo (Molan, 2009). Izmensko delo pomeni organizacijo delovnega procesa, pri kateri se delavci v določenem ritmu izmenjujejo pri delu na istih kapacitetah. To ob omejeni dolžini delovnega časa omogoča posameznemu delavcu daljše ali celo neprekinjeno delo (Pelhan, 1996; Vandečič, 2022).

Ker je pojem zdravstvena nega pacientov povezan z neprekinjeno oskrbo pacientov, se je uveljavilo načelo 24-urne zdravstvene nege, ki omogoča najbolj optimalno, uravnoteženo in pacientovim zahtevam prilagojeno delo medicinske sestre (Peršuh, 2001). Pravilnik o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva, ki velja za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce, ki opravljajo zdravstvene storitve na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe, določa, da se neprekinjeno zdravstveno varstvo zagotavlja v eni od oblik dela. O Pravilniku o organizaciji

neprekinjenega zdravstvenega varstva iz leta 2014 so navedene naslednje oblike dela: polni delovni čas (eno- ali večizmensko delo, neenakomerno razporejeni delovni čas), dežurstvo, stalna pripravljenost, delo prek polnega delovnega časa in dopolnilno delo.

Veliko ljudi misli, da različni delovni ritmi in prosti čas ne vplivajo na počutje in kasneje tudi na zdravje, vendar to ne drži. Nočno delo vpliva na vse osnovne biološke funkcije, najbolj je to vidno pri ritmu spanja in budnosti. Takšno delo na dolgi rok pomeni stres za organizem. To povečuje izpostavljenost stresnemu hormonu – adrenalinu, kar lahko vodi do kroničnega stresa. Motnje spanja se najpogosteje pojavljajo pri zaposlenih, ki so velikokrat v nočnih izmenah. Najpogostejše so pri ljudeh, ki delajo med 22. in 6. uro. Ugotovili so, da se dolžina spanja po nočni izmeni zmanjša za dve uri, posledično pa se spremeni tudi kakovost spanca. Spremembe se začnejo dokaj hitro kazati v strukturi, prisiljeni so spati podnevi. Posledično pri zaposlenih pogosto prihaja do akutnih in kroničnih težav, ki se kažejo na telesnem, duševnem, družbenem in družinskem življenju posameznika. Med posamezniki se individualno razlikujejo po vrsti in intenziteti. Prihaja do utrujenosti, zaspanosti, nespečnosti, razdražljivosti, slabosti, pomanjkanja energije, težav s koncentracijo. Posledično prihaja do napak na delovnem mestu, odsotnosti z dela, povečanega števila prometnih nesreč po zaključku delovnega dne (Bilban, 2013; Molan, 2009). Swenson (1999) ocenjuje, da približno 5–10 % populacije ne prenaša nočnega dela. Enako je potrdil Stojan (2016). Zaposleni v triizmenskem delovnem času imajo 40 % večje tveganje za razvoj bolezni srca in ožilja kot preostali, ki delajo samo podnevi. Ugotavljajo, da je to neposredno povezano tudi z akutnim miokardnim infarktom (23 %) in možgansko kapjo (5 %). Pri njih je povišana tudi raven trigliceridov in LDL-holesterola ter motena toleranca na glukozo. Motnje spanja so zaradi triizmenskega dela povezane tudi z naraščanjem telesne teže in posledično debelosti. Nočno delo pospešuje katabolizem, z njim se višajo vrednosti kalija, glukoze, sečne kisline, holesterola in trigliceridov, znižujejo pa koncentracije HDL-holesterola. Med običajnimi težavami med zaposlenimi so tudi izguba teka, dispepsija, piroza, trebušne bolečine in flatulenca. Te težave so odvisne tudi od vrste in načina priprave hrane, psihološkega stresa, spremembe pri rednem odvajanju blata. Pride lahko tudi ulkusov na želodcu in dvanajstniku (Stojan, 2016).

Pri medicinskih sestrah, ki delajo nočno izmeno vsaj 20 let, se poveča tveganje za nastanek raka na dojki za 40 %. Pri mladih ženskah se poveča število spontanih splavov, zmanjšuje se plodnost, zlasti pri ženskah z motnjo ovario-menstrualnega sistema. Večje je tveganje za prezgodnji porod in nizko porodno težo pri novorojenčku. Triizmensko delo povečuje tudi anksiozne in depresivne simptome, duševne motnje. Zaposleni zato velikokrat posegajo po uporabi zdravil za pomiritev in spanje. Pri njih se pojavljajo čustvena izčrpanost, delovni stres, izgorevanje na delovnem mestu, nižja psihična kondicija. Takšna stanja vodijo v konflikte in neučinkovitosti na delovnem mestu (Swenson, 1999).

Namen prispevka je predstaviti organizacijo in izvedbo zdravstvene nege za zagotavljanje varne rehabilitacije na negovalnem oddelku Term Dobrna.

Uporabljena je bila ne-eksperimentalna metoda dela, s katero smo želeli proučiti obstoječe stanje na področju organizacije dela zdravstvene nege. V začetni fazi raziskovanja smo pregledali dostopno literaturo o zdravstveni negi. V nadaljevanju smo se lotili preverjanja stanja na področju organizacije zdravstvene nege na negovalnem oddelku Term Dobrna.

Proces dela na negovalnem oddelku Term Dobrna

Na negovalnem oddelku Term Dobrna se izvaja delovni proces 24 ur na dan, vse dni v tednu. Nenehno se izvaja zdravstvena nega pacientov, posledično je delo organizirano v triizmenskem delavniku. Na rehabilitacijsko-negovalnem oddelku je na voljo 89 ležišč, pacienti pa imajo tudi možnost nadstandardne sobe z doplačilom. Za paciente z željo po enoposteljni sobi je na voljo 20 enoposteljnih sob. Ponujena je tudi možnost namestitve bivanja za svojca ob rehabilitaciji njihovega družinskega člana. Postelje so prilagojene za paciente, torej sobe vsebujejo bolniške postelje, nočno omarico, omaro in televizijo. Vsaka soba ima tudi svojo kopalnico. Prilagojena je pacientovim potrebam in vsebuje različne ortopedske pripomočke ter ročke za lažjo stopnjo samostojnosti.

V timu, ki izvaja zdravstveno oskrbo, sodelujejo diplomirane medicinske sestre, zdravstveni tehniki in negovalci. Na oddelku je zaposlenih 8 diplomiranih medicinskih sester, 16 tehnikov zdravstvene nege, 8 bolničarjev – negovalcev in 6 študentov, ki delajo pod nadzorom zaposlenih, ki so na voljo ob povečanem obsegu pacientov na oddelku. V multidisciplinarnem timu pa se vključujejo še fizioterapevti, delovni terapevti, logopedi, dva dietetika, dva maserja, dva zdravnika fiziatra, dva zdravnika splošne medicine, zdravnik infektolog in zdravnica ginekologije. V ustanovi je na voljo tudi ginekološka ambulanta na koncesijo, ki deluje 4 ure dnevno (od ponedeljka do petka). Na voljo je tudi hematološki laboratorij, ki pacientom olajša transport v bližnjo bolnišnico oziroma zdravstveni zavod za odvzem krvi. Z njimi postavimo skupni cilj individualnosti za pacienta in se osredotočimo nanj.

Zaradi zahtevnosti dela se zaposleni ves čas dodatno strokovno izpopolnjujemo in izobražujemo, tako da se seznanimo z novostmi s svojega področja. Izpostaviti želimo pomen dela po standardih varne zdravstvene oskrbe na področju rehabilitacije, saj s tem prihaja do manj napak in poškodb na delovnem mestu ter večje produktivnosti. Izrednega pomena je ustrezna predaja službe. Velik pomen dajemo pisni komunikaciji. Zaplet ali informacija morata biti dokumentirana po pravnih postopkih.

Pri pacientu je izrednega pomena negovalna anamneza, ki jo naredi medicinska sestra ob sprejemu. Na področju rehabilitacije je že ob sprejemu pomemben podatek, kam pacient odhaja po koncu rehabilitacije, saj je na zdravljenju oziroma rehabilitaciji prek zdravstvenega sistema lahko 14 dni (pacienti po raznih poškodbah) oziroma 21 dni (pacienti po nevroloških obolenjih oz. okvarah). Ker je veliko ljudi samih ali v stanjih, ko niso sposobni skrbeti zase, je pravi čas treba vključiti socialno službo.

Kot preventivni ukrep se uporablja Morsejeva lestvica, s katero se prepreči nastanek padca za paciente, ki so za to dovzetnejši. Uporablja se tudi lestvica za nastanek razjeda zaradi pritiska pri nepokretnih pacientih oziroma pri pacientih, ki niso sposobni samostojnega obračanja v postelji.

Ugotavljamo primanjkljaj kadra, posledično se delo razporedi med obstoječi kader. Že sicer naporno delo je tako še napornejše. Zaradi triizmenskega dela so zaposleni poročali o težavah z bioritmom. Zaposleni se po nočnem delu težko naspijo in spočijejo, težko pa tudi uskladijo poslovne obveznosti z zasebnimi. Veliko je tudi bolniških odsotnosti, kar še dodatno poveča obremenitev obstoječega kadra. Ker pa je v timu izredno mlada populacija, se to pozna tudi na porodniških odsotnostih.

Razprava in zaključek

Na negovalnem oddelku Term Dobrna je varna in kakovostna zdravstvena nega pacientov v času rehabilitacije ustrezno zagotovljena z izvajanjem zdravstvene nege po smernicah in standardih. Zaradi njihovega upoštevanja se je zmanjšalo število padcev in neželenih dogodkov. Poleg upoštevanja smernic, standardov in načel kakovosti pa se zaposleni ves čas izobražujemo in se držimo preventivnih ukrepov za preprečevanje prenosa okužb. Vse naštetost se odraža na počutju zaposlenih, saj smo izčrpani in utrujeni.

Literatura

- Bilban, M. (2013). Nočno delo v promociji zdravja. *Delo in varnost*, 58(3), 44–54.
- Boltar, K. (2016). Pomen zdravstvene nege v rehabilitacijskem postopku starostnikov po operaciji kolka (Doctoral dissertation, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede).
- Filej, B. (2001). Profesionalna načela v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 35(3/4), 71–74.
- Hoyer, S. (2004). Pomen permanentnega izobraževanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(2), 113–116.
- Kersnič, P. (1997). Organizacija službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. *Obzornik zdravstvene nege*, 31(1/2), 3–23.
- Molan, M. (2009). Psihične motnje zaradi spremenjenega delovnega časa. V M. Bilban & B. Pelhan (ur.), *Nočno in izmensko delo* (str. 22–25). Ljubljana, Slovenija: ZZD – Slovensko zdravniško društvo, Združenje za medicino dela, prometa in športa.
- Poortaghi, S. idr. (2019). Significant influencing factors and practical solutions in improvement of clinical nursing services: A Delphi study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 3–12.
- Požun, P. (2003). Management zdravstvene nege v Kliničnem centru. *Obzornik zdravstvene nege*, 37(1), 5–11.
- Pelhan, B. (1996). Organizacijski vidiki urejanja delovnega časa. V M. Bilban (ur.), *Nočno in izmensko delo* (str. 7–11). Cerklje, Slovenija: Združenje za medicino dela.
- Pelhan, B. (2009). Izmensko in nočno delo – vidiki organizacije in tveganja za zdravje delavcev. V M. Bilban & B. Pelhan (ur.), *Nočno in izmensko delo* (str. 4–10). Ljubljana, Slovenija: ZZD – Slovensko zdravniško društvo, Združenje za medicino dela, prometa in športa.
- Peršuh, B. (2001). Zagotavljanje 24-urne zdravstvene nege v bolnišnici. *Obzornik zdravstvene nege*, 35, 247–257.
- Riley, J. B. (2015). *Communication in nursing*. Elsevier Health Sciences.
- Romšak, K. (2022). Pomen izobraževanja medicinskih sester pri njihovem delu – pregled literature: diplomsko delo visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega.

Strojan, N., 2016. Kakovost spanja medicinskih sester. V: S. Kadivec (ur.), Odgovornost managementa za spremembe: zbornik prispevkov z recenzijo. Strokovno srečanje, Ljubljana, 26. maj 2016. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu, str. 45–50.

Swenson, D. X. (1999). Into the night: Coping with the effects of shiftwork: Modernization of shiftwork. Povzeto 14. 4. 2023 s <http://faculty.css.edu/dswenson/web/shiftwork/Shift1.htm>

Vrandečič, M. (2022). Vloga organizacije delovnega časa pri izrabi prostega časa v vsakdanjem življenju zaposlenih v organizaciji X: magistrsko delo (Doctoral dissertation, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede).

KAKO VAREN JE SPLOH LAHKO NEVROLOŠKI PACIENT V BOLNIŠNICI?

Irma Kumer, mag. vzg. in menedž. v zdravstvu
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča, Ljubljana
E-naslov: irma.kumer@gmail.com

Izvleček

Zaupanje je beseda, ki je skozi evolucijo človeštva imela močno in pomembno vlogo. Posamezniki to besedo nenehno izkoriščamo in se z njo »poigravamo«. Ob besedi zaupanje pa ne moremo mimo besed kultura in vrednote. Vrednote so pozitivna duhovna in materialna stanja oziroma cilji pri človeku oziroma ljudeh, ki so na splošno civilizacijsko cenjeni, ker omogočajo civiliziran, stabilen razvoj človeka in skupnosti. To so družina, ljubezen, resnicoljubnost, pravičnost, poštenje, odgovornost, mir, prijateljstvo, zdravje, življenje, solidarnost, zaposlenost in materialna preskrbljenost za življenje. Varno okolje prinaša prijetnost, sproščenost, mir, svobodo, srečo.

Posamezniki stremijo k temu, da so naša življenja prežeta z varnostjo tudi takrat, ko zunanja situacija ni varna, da se čim prej usmerimo k rešitvi, da se premaknemo v varno okolje in se sprostimo, lahkotno zaživimo. Nevrologija se ukvarja z diagnostiko in zdravljenjem bolezni, ki prizadenejo živčevje. Sem spadajo tako bolezni, ki neposredno vplivajo na centralni, periferni in centralni živčni sistem, kot tudi stanja, ki posredno povzročajo bolezenska stanja, kot so različne žilne bolezni. Zaradi mnogoterih težav, s katerimi se nevrološki pacient sooča, mora zdravstveni delavec nenehno razmišljati o situacijah, ki bi ga privedle do različnih nevarnosti, ki so odraz vsakdanje stiske.

Ključne besede: zaupanje, varnost, nevrologija.

Uvod

Slovenija spada med države članice evropske skupnosti, kjer je število starejših od 65 let preseglo mejo 15 %. Govorimo o starem prebivalstvu in trendih, ki bodo to število še povečali. Ker se starostna meja zvišuje, se pojavlja problem zaradi porasta števila obolelih za različnimi kroničnimi boleznimi, ki spremljajo starostnike. In prav v tem obdobju srečujemo največ pacientov z različnimi nevrološkimi boleznimi, ki zahtevajo velike prilagoditve v življenju, tako osebe same kot njene ožje in širše okolice (State of Health in the EU, Slovenija, Zdravstveni profil države, 2021). Najpogostejše motnje na področju gibanja so delna ali popolna ohromelost ene strani telesa, spremembe mišičnega tonusa ipd. Nepravilnostim gibanja se večkrat pridružijo tudi motnje občutenja, ki se kažejo kot zmanjšan ali odsoten občutek za dotik, temperaturo, bolečino, občutek za položaj in gibanje sklepov ter motnje vida. Pacient ima lahko precejšnje probleme že pri obračanju v postelji, nadalje pri posedanju, sedenju, vstajanju in hoji. Težave so lahko pri posameznih pacientih tako izrazite, da ogrožajo njegovo varnost (Kobal, 2008).

Zaupanje

Slovar slovenskega knjižnega jezika (1994) opredeljuje pojem zaupanje kot prepričanje, da je nekdo sposoben, voljen narediti, kar se pričakuje od njega, in da bo to dobro vplivalo na uresničitev določenih pričakovanj. Zaupanje je odvisno od svobode in varnosti. Proces nezaupanja pa se pojavi zaradi najrazličnejših razlogov med posameznimi odnosnimi procesi. Izgubo nezaupanja je sicer možno ponovno vzpostaviti, vendar predstavlja izziv, ki zahteva mnogo truda in energije, pa tudi časa in veliko dela (Ferčak Folnovič, 2017). Zaupanje v posameznika temelji na različnih predpostavkah in okoliščinah. Človek je različno zaupljiv. Zaupanje je odvisno od notranjih in zunanjih pogojev. Zunanji pogoji vsebujejo trge, pravne sisteme, običaje, norme in pravila, ki jih posameznik lahko upravlja. Notranji pa zajemajo združbo kot prizorišče za preživetje posameznih članov, odvisno od delovnih nalog, organizacijske strukture, vodenja, kulture itd. (Šalamon, 2005).

Zaupanje v zdravstvo

Zdravstvo je širši institucionalni pojem, ki ga ljudje razumejo bolj abstraktno, saj ne predstavlja konkretnega individualnega nosilca funkcije institucije (osebni zdravnik, medicinska sestra, fizioterapevt), temveč kot splet zdravstvenih, socialno-pravnih in političnih procesov na različnih ravneh. Za vrednotenje pomena zaupanja v institucije je pomembno, ali gre za specifično ali difuzno zaupanje in v kolikšni meri je zaupanje vezano na posamezne subjekte (Kurdija, Broder, 2010). Odnos med zdravnikom in pacientom je konstituiran model medsebojnega zaupanja družbe v odnosu do posamezne zdravstvene institucije. Profesionalci, kot so zdravniki, farmacevti in medicinske sestre, predstavljajo ključne osebe, pri katerih se išče odnos ob zdravstvenih težavah. Prek organiziranega zdravstvenega sistema država nudi oskrbo v kriznih življenjskih dogodkih. Bolezen je močan obremenilni dogodek v človekovem življenju, ki zahteva njeno obravnavanje in s tem dobro sodelovanje med zdravniki, farmacevti in medicinskimi sestrami (Hočevar, 2010).

Varnost v zdravstvu

Z osebnimi pravicami in svoboščinami razumemo človekove pravice in svoboščine, ki varujejo fizično in osebno skladnost ter dostojanstvo posameznika kot človeške osebnosti. Osebnosti pravice, ki ščitijo telesno popolnost človekove osebnosti in osebne pravice, ki so pretežno vezane na človekovo duhovnost in miselnost, so naslednje:

- nedotakljivost človekovega življenja;
- pravica do osebne svobode;
- prepoved mučenja;
- pravica (varstvo) nedotakljivosti človekove osebnosti in dostojanstva;
- svoboda izražanja;
- svoboda vesti;
- svoboda do govora vesti.

Zdravstvena varnost pa obsega tudi sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ki skrbijo za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje bolezenskih stanj, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih.

Etika in odgovornost medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov

Delo medicinske sestre ima močan vpliv na zdravje in življenje ljudi. S tem prevzema veliko odgovornost, ki je ni mogoče opredeliti samo z zakoni in predpisi, pomembna je etična drža posameznika, ki izhaja iz njegovih moralnih vrednot. Kodeks etike ima namen, da pomaga medicinski sestri pri oblikovanju etičnih vrednot ter kot vodilo in spodbuda pri zahtevnem delu v praksi zdravstvene nege (Kodeks etike, 2014).

Da delujemo v skladu z etiko na svojem delovnem mestu, se moramo vprašati: »Kaj je prav, da storim v tem položaju? Kaj sem dolžan storiti?« Pravice pacientov so del splošnih človekovih pravic. Večinoma pacienti ne poznajo svojih pravic in svoboščin ter ne poznajo pritožbenih poti v zdravstveni organizaciji, kadar mislijo, da so njihove pravice kršene in ogrožene. V klinični praksi prihaja do kršenja pacientovih pravic, od razvrednotenja pacientove zasebnosti zaradi diagnostično-terapevtskih postopkov in posegov pa vse do skrajnih ukrepov, ki so nujno potrebni za varovanje pacienta samega, varnost drugih pacientov in zdravstvenih delavcev. Medicinsko osebje ni ne po etičnih merilih, ne po izobrazbi in ne po usposobljenosti poklicano za obvladovanje hujšega nasilnega vedenja, zato je v takih primerih potrebno sodelovanje notranjih in zunanjih varnostnih služb (Felc, 2001).

Kazenska odgovornost zdravstvenih delavcev

Kazensko pravo je posebna veja prava, ki s svojo vsebino s pravom ureja in omejuje nasilje. 1. člen Kazenskega zakonika Republike Slovenije pravi, da glede na načelo zakonitosti nikomur ne more biti izrečena kazen ali druga kazenska sankcija za dejanje, ki ga zakon ni določil kot kaznivo dejanje, še preden je bilo storjeno, in za katero ni bila z zakonom predpisana kazen (Kazenski zakonik RS, 2022).

Nasilno vedenje

Ljudi, ki zlorablajo, najpogosteje opisujejo kot egocentrične posameznike s posebnimi osebnostnimi lastnostmi, ki ne znajo izražati ljubezni, igre, veselja, dajanja in ustvarjalnosti. Nasilnik ima močno narcistično osebnostno motnjo, verjame, da mu mora vsak dati tisto, kar prosi, in da ga morajo hvaliti. Izražajo nesramnost in manipulativnost do žrtve, do svojih kolegov pa so zelo vljudni in naklonjeni (Pražetina Kaleb, 2012).

Nasilje v zdravstvu ni nov pojav, predvideva se, da je bilo vedno prisotno skozi zgodovino. Spremenila sta se samo stopnja zanimanja in obseg problema. Naloga vseh pa je, da se nasilje na delovnem mestu ugotavlja in odstranjuje ovire, ki pri tem nastajajo (Norris, 2018).

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so na svojem delovnem mestu žrtve nasilja pacientov, njihovih družin ali spremljevalcev. Oblike nasilja pa se prepletajo med besednim, psihološkim in fizičnim nasiljem ter ustrahovanjem (Biščan, 2014).

Posebni varovalni elementi

Posebni varovalni ukrepi (PVU) so fizični in/ali medikamentozni ukrepi, ki bolj ali manj omejujejo pacientovo gibanje. Za fizično omejitev se štejejo vsakršna uporaba ročne metode omejevanja, fizičnega in mehničnega sredstva, nameščanje raznovrstnih materialov ali opreme na pacientove telesne dele (ne more se spontano premakniti, ovira njegovo gibanje,

preprečuje normalen dostop do njegovega telesa). PVU so v osnovi učinkovite metode za preprečevanje poškodb in zmanjševanje nemira. Držanje pacienta in omejevanje njegovega gibanja morata biti nujno utemeljena. PVU naj bodo uporabljeni pri obvladovanju agresivnih in/ali nemirnih pacientov, s tem, da morata biti zagotovljena nadzor pacienta in natančno dokumentiranje. Komunikacijske spretnosti in verbalna intervencija so osnova za uspešno delo, farmakoterapija in fizična omejitev sta indicirani šele kasneje in se izvajata po naročilu zdravnika (Bregar et al., 2012).

Vrednote v zdravstveni organizaciji

Vrednote organizacije so kažipot za ravnanje in tudi za načrtovanje. Ko organizacija opredeli svoje temeljne vrednote, postavi merila, ki določajo, kaj je zanjo dobro in kaj slabo, kaj učinkovito in kaj neučinkovito, kaj sprejemljivo in kaj nesprejemljivo. Na osnovi skupnih vrednot lahko opredeli kazalnike za prepoznavanje kakovostnega dela in skrbi za dobrobit in psihosocialno zdravje vseh v njej: zaposlenih, uporabnikov in vodstva. Prepoznavanje skupnih vrednot tudi pospeši, olajša in okrepi sporazumevanje o pomembnih vprašanjih v organizaciji. Ena od najočitnejših posledic samega procesa je povezovanje ljudi pri ustvarjanju enotnega moralnega kodeksa, iz katerega bodo izhajali usmeritve za delo in ravnanje zaposlenih. Če je organizacija pripravljena prepoznati in se učiti iz mnogoterih vrednot, ki obstajajo v njej, odpre pot za konstruktivno strateško načrtovanje (Musek Lešnik, 2006). Vsaka organizacija je odsev posameznika ali skupine. Trgi se vedno bolj gibljejo v smeri popolne konkurence in oblikovanja vrednot, ki jih organizacija vsakodnevno goji. Vrednote nato organizacijo jasno definirajo ter vplivajo na odločitve in strateške poti, ko se pokažejo nepravilnosti v delovanju. Vsaka organizacija ima običajno izpostavljenih nekaj ključnih vrednot, recimo od tri do pet. Če je na primer na prvem mestu vrednota kakovost, bodo celotno delo in energijo usmerjali v to vrednoto (Kos, 2009). Ko zaposleni svoje vrednote in vrednote organizacije poenotijo, začnejo samodejno razmišljati tudi o tem, kaj jim je pomembno pri delu. Dobijo priložnost osredotočiti svoje delo okrog najglobljih in najpomembnejših osebnih in organizacijskih vrednot (Musek Lešnik, 2003). Podobno kot za posameznike velja za organizacije: ko organizacija deluje skladno s tistim, kar »sama« in njeni ljudje smatrajo za dobro in vredno truda, zaposleni samodejno občutijo zadovoljstvo in pozitiven odnos do sebe, sodelavcev in organizacije. Cilji organizacije morajo biti skladni z njenimi vrednotami in njene vrednote morajo biti skladne z njenimi cilji. Zato je razjasnjevanje vrednot pogosto pomemben korak na poti k še boljšim dosežkom in uspešnosti organizacije. Če ljudje v organizaciji začnejo razmišljati o svojih vrednotah in o vrednotah, ki naj bi jih najbolj cenila organizacija, začnejo samodejno razmišljati, kaj jim je resnično pomembno pri delu. Ponudi se jim možnost osredotočiti svoje delo okrog najglobljih in najpomembnejših vrednot – osebnih in organizacijskih (Musek Lešnik, 2012).

Varnost nevrološkega pacienta

Pri nevroloških pacientih vedno stremimo k prepoznavanju in ohranjanju njihovega primarnega funkcioniranja. Pri progresivnih boleznih je zdravljenje odvisno od stopnje naraščanja in resnosti simptomov. Na primer multipla skleroza in maligni tumorji hitro vodijo do smrti, vendar pa so v teh primerih razjasnitev prognoze in podporni ukrepi lahko v veliko korist za pacienta in njegovo družino. Pri boleznih živčnega sistema pogosto obstajajo hude gibalne motnje, motena občutljivost, govor, motnje v delovanju medeničnih organov, možni so konvulzivni napadi. To določa posebnost oskrbe te kategorije pacientov. Pri možganski

kapi in tudi pri akutnih nevroinfekcijah je treba že na začetku sprejeti ukrepe za preprečevanje pogosto življenjsko nevarnih zapletov, kot so pljučnica, rane, razjede zaradi pritiska.

Najpogostejša nevrološka motnja je kap (akutna možganska cirkulacija), ki jo spremlja tudi izguba zavesti. Razvita možganska kap pri različnih pacientih ni enaka. Ima naslednje simptome: oslABLJena zavest, afazija (motnja govora, izguba sposobnosti govora), amnezija (izguba spomina), paraliza (kršitev motorične funkcije na splošno), pareza (nepopolna paraliza), inkontinenca urina in blata, splošna duševna motnja, preležanine, ki se tvorijo hitreje kot pri drugih boleznih. Mnoge simptomatike pacienta privedejo do popolne odvisnosti (Radonjić - Miholič, 2023).

Nevrološki pacient spada med ogrožene paciente pri vseh življenjskih aktivnostih, s popolno ali delno pomočjo zdravstvenega delavca. Izkušnje so privedle do izsledkov, da je nevrološki pacient v okviru zdravljenja in rehabilitacije v nenehni nevarnosti, ki lahko privede do trajne invalidnosti, nepopravljive zdravstvene škode, pa tudi smrti. Zaradi razsežnosti okvar centralnega živčnega sistema lahko trdimo, da je njegovo varnost v bolniškem okolju težko zagotoviti.

Zaključek

Varnost v zdravstvenem sistemu mora biti primarnega pomena za vsako zdravstveno organizacijo in njene zaposlene. Kakovost dela v zdravstvu lahko povečamo z osebnim in skupnim prispevkom k vsakdanjemu trudu, da svoje delo izvajamo strokovno in profesionalno. Nevrološki pacient je zaradi fiziološke in telesne oviranosti in omejenosti v veliki vsakodnevni nevarnosti, ko gre skozi proces zdravljenja in rehabilitacije, zato lahko z gotovostjo trdimo, da je tovrstni pacient visoko ogrožen, ko prestopi prag zdravstvene organizacije. Medicinske sestre/zdravstveni tehniki lahko na osnovi dobre ocene ogroženosti pacienta in nenehnega izobraževanja omenjeno stopnjo ogroženosti zmanjšamo ter s tem zagotovimo, da bo v prihodnosti nevrološki pacient skozi zdravstvene obravnave varen in kakovostno obravnavan.

Literatura

Bišćan, 2014. Nasilje na radu nad medicinskim sestrama i tehničarima. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Bregar et al. 2012. Protokol fizičnega oviranja s pasovi pacientov v bolnišnicah. Ljubljana: Zbornica – Zveza.

Ferčak, Folnovič, 2017. Zaupanje v odnosu. Dostopno na: <https://dc-mir.si/2017/zaupanje-v-odnosu/>.

Cijan, R. Osnove zdravstvene zakonodaje. Maribor, 1999.

Hočevar, 2010. Zaupanje v vire zdravstvenih informacij med slovenskimi študenti, Diplomsko delo, Ljubljana.

Kazenski zakonik RS (KZ-1), 2022.

Kobal, 2008. Zagotavljanje varnosti pri fizioterapevtski obravnavi nevrološkega bolnika. V: Tušar, H. (ur). Skrb za kakovost in varnost nevrološkega bolnika – izzivi in priložnosti zdravstvene nege – nadaljevanje. Ljubljana, str. 27–30.

Kodeks etike. Ljubljana, 2014.

Kos, 2009. Vrednote podjetja. Dostopno na: www.blazkos.com/vrednote-podjetja.php.

Musek Lešnik, 2012. Pomen definiranja razvoja kakovosti lastne organizacije – vrednote, poslanstvo, ESS – Izobraževanje in usposabljanje strokovnih delavcev v izobraževanju odraslih od 2011 do 2014.

Musek Lešnik, 2003. Od poslanstva do vizije zavoda in neprofitne organizacije. Ljubljana: IPSOS.

Musek Lešnik, 2006. Dostopno na:
<https://publikacije.wixsite.com/kristijanmuseklesnik/post/vrednote-poslanstvo-in-vizija>

Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana, 2006.

Norris, 2018. Workplace Violence Among Nurses and Nursing Assistants in Texas. Walden University. Pridobljeno s <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/5510/>.

Pacientove pravice. Ljubljana, 2005.

Pražetina Kaleb, 2012. Oblici mobinga i sudska zaštita žrtava mobinga. Policija i sigurnost, 4, 823–836.

Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji. Ljubljana, 2001.

Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije. Ljubljana, 1999.

Radonjić Miholič, 2023. Ustvarjati novo življenje po možganski kapi.

SSKJ, 1994.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). Slovenija: Zdravstveni profil države 2021.

Šalamon, 2005. Medsebojno zaupanje vodij in vodenih. Diplomsko delo, Ljubljana.

Zbornik: Zadovoljna, celovito urejena medicinska sestra. Ljubljana, 1997.

PREPREČEVANJE RAZJEDE ZARADI PRITISKA: NARATIVNI PREGLED LITERATURE

PRESSURE ULCER PREVENTION: A NARRATIVE REVIEW

Milan Panić, dipl. zn.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča, Ljubljana

E-naslov: milan.panic@ir-rs.si

Izvleček

Uvod: Razjede zaradi pritiska poznamo pod imenom preležanina ali dekubitus. Nastane na izpostavljenih delih telesa, kjer na mehko tkivo deluje pritisk med kostjo in zunanjo podlago. Preprečevanje teh razjed je bistvenega pomena za ohranjanje kakovosti življenja oseb z omejeno gibljivostjo. **Metode:** Uporabljena je bila opisna metoda dela ter izveden je bil narativni pregled strokovne in znanstvene tuje literature. **Rezultati:** Opredeljene metode preprečevanja so vključevale spreminjanje položaja pacientov, nego in redno spremljanje sprememb na koži, prehrano, gibanje in zdravstveno vzgojo. Kot najučinkovitejša metoda za preprečevanje razjed zaradi pritiska se je izkazalo spreminjanje položaja, saj so raziskave pokazale znatno zmanjšanje njihove pojavnosti pri osebah, ki so bile premeščene vsaki dve uri. **Diskusija in zaključek:** Za učinkovito preprečevanje razjed zaradi pritiska pri osebah z omejeno mobilnostjo je potrebna kombinacija metod preprečevanja. Z zgodnjim odkrivanjem in ukrepanjem lahko preprečimo napredovanje preležanin in zmanjšamo tveganje za zaplete, ki lahko močno vplivajo na kakovost življenja in izhod rehabilitacije pacienta.

Ključne besede: ozaveščanje, prevencija, omejena mobilnost, usmerjena k pacientu.

Abstract

Introduction: Pressure ulcers are known as pressure sores or decubitus ulcers, and occur on exposed parts of the body where pressure is applied to the soft tissue between the bone and the outer surface. Preventing these ulcers is essential to maintain the quality of life of people with reduced mobility. **Methods:** The descriptive method was used, and a narrative review of the professional and scientific foreign literature was carried out. **Results:** Prevention methods identified included changing the patients' position, care and regular monitoring of skin changes, diet, exercise and health education. Changing position has been shown to be the most effective method to prevent pressure ulcers, as studies have shown a significant reduction in the incidence of pressure ulcers in people who were repositioned every two hours. **Discussion and conclusion:** Effective prevention of pressure ulcers in people with reduced mobility requires a combination of prevention methods. Early detection and intervention can prevent the progression of pressure sores and reduce the risk of complications, which can have a major impact on the patient's quality of life and rehabilitation outcome.

Keywords: raising awareness, prevention, limited mobility, patient-centred

Uvod

Po raziskavi, ki sta jo izvedla Nacionalni svetovadni odbor za razjede zaradi pritiska (NPUAP, 2019) in Evropski svetovadni odbor za razjede zaradi pritiska (EPUAP, 2019), so razjede zaradi pritiska, znane tudi kot preležanine ali dekubitus, pogosta in potencialno resna težava za osebe, ki so priklenjene na posteljo ali invalidski voziček. Te rane nastanejo ob dolgotrajnem pritisku na določen predel telesa, običajno na kostnih izrastkih, kot so kolki, pete in repna kost (Moore et al., 2018). Preležanine nastanejo, ko zaradi stalnega pritiska na določene dele kože odmreta koža in spodaj ležeče tkivo (Brem et al., 2010). Razvoj teh razjed lahko povzroči podaljšanje hospitalizacije, povečanje stroškov zdravstvenega varstva in slabšo kakovost življenja pacientov (Kisner & Vivas, 2007). Razjede zaradi pritiska ne povzročajo le fizičnega nelagodja in bolečin, temveč tudi povečujejo tveganje za okužbe, sepso in posledično smrtni izhod (NPUAP, 2014).

Preprečevanje tovrstnih razjed je bistvenega pomena pri obvladovanju tega stanja in ohranjanju kakovosti življenja oseb z omejeno gibljivostjo ter je zato pomemben vidik zdravstvene oskrbe pacientov (Kim et al., 2014). Za zmanjšanje tveganja za nastanek teh razjed pa je mogoče uporabiti več strategij (Brem et al., 2010).

Namen tega prispevka je pregledati trenutne z dokazi podprte metode preprečevanja razjed zaradi pritiska.

Metode

Opravljen je bil narativni pregled strokovne in znanstvene tuje literature. Literaturo smo identificirali prek podatkovnih baz MEDLINE in Scopusin Cochrane library. Pri izboru literature je uporabljena časovna omejitev, in sicer med letoma 2006 in 2019. Uporabili smo članke, ki so bili objavljeni v slovenskem in angleškem jeziku ter dostopni v celoti (angl. full-text). Uporabljeni strategiji iskanja sta bili »preprečevanje razjede zaradi pritiska« in »na dokazih temelječe«. Merila za vključitev so bila raziskave, ki so se osredotočale na metode preprečevanja razjed zaradi pritiska pri osebah z omejeno mobilnostjo. Merila za izključitev so bile raziskave, ki so se osredotočale na zdravljenje razjed zaradi pritiska ali niso uporabljale z dokazi podprtih metod in na starost oseb, vključenih v raziskavo. Uporabili smo članke, ki so bili objavljeni v angleškem jeziku. Glede na uporabljeno metodologijo ter namen in cilje prispevka nismo zasnovali natančnejše iskalne sintakse, temveč smo literature iskali s prostimi ključnimi besedami, kot na primer: *pressure ulcer, prevention, limited mobility*.

Rezultati

V rezultatih so predstavljene na dokazih temelječe metode preprečevanja razjed zaradi pritiska pri osebah z omejeno mobilnostjo, in sicer predstavljeni so spreminjanje položaja pacientov, nega in redno spremljanje sprememb na koži, prehrana, gibanje ter zdravstvena vzgoja.

Spreminjanje položaja pacientov

Redno spreminjanje položaja je ključni del preprečevanja preležanin (Moore et al., 2018). V raziskavi, ki jo je izvedel Nacionalni svetovadni odbor za razjede zaradi pritiska (NPUAP), je

bilo ugotovljeno, da uporaba pripomočkov za razbremenitev pritiska in redno premeščanje zmanjšata pojavnost razjed do 70 % pri pacientih z visokim tveganjem (Kim et al., 2014). NPUAP zato priporoča, da je treba paciente po možnosti vsaki dve uri premeščati, da se zmanjša tveganje za nastanek razjed zaradi pritiska (Kennerly & Salcido, 2017). S tem ključne točke telesa razbremenimo pritiska, s čimer se posledično pospeši pretok krvi v prizadeto območje (Thomas, 2006). To lahko storimo tako, da spremenimo pacientov položaj, na primer iz ležečega v sedeči položaj, z obračanjem telesa na levi ali desni bok ali z uporabo posebnih pripomočkov za razbremenitev, kot so specializirane napihljive vzmetnice in blazine, ki pomagajo prerazporediti pritisk (Kisner & Vivas, 2007). Ugotovljeno je bilo, da je prerazporeditev pritiska z uporabo pripomočkov za lajšanje pritiska, kot so vzmetnice in blazine, učinkovita pri zmanjševanju pojavnosti razjed zaradi pritiska (Gaspoz et al., 2014; NPUAP, 2014; Moore, 2018; Miller et al., 2019; NPUAP, 2019).

Nega in redno spremljanje sprememb na koži

Bistven del preprečevanja razjed zaradi pritiska je tudi pravilna nega kože (Beeckman et al., 2011). Pri pacientih, ki so priklenjeni na posteljo ali invalidski voziček, je treba vsak dan preverjati kožo, ali se na njej pojavljajo znaki rdečine ali draženja, ki so lahko zgodnji znak teh razjed (Brem et al., 2010). Pacientovo kožo je treba temeljito očistiti in posušiti ter uporabljati vlažilne kreme, da bo koža navlažena (Kisner & Vivas, 2007). S tem se preprečita izsušitev in razpokanje kože. Vlažilni izdelki, ki vsebujejo naravne mehčalce, kot sta aloe vera in karitejevo maslo, so se izkazali za učinkovite pri preprečevanju poškodb kože in zmanjševanju pojavnosti razjed zaradi pritiska (Kim et al., 2014). Z vlaženjem kože jo lahko ohranimo prožno in manj izpostavljeno poškodbam (Gaspoz et al., 2014). Redno spremljanje posameznikov z visokim tveganjem za nastanek razjed zaradi pritiska je bistvenega pomena za preprečevanje njegovega nastanka (Miller et al., 2019). Zdravstveni delavci morajo opraviti pregled kože in dokumentirati vse spremembe na koži (Beeckman et al., 2011). Z zgodnjim odkrivanjem razjed zaradi pritiska lahko preprečimo njegovo napredovanje in zmanjšamo tveganje za zaplete (NPUAP, 2019; EPUAP, 2019).

Prehrana

Dobra prehrana ima pomembno vlogo pri preprečevanju razjed zaradi pritiska (Kennerly & Salcid, 2017). Pacienti, pri katerih obstaja tveganje za nastanek takega zapleta, morajo uživati uravnoteženo prehrano, ki vsebuje beljakovine, vitamine in minerale ter ustrezen vnos kalorij (Thomas, 2006). Beljakovine so še posebej pomembne za pospeševanje celjenja ran in preprečevanje razkroja kožnega tkiva (Kennerly & Salcido, 2017). Beljakovine pomembno prispevajo tudi pri spodbujanju regeneracije tkiva (Thomas, 2006). Pomembno je, da osebe z omejeno mobilnostjo poleg uravnotežene prehrane ostanejo tudi zadostno hidrirane (EPUAP, 2019). Dobra in pravilna prehrana je pomembna tako za splošno zdravje kot za pospeševanje celjenja obstoječih preležanin (Kennerly & Salcido, 2017). EPUAP (2019) in NPUAP (2014) sta poudarila pomen prehrane pri pacientih z razjedami zaradi pritiska:

- **pomen beljakovin:** beljakovine so ključne za regeneracijo tkiva in celjenje ran. Pravilna prehrana je pomembna pri pacientih z razjedami zaradi pritiska, saj zadosten vnos beljakovin prispeva k pospeševanju celjenja ran in obnavljanju poškodovanih tkiv;
- **vitamini in minerali:** določeni vitamini in minerali igrajo pomembno vlogo pri celjenju ran. Vitamini in minerali, kot so vitamin C, vitamin A, cink in selen, so ključni za celjenje ran in ohranjanje zdrave kože;

- **hidracija:** dovolj pitja tekočin je pomembno za vzdrževanje hidracije in zdravja kože. Zagotavljanje zadostne hidracije je ključno pri pacientih z razjedami zaradi pritiska, saj voda pomaga ohranjati vlažnost kože in spodbuja proces celjenja;
- **izogibanje presežnim sladkorjem in nasičenim maščobam:** presežni sladkorji in nasičene maščobe lahko negativno vplivajo na proces celjenja. Omejevanje vnosa presežnih sladkorjev in nasičenih maščob je priporočljivo, saj lahko te sestavine v prehrani upočasnijo celjenje ran;
- **prilagoditev prehrane glede na posameznika:** posameznikove potrebe in omejitve je treba upoštevati pri načrtovanju prehranskega pristopa. Pri prehrani pacientov z razjedami zaradi pritiska je ključno prilagajanje prehranskega načrta posameznikovim potrebam in stanju.

Pri obravnavi pacientov z razjedami zaradi pritiska je pomemben posvet s strokovnjaki, kot so zdravniki, medicinske sestre in prehranski strokovnjaki, s ciljem zagotavljanja ustrezno prilagojenega prehranskega načrta glede na specifične potrebe vsakega pacienta.

Gibanje

Pomemben del preprečevanja razjed zaradi pritiska je tudi spodbujanje pacientov k čim večji aktivnosti (EPUAP, 2019). Paciente, ki se lahko gibljejo, je treba spodbujati k temu, saj to pomaga izboljšati cirkulacijo in zmanjšuje tveganje (NPUAP, 2014). Programi fizioterapije in vadbe so lahko učinkoviti pri izboljšanju mobilnosti in zmanjšanju tveganja za nastanek preležanin (NPUAP, 2019). EPUAP (2019) in NPUAP (2014) sta poudarila pomen gibanja pri pacientih z razjedami zaradi pritiska, in sicer:

- **pomembnost premikanja in premeščanja:** gibanje in premeščanje pacientov z razjedami zaradi pritiska sta ključna za preprečevanje nadaljnjega poslabšanja stanja. Redno premikanje in premeščanje pacientov z razjedami zaradi pritiska je pomembno za preprečevanje nadaljnjih poškodb tkiva. Gibanje pomaga razbremeniti pritisk na ogrožene predele kože;
- **uporaba pripomočkov:** pri premikanju in premeščanju pacientov je treba uporabiti ustrezne pripomočke, da se zmanjšata trenje in pritisk na kožo. Pri premikanju pacientov z razjedami zaradi pritiska je treba uporabiti pomožne pripomočke, kot so blazine, vzglavniki in posebne ležalne podlage, ki zmanjšujejo pritisk na ogrožene predele;
- **načrtovanje rednih premikov:** ustrezno načrtovanje in izvajanje rednih premikov pacienta je bistvenega pomena za preprečevanje razjed zaradi pritiska. Zdravstveni delavci moramo načrtovati in izvajati redne premike in premeščanje pacientov z razjedami zaradi pritiska v skladu z ustreznimi smernicami;
- **stimulacija mišične aktivnosti:** spodbujanje mišične aktivnosti pri pacientih, ki to zmorejo, lahko pripomore k boljši prekrvavitvi in zmanjšanju tveganja za razvoj razjed zaradi pritiska. Stimulacija mišične aktivnosti, kadar je primerna, lahko izboljša prekrvavitev in zmanjša tveganje za razjede zaradi pritiska;
- **individualizirano pristopanje:** pri načrtovanju gibanja in premikanja je pomembno upoštevati posamezne potrebe in omejitve pacienta. Pri premikanju pacientov z razjedami zaradi pritiska je ključno upoštevati posameznikove potrebe, stanje in zmožnosti ter prilagoditi gibalne postopke glede na to.

Pri izvajanju premikanja in gibanja pacientov z razjedami zaradi pritiska je treba upoštevati ustrezne smernice in nasvete strokovnjakov za nego ran ter sodelovati s kvalificiranimi zdravstvenimi delavci, da se zagotovita varnost in dobrobit pacienta.

Zdravstvena vzgoja

Zdravstvena vzgoja je bilo prav tako opredeljena kot ključna za preprečevanja razjed zaradi pritiska, saj lahko poveča ozaveščenost posameznikov z omejeno mobilnostjo in njihovih negovalcev o dejavnikih tveganja (Miller et al., 2019). Paciente, negovalce in zdravstvene delavce je treba poučiti o znakih in simptomih razjede zaradi pritiska ter o najboljših načinih za njeno preprečevanje in obvladovanje (EPUAP, 2019). Paciente in negovalce je treba spodbujati, da sprašujejo in poiščejo pomoč, če opazijo kakršne koli spremembe na koži ali druge simptome (Kennerly & Salcido, 2017).

Razprava

Rezultati tega narativnega pregleda kažejo, da je za učinkovito preprečevanje razjed zaradi pritiska pri osebah z omejeno mobilnostjo potrebna kombinacija metod preprečevanja (NPUAP, 2014). Pomembni elementi preventivnega programa so spreminjanje položaja pacientov, nega in redno spremljanje sprememb na koži, prehrana, gibanje in zdravstvena vzgoja (EPUAP, 2019; NPUAP, 2019). Skrb za paciente z razjedami zaradi pritiska zahteva celosten pristop, ki vključuje ustrezno prehrano, gibanje in nego ran. Zadosten vnos beljakovin, vitamini in minerali so ključni za proces celjenja ran. Redno premikanje in pravilna uporaba pripomočkov pa zmanjšujeta tveganje za nastanek novih razjed. Prilagajanje pristopa posameznikovim potrebam zagotavlja najboljšo možno skrb za paciente. Vsak pacient ima svoje specifične potrebe in omejitve, zato je ključno, da se pristop k skrbi za razjede zaradi pritiska prilagodi posamezniku. Potrebne so nadaljnje raziskave, da bi ugotovili učinkovitost metod preprečevanja pri drugih populacijah, kot so osebe s sladkorno boleznijo ali debelostjo. Omejitev je tudi ta, da so bili vzorci nekaterih raziskav majhni, kar lahko omejuje možnost posploševanja rezultatov. Za potrditev učinkovitosti metod preprečevanja razjed zaradi pritiska so potrebne večje multicentrične raziskave.

Ugotovitve poudarjajo tudi pomen na dokazih temelječih praks pri preprečevanju razjed (Gaspoz et al., 2014). Z dokazi podprte prakse so tiste, ki so podprte z znanstvenimi raziskavami in so se izkazale za učinkovite (Kisner & Vivas, 2007).

Zaključek

Razjede zaradi pritiska so resen in pogost problem pri posameznikih z omejeno mobilnostjo. Z zgodnjim odkrivanjem in ukrepanjem lahko preprečimo napredovanje razjed zaradi pritiska in zmanjšamo tveganje za zaplete. Razjede zaradi pritiska so velik problem za paciente, ki dolgo časa ležijo na postelji ali sedijo na invalidskem vozičku. Vendar pa lahko z uporabo strategij, kot so redno premeščanje, ustrezna nega kože, dobra prehrana, mobilnost in zdravstvena vzgoja, znatno zmanjšamo tveganje za nastanek razjed zaradi pritiska. Preprečevanje je bistvenega pomena za spodbujanje udobja pacientov, zmanjšanje tveganja za okužbe in sepso ter izboljšanje rezultatov zdravljenja pacientov in potencialno življenjsko nevarnih razjed. Pomembno je, da pacienti, negovalci, medicinske sestre/zdravstveniki in tehniki zdravstvene nege sodelujejo pri preprečevanju in obvladovanju tega stanja.

Zdravstveni delavci morajo pri izvajanju teh strategij sodelovati s pacienti in skrbniki ter tako zagotoviti najboljše možne rezultate za paciente. Preprečevanje tega zapleta pri osebah z omejeno mobilnostjo zahteva multidisciplinarni pristop. Uporaba praks, ki temeljijo na dokazih, je ključnega pomena za uspeh preventivnega programa. Z izvajanjem strategij preprečevanja lahko izvajalci zdravstvenega varstva pomagajo zmanjšati pojavnost razjed zaradi pritiska in izboljšati kakovost življenja posameznikov z omejeno mobilnostjo.

Literatura

Brem, H., Maggi, J., Nierman, D., et al. (2010) High cost of stage IV pressure ulcers. *The American Journal of Surgery*, 200(4): 473–477.

Beeckman D., Verhaeghe S., Defloor T., et al. (2011) A 3-in-1 perineal care washcloth impregnated with dimethicone 3% versus water and pH-neutral soap to prevent and treat incontinence-associated dermatitis: a randomized, controlled clinical trial. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nurs*, 38(6): 627–634.

EPUAP. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. 2019. Dostopno na: <https://www.epuap.org/resource/epuap-ppp-guidelines-2019/>.

Gaspoz, J. M., Perneger, T. V., Rae, A. C. (2014). National Institute for Health and Care Excellence. Pressure ulcers: prevention and management. Clinical guideline CG179. Dostopno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg179/>.

Kirsner R. S., Vivas A. C. (2007). Lower extremity ulcers: diagnosis and management. New York, NY: Informa Healthcare.

Kim, J. H., Kim, D. H., & Kim, H. M. (2014). The effects of aloe vera cream on prevention of pressure ulcers in patients hospitalized in internal medicine wards: A randomized clinical trial. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(5), 383–388.

Kennerly, S. M., Salcido, R. (2017). Pressure ulcers. In: Ferri, F. F., ed. *Ferri's Clinical Advisor 2017*. Philadelphia, PA: Elsevier; 1088–1089.

Miller, M., Orsted, H. L., Pisarczyk, E., et al. (2019). *Wound Care Canada: An Essential Guide for Health Professionals*. 2nd ed. Toronto, Canada: Wounds Canada.

Moore, Z., Cowman, S., & Conroy, R. (2018). A randomised controlled clinical trial of repositioning, using the 30° tilt, for the prevention of pressure ulcers. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6): e886–e899. Dostopno na: <https://doi.org/10.1111/jocn.14241>

NPUAP. (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Dostopno na: <https://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/>

NPUAP, EPUAP, & PPPIA (2019). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Dostopno na: https://cdn.ymaws.com/npuap.com/resource/resmgr/guidelines/updated_pressure_injury_prea.pdf.

Thomas, D. R. (2006). Prevention and treatment of pressure ulcers. *J Am Med Dir Assoc.*; 7(1): 46–59.

MOTNJE POŽIRANJA KOT POSLEDICA RAZLIČNIH BOLEZENSKIH STANJ

SWALLOWING DISORDERS AS A RESULT OF VARIOUS DISEASE CONDITIONS

Patricija Širca Ule^{1,2}, prof. spec. in rehab. ped., spec. klin. log.

¹ Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča, Ljubljana

² Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta

E-naslov: patricija.sirca@ir-rs.si

Izvleček

Motnje požiranja so eden od pogostih pridruženih simptomov, ki nastanejo kot posledica različnih nevroloških bolezni, raka grla in vratu, kot posledica obsežnih operacij srca ter akutne respiratorne odpovedi. Pogosto jih ugotavljamo tudi pri kritično bolnih pacientih. V prispevku bomo predstavili različne vzroke za nastanek motenj požiranja ter pristope logopedске obravnave z namenom zagotavljanja varnega in zadostnega vnosa hrane in tekočine. Pri prepoznavi motenj je potreben timski pristop strokovnjakov, ki s pomočjo instrumentalnih in neinstrumentalnih orodij v čim hitrejšem času dokažejo motnje požiranja in učinkovito načrtujejo nadaljnjo rehabilitacijo. Presejalni testi so se v primerjavi z instrumentalnima ocenama, kamor spadata fibeoptična endoskopska ocena požiranja (angl. Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing) in videofluoroscopska ocena požiranja (angl. Videofluoroscopic Swallowing Study), izkazali za manj zanesljive. Pomembno je, da logoped pacienta napoti na objektivno oceno, saj le na ta način zagotovi primerno rehabilitacijo, ki vključuje vaje za krepitev posameznih mišičnih struktur, učenje uporabe manevrov in kombinacijo tradicionalnih pristopov z uporabo nevro-mišične električne stimulacije. Končni cilj obravnave motenj požiranja je varna in zadostna prehranjenost pacienta ter s tem zagotavljanje dobre kakovosti življenja.

Ključne besede: diagnostika motenj požiranja, rehabilitacija motenj požiranja, logopedska obravnava.

Abstract

Swallowing disorders are one of the common associated symptoms that arise because of various neurological diseases, throat, and neck cancer, as a result of extensive heart operations and acute respiratory failure. They are also often found in critically ill content. In this article, we will present the various causes of swallowing disorders and the approaches of speech therapy treatment with the aim of ensuring safe and sufficient food and liquid intake. The identification of disorders requires a team approach of experts who, with the help of instrumental and non-instrumental tools, prove swallowing disorders as quickly as possible and effectively plan further rehabilitation. Screening tests have proven to be less reliable compared to instrumental assessments, which include Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing and Videofluoroscopic Swallowing Study. It is important that the speech therapist achieves an objective assessment of the patient, as this is the only way to ensure appropriate rehabilitation, which includes exercises to strengthen individual muscle structures, learning to use maneuvers and also as combination of traditional approaches with

using neuromuscular electrical stimulation. The goal of treating swallowing disorders is safe and sufficient nutrition for the patient and thereby ensuring a good quality of life.

Key words: swallowing disorders, diagnosis of swallowing disorders, rehabilitation of swallowing disorders, speech therapist

Uvod

Motnje požiranja (disfagija) so pogosto posledica nekaterih bolezni živčevja. Z izrazom disfagija označujemo odstopanja, ki se lahko pojavijo v katerikoli fazi požiranja (oralni, faringealni ali ezofagalni fazi). Da je požiranje varno, so potrebni občutenje dražljajev (okus, vonj, toplota itd.), sposobnost učinkovitega gibanja v predelu ustne votline (grizenje, žvečenje, oblikovanje grižljaja z jezikom itd.) in zmožnost nadzora dihanja med samim požiranjem. Požiranje je zapleten skupek procesov, zato lahko kakršnokoli odstopanje na kateremkoli od opisanih področij vodi do zdravstvenih zapletov. Etiologija disfagije je zelo raznolika, v grobem pa jo povezujemo s poškodbo možganov (kamor spadajo travmatska poškodba glave in možganska kap ter nevrodegenerativne bolezni), pojavi se lahko kot pridružen dejavnik pri akutni respiratorni odpovedi, kot posledica kardioloških operacij ali posledica raka vratu in grla (Govender et al., 2017; McIntyre et al., 2021; Perren et al., 2019; Plowman et al., 2023; Shaw & Martino, 2013).

Cilj rehabilitacije požiranja je zagotoviti zadostno prehranjenost ter varen vnos hrane in tekočine glede na pacientove trenutne potrebe in zmožnosti. Namen prispevka je podrobneje predstaviti motnje požiranja ter diagnostične in terapevtske pristope logopedске obravnave disfagije.

Požiranje

Proces požiranja tako kot vse druge procese v telesu nadzirajo možgani. Sam nadzor je odvisen od centrov v možganskem deblu, malih možganih, bazalnih ganglijih, talamusu, limbičnem sistemu ter motorični in senzorični skorji. Glede na potek požiranja ločimo štiri faze požiranja (Shaw, Martino, 2013):

- oralna pripravljalna faza: začetna faza požiranja, ki je v celoti pod nadzorom lastne volje – v tej fazi z mišicami žvekalkami ter s pomočjo jezika in sline z žvečenjem oblikujemo grižljaj;
- oralna transportna faza: gre za prehodno fazo, ki služi za prenos izoblikovanega grižljaja iz sprednjega dela ustne votline proti žrelu – na začetku je hotena, nato na samo pot grižljaja ne moremo več vplivati;
- faringealna faza: lahko jo opišemo kot križišče prebavne in dihalne poti. V tej fazi jezik potisne hrano naprej proti požiralniku, ob tem se mehko nebo dvigne in zapre prehod v nosno votlino, mišičje premakne hioidno kost čez sapnik naprej in navzgor, poklopec sapnika se spusti nad sapnik, dihanje se prekine;
- ezofagalna faza: požirek/grižljaj potuje po požiralniku do želodca.

Kadar se pojavijo kakršnakoli odstopanja v eni ali več zgoraj opisanih fazah, govorimo o motnjah požiranja oziroma disfagiji (Shaw & Martino, 2013).

Znaki motenj požiranja

Čeprav motnje požiranja povzročajo različne bolezni in stanja, pa so znaki, ki jih oseba ob tem doživlja, podobni. Glede na zahtevnost primarne bolezni tudi motnje požiranja opisujemo od blažjih do težkih motenj, ki zahtevajo hitrejša ukrepanja. Znake motenj požiranja lahko opisujemo kot (Wieseke et al., 2008):

- izogibanje določeni vrsti hrane;
- iztekanje sline iz ust (zaradi slabšega nadzora ustnične zapore in/ali zmanjšane sposobnosti požiranja sline);
- zaostajanje hrane v ustih tudi po požiranju (nabiranje v ustnih žepih);
- večkratni poskusi požiranja istega požirka (oseba nima dovolj moči, ne zmore pogoltniti grizljaja v enem aktu požiranja);
- težave z žvečenjem hrane (lahko zaradi pomanjkljivega ali odsotnega zobovja, težav z motorično izvedbo samega žvečenja – kot apraksija);
- zaletavanje tekočine, hrane po požiranju, kar se kaže kot kašelj (pomembno je, da spremljamo kakovost in moč kašlja, saj kašelj velja za enega glavnih obrambnih mehanizmov, ki ščitijo dihalno pot);
- zatekanje tekočine/hrane na nos;
- občutek zastajanja hrane na ravni žrela po požiranju;
- spremenjen glas po požiranju (zamolkel glas, »moker« glas);
- podaljšan čas hranjenja;
- hitra izguba telesne teže;
- dehidracija;
- aspiracijska pljučnica (redko, a najtežji zaplet).

Motnje požiranja so skupek težav v delovanju živčevja (senzorike), kar povzroča težave z občutenjem požirka ali grizljaja, ter posledično tudi motorične izvedbe samega akta, kar se kaže kot mišična oslabelost, neuskkljenost ali odsotnost delovanja mišičnih skupin med samo izvedbo požiranja (Wieseke et al., 2008).

Motnje požiranja kot posledica poškodbe možganov

Proces požiranja, tako kot vse druge procese v telesu, nadzirajo možgani. Sam nadzor je odvisen od centrov v možganskem deblu, malih možganih, bazalnih ganglijih, talamusu, limbičnem sistemu ter motorični in senzorični skorji. Glede na vključenost številnih možganskih področij lahko pričakujemo, da se ob travmatski poškodbi glave ali možganski kapi pojavijo tudi motnje požiranja. Poškodovana območja v možganih oziroma lezije povzročajo različne težave pri samem procesu požiranja, prav tako je stopnja težav pogojena tudi z velikostjo in stranskostjo lezije. Če je prizadeta možganska polobla, ki je dominantna pri izvajanju procesa požiranja, so motnje požiranja resnejše kot takrat, ko je poškodovana nedominantna polobla (Shaw & Martino, 2013; Takizawa et al., 2016).

Motnje požiranja kot posledica raka glave in vratu

Motnje požiranja so pogost zaplet tudi pri raku grla in vratu. Nastanejo lahko kot posledica odstranitve tkiva v ustni votlini ali žrelu, kar anatomsko vpliva na spremenjen proces požiranja. Ob tem so lahko poškodovana tudi aferentna mišična vlakna oziroma njihovi receptorji, ki aktivirajo mišice, odgovorne za požiranje. Zaradi posledic obsevanja in

kemoterapij se prav tako lahko zmanjša občutenje dražljajev v ustih ali žrelu, kar lahko ogrozi varnost požiranja. Obsevanje poleg slabše zaznave onemogoči normalno izločanje sline. Pacienti pogosto navajajo suhost ustne sluznice, zaradi česar težje ustrezno oblikujejo gržljaj (Govender et al., 2017; Langmore & Pisegna, 2015; Shaw & Martino, 2013).

Motnje požiranja kot posledica operacije srca

Motnje požiranja so pogoste tudi pri pacientih s srčnimi težavami. Težave srčne mišice niso vzrok za nastanek motenj, po navadi pride do zapletov po prestanih obsežnih operacijah na srcu. Med operacijo lahko pride do poškodbe X. možganskega živca (vagusa), kar povzroči slabše občutenje sluznice grla in žrela, lahko povzroči tudi slabšo gibljivost ene polovice grla. Prav zaradi tega je tiha aspiracija pogost zaplet v akutnem zdravljenju. Tiho aspiracijo je težko prepoznati, saj ni očitnih znakov, kot je kašelj (zmanjšano občutenje). Poleg poškodb na ravni grla in žrela se osebe pogosto srečujejo tudi s celotno fizično oslabeleostjo, ki lahko povzroči neučinkovit refleks kašlja, kljub ohranjenemu občutenju. Ob tem oseba težko izkašlja morebitno vsebino, ki zaide v sapnik. Zmanjšana dihalna kapaciteta in spremenjen vzorec dihanja med požiranjem pogosto povzročita neenakomerne premore v dihanju ob požiranju. Raziskave so pokazale, da obstaja pri tovrstni oškodovanosti visoka verjetnost aspiracije (Langmore & Pisegna, 2015; Plowman idr., 2023; Wieseke, Bantz, Siktberg, & Dillard, 2008).

Motnje požiranja pri kritično bolnem pacientu

Motnje požiranja pri kritično bolnem pacientu so posledica urgentnih stanj, ki so bila potrebna za ohranitev življenjskih funkcij oziroma preživetje. Najpogostejši vzrok motenj požiranja je intubacija pacienta. Ob tem se lahko zgodi, da intubacija povzroči mehansko poškodbo perifernega aerodigestivnega trakta. Kako obsežna je, je odvisno od velikosti vstavljenе endotrahealne cevi in volumna napihnjenosti »cuffa«. Vstavljenа cev lahko povzroča draženje in vnetje sluznice sapnika, prevelika cev in preveč napihnjen mešiček pa lahko povzročita prevelik pritisk na artoide, lahko razmakneta krikaritenoidne sklepe in stisneta povratni grlni živec. Zaradi mehanske oviranosti je nezmožnost tvorjenja popolne zapore laringealnega preddvora motena, stisnjen povratni grlni živec pa zmanjša motorično in senzorično delovanje grla med požiranjem. Vstavitve endotrahealne cevke negativno vpliva tudi na samo moč mišičja, ki sodeluje pri požiranju. Mehanska ovira povzroči tudi celotno oslabeleost mišic, zaradi česar oseba težje tvori primerno moč in pritisk pri potiskanju gržljaja iz ust do požiralnika. Oslabeleost mišičja se kaže tudi v zmanjšani dihalni funkciji in posledično neučinkovitem kašlju. Oseba zaradi tega ne zmore učinkovito izčistiti dihalne poti ob morebitni aspiraciji (McIntyre et al., 2021; Perren et al., 2019; Wieseke et al., 2008).

Diagnostika motenj požiranja

Diagnostika motenj požiranja je usmerjena predvsem v zgodnjo prepoznavo težav in čim hitrejšo ukrepanje za preprečevanje neželenih dodatnih zdravstvenih zapletov. V začetnih fazah se pogosto poslužujemo presejalnih testov, ki bolj ali manj uspešno zaznavajo rizične paciente. Predvsem pri populaciji kritično bolnih pacientov so ugotavljali, da vodni presejalni test, ki ga po navadi izvajajo medicinske sestre, ne daje dovolj zanesljivih podatkov o varnosti požiranja, zato sama presejalna obposteljna ocena ni dovolj za identifikacijo motenj požiranja. Pomembno je, da osebo čim hitreje pregledamo z instrumentalnimi metodami

preiskave požiranja. Kot zlati standard se pri nas in v svetu uporabljata fiberoptična endoskopska ocena požiranja (angl. Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing – FEES) in videofluoroskopija oziroma rentgenska preiskava požiranja (angl. Videofluoroscopic Swallowing Study – VFS) (Wieseke et al., 2008; Perren et al., 2019).

Neinstrumentalna ocena požiranja je v domeni logopeda. Logoped lahko delno oceni stopnjo težavnosti motenj požiranja. Ocenjuje stopnjo budnosti, zmožnost sodelovanja pacienta in stanje oralne faze ter prepozna očitne znake aspiracije. Za potrditev diagnoze ter nadaljnje prilagoditve diete in terapevtske postopke pa napoti pacienta na eno od zgoraj omenjenih instrumentalnih preiskav (Wieseke et al., 2008; Perren et al., 2019).

Logopedska rehabilitacija motenj požiranja

Po opravljeni diagnostiki in seznanitvi z vzroki motenj požiranja logoped individualno načrtuje terapevtske pristope k uspešnejšemu in varnemu požiranju. Če oseba dlje časa ne požira skozi usta, je velika verjetnost, da bodo težave resnejše in da začetno požiranje grižljajev/požirkov ne bo enako učinkovito, kot je bilo pred boleznijo. Rehabilitacija vključuje tradicionalne logopedske pristope, kot so: učenje uporabe manevrov, vaje za krepitev mišičnih skupin, ki sodelujejo pri požiranju in dihanju, iskanje najustreznjšega položaja pri požiranju, prilagajanje velikosti bolusa ob požiranju ter prilagoditvi diete in tekočine, če je to potrebno. Pomembno je, da pri delu zasledujemo principe nevroplastičnosti. Najpogostejši manevri, ki jih izvajamo za krepitev mišičnih skupin, so:

- požiranje z naporom: poveča pritisk v zgornjem delu žrela in izboljša moč korena jezika. Poleg tega omogoči ta manever tudi nekoliko podaljšano zapiranje larinegalnega preddvora, nekoliko daljše zadrževanje hioidnih mišic v poziciji naprej in navzgor, posledično je dalj časa odprt zgornji ezofagalni sfinkter. Dokazano je, da ta manever vpliva na zmanjšanje količine morebitnih zaostankov v piriformnih sinusih. Pacient manever izvede tako, da ob tem, ko močno pogoltne, z jezikom pritiska na trdo nebo;
- Mendhelsonov manever: oseba poskuša grlo zadržati v dvignjeni poziciji (navzgor in naprej). V tem položaju je grlo dvignjeno in zaprto, požiralnik odprt, kar preprečuje vdor hrane in tekočine v sapnik;
- supraglotično požiranje: oseba mora ob požiranju zadržati dih in nato pogoltniti grižljaj/požirek. Na tak način oseba hoteno tvori stik med glasilkama in posledično zaščiti dihalno pot. Po požiranju sledi hoteni kašelj, da oseba izčisti morebitne ostanke, ki jih sicer ni zaznala (Barikroo, Carnaby, & Crary, 2015; Doeltgen, Macrae, & Huckabee, 2011; Donzelli & Brady, 2004; Fujiu - Kurachi, 2002; Fukuoka et al., 2013; Guedes et al., 2017; Kim et al., 2017; Krekeler, Broadfoot, Johnson, Connor, & Rogus - Pulia, 2018).

Poleg manevrov logoped pacienta uči tudi vaj, ki so usmerjene v krepitev ustnic, čeljusti, grla in vse do dihalnih mišic. Z njimi želimo prav tako kot z manevri izboljšati delovanje mišičnih skupin in posledično vplivati na izboljšanje funkcije požiranja:

- dvig grla: oseba poskuša nekaj časa zadržati grlo v dvignjeni poziciji. Vaja je podobna Mendhelsonovem manevru, cilj vaje je krepitev mišic, ki potezajo grlo med požiranjem naprej in navzgor;
- Masako manever: čeprav ga poimenujemo kot manever, se avtorji strinjajo, da gre za vajo. Oseba vajo izvaja tako, da položi konico jezika med zobe. Z zobmi zadrži jezik v tem položaju in na tak način pogoltne slino. Njegov namen je izboljšati gibanje in moč zadnje faringealne stene med požiranjem;
- vaja Shaker: vajo oseba izvede tako, da je v ležečem položaju in nato dvigne glavo tako, da pogleda prste na nogah, ter v tem načinu nato pogoltne. Na ta način poskušamo z vajo

vplivati na boljše odpiranje zgornjega ezofagealnega sfinktra in okrepiti suprahoidne mišice (Govender, Smith, Taylor, Barratt, & Gardner, 2017b; Krekeler et al., 2018; Langmore & Pisegna, 2015).

Z iskanjem najustreznjšega položaja pri požiranju logoped pacientu omogoči učinkovito in varno hranjenje, kolikor lahko. S spreminjanjem položaja hoteno posredno vplivamo na potovanje požirka ob požiranju, delno pa tudi na obliko samih struktur, ki sodelujejo pri požiranju (Langmore & Pisegna, 2015; Saconato, Chiari, Lederman, & Gonçalves, 2016; Solazzo, 2012):

- primik brade proti prsim: na ta način želimo doseči, da se koren jezika približa zadnji steni žrela, kar posledično zoži odprtino do dihalne poti, hkrati pa razširi vaskularni prostor. Ta položaj lahko pri nekaterih pacientih zmanjša penetracijo/aspiracijo, kljub temu pa le-teh ne preprečuje. Z resnostjo stanja je tudi ta položaj vedno manj uporaben;
- dvig glave navzgor: uporaben je predvsem pri težavah z manipulacijo grizljaja v sprednjem delu ustne votline. Na ta način oseba omogoči lažji prehod grizljaja iz sprednjega dela v zadnji del ustne votline, torej si olajša hoteni del požiranja;
- obračanje glave: glava je obrnjena v levo ali desno stran, običajno proti poškodovani ali šibki strani. Na tak način se preusmeri potovanja bolusa po boljši strani.

Poleg tradicionalnih logopedskih pristopov se v tujini in tudi pri nas uporablja nevro-mišična električna stimulacija požiranja (angl. Nevromuscular Electrical Stimulation – NMES). Dokazano je, da uporaba kombiniranega pristopa, torej tradicionalne obravnave in NMES, hitreje doseže napredek v rehabilitaciji motenj požiranja. Omenjeni pristop je učinkovit predvsem pri obravnavi motenj požiranja, ki so nastale kot posledica možganske kapi. Indikacije za uporabo NMES so enake kot pri vseh drugih napravah, ki uporabljajo električno stimulacijo, pogoj za uporabo pa je tudi ta, da se pacient lahko aktivno vključuje v izvajanje vaj. NMES se izvaja tako, da se elektrode namestijo na submandibularnem (podčeljustnem) delu vratu, stimulacija pa površinsko vpliva na gibanje suprahoidnih mišičnih skupin, ki pri požiranju povlečejo grlo naprej in navzgor. Ob stimulaciji poskuša pacient pogoltniti slino, s čimer želimo vplivati na jačanje mišic in s tem hitreje zapiranje laringealnega preddvora. Pacienti ne smejo imeti resnejših kognitivnih težav in težav v smislu apraksije, ki bi ovirala hoteno izvajanje gibov. Poleg tega je uporaba NMES kontraindicirana tudi pri okvari perifernega živčevja in stanjih po tumorjih (Langmore & Pisegna, 2015; Širca Ule, 2021).

Zaključek

Razumevanje fiziologije požiranja in poznavanje morebitnih zapletov je ključnega pomena pri prepoznavi in rehabilitaciji motenj požiranja. Motnje požiranja zahtevajo timsko obravnavo različnih strokovnjakov, kot so logopedi, dietetiki, respiratorni fizioterapevti, medicinske sestre, zdravniki in mnogi drugi. Delo logopeda vključuje različne postopke rehabilitacije, ki jih prilagaja sposobnostim pacienta. Pomembno je, da pozna vzrok in fiziologijo požiranja ter nato z ustreznimi vajami, manevri in prilagoditvami vpliva na izboljšanje požiranja. Pristopi so lahko tradicionalni, tam, kjer lahko, pa se danes kombinirajo tudi z NMES. Logoped načrtuje in vodi individualno prilagojene programe rehabilitacije glede na pacientove sposobnosti. Če ni večjih kognitivnih ovir, lahko s pacientom uspešneje izvaja vaje in manevre, v primeru resnejših kognitivnih težav pa je poudarek na prilagajanju velikosti požirkov in spremembah diete. Z zavedanjem, da različna bolezenska stanja različno vplivajo na težavnost motenj, je treba v čim hitrejšem času pacientu omogočiti njihovo instrumentalno diagnostiko. Le na podlagi objektivne ocene logoped lahko načrtuje ustrezno rehabilitacijo

požiranja. V Sloveniji je zaradi pomanjkanja izvajalcev storitev instrumentalna diagnostika dostopna v zelo omejenem obsegu. Z izboljšanjem dostopa bi učinkoviteje diagnosticirali motnje požiranja, kar bi pomenilo manj resne zaplete in s tem ne nazadnje tudi zmanjšanje stroškov zdravljenja pacientov.

Literatura

Barikroo, A., Carnaby, G., & Crary, M. (2015). Effects of Age and Bolus Volume on Velocity of Hyolaryngeal Excursion in Healthy Adults. *Dysphagia*, 30(5), 558–564. <https://doi.org/10.1007/s00455-015-9637-y>

Doeltgen, S. H., Macrae, P., & Huckabee, M.-L. (2011). Pharyngeal Pressure Generation During Tongue-Hold Swallows Across Age Groups. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(2), 124–130. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2011/10-0067\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011/10-0067))

Donzelli, J., & Brady, S. (2004). The Effects of Breath-Holding on Vocal Fold Adduction. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 130(2), 208. <https://doi.org/10.1001/archotol.130.2.208>

Fujiu-Kurachi, M. (2002). Developing the Tongue Holding Maneuver. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*, 11(1), 9–11. <https://doi.org/10.1044/sasd11.1.9>

Fukuoka, T., Ono, T., Hori, K., Tamine, K., Nozaki, S., Shimada, K., ... Domen, K. (2013). Effect of the Effortful Swallow and the Mendelsohn Maneuver on Tongue Pressure Production against the Hard Palate. *Dysphagia*, 28(4), 539–547. <https://doi.org/10.1007/s00455-013-9464-y>

Govender, R., Smith, C. H., Taylor, S. A., Barratt, H., & Gardner, B. (2017a). Swallowing interventions for the treatment of dysphagia after head and neck cancer: a systematic review of behavioural strategies used to promote patient adherence to swallowing exercises. *BMC Cancer*, 17(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2990-x>

Govender, R., Smith, C. H., Taylor, S. A., Barratt, H., & Gardner, B. (2017b). Swallowing interventions for the treatment of dysphagia after head and neck cancer: a systematic review of behavioural strategies used to promote patient adherence to swallowing exercises. *BMC Cancer*, 17(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2990-x>

Guedes, R., Azola, A., Macrae, P., Sunday, K., Mejia, V., Vose, A., & Humbert, I. A. (2017). Examination of swallowing maneuver training and transfer of practiced behaviors to laryngeal vestibule kinematics in functional swallowing of healthy adults. *Physiology & Behavior*, 174, 155–161. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.018>

Kim, H. D., Choi, J. B., Yoo, S. J., Chang, M. Y., Lee, S. W., & Park, J. S. (2017). Tongue-to-palate resistance training improves tongue strength and oropharyngeal swallowing function in subacute stroke survivors with dysphagia. *Journal of Oral Rehabilitation*, 44(1), 59–64. <https://doi.org/10.1111/joor.12461>

- Krekeler, B. N., Broadfoot, C. K., Johnson, S., Connor, N. P., & Rogus - Pulia, N. (2018). Patient Adherence to Dysphagia Recommendations: A Systematic Review. *Dysphagia*, 33(2), 173–184. <https://doi.org/10.1007/s00455-017-9852-9>
- Langmore, S. E., & Pisegna, J. M. (2015). Efficacy of exercises to rehabilitate dysphagia: A critique of the literature. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 17(3), 222–229. <https://doi.org/10.3109/17549507.2015.1024171>
- McIntyre, M., Doeltgen, S., Dalton, N., Koppa, M., & Chimunda, T. (2021). Post-extubation dysphagia incidence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Australian Critical Care*, 34(1), 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.05.008>
- Perren, A., Zürcher, P., & Schefold, J. C. (2019). Clinical Approaches to Assess Post-extubation Dysphagia (PED) in the Critically Ill. *Dysphagia*, 34(4), 475–486. <https://doi.org/10.1007/s00455-019-09977-w>
- Plowman, E. K., Anderson, A., York, J. D., DiBiase, L., Vasilopoulos, T., Arnaoutakis, G., ... Jeng, E. I. (2023). Dysphagia after cardiac surgery: Prevalence, risk factors, and associated outcomes. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 165(2), 737–746.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2021.02.087>
- Saconato, M., Chiari, B., Lederman, H., & Gonçalves, M. (2016). Effectiveness of Chin-tuck Maneuver to Facilitate Swallowing in Neurologic Dysphagia. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 20(01), 013–017. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1564721>
- Shaw, S. M., & Martino, R. (2013). The Normal Swallow. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 46(6), 937–956. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2013.09.006>
- Solazzo, A. (2012). Investigation of compensatory postures with videofluoromanometry in dysphagia patients. *World Journal of Gastroenterology*, 18(23), 2973. <https://doi.org/10.3748/wjg.v18.i23.2973>
- Širca Ule, P. (2021). *Uporaba nevromišične električne stimulacije pri težavah s požiranjem kot posledice možganske kapi, parkinsonove bolezni in multiple skleroze z uporabo naprave ampcare: študija dveh primerov use of neuromuscular electrical stimulation on swallowing ability in stroke, parkinson disease and multiple sclerosis using ampcare: a study of two cases*. Pridobljeno s https://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2021_No2_p71-77.pdf
- Takizawa, C., Gemmell, E., Kenworthy, J., & Speyer, R. (2016). A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. *Dysphagia*, 31(3), 434–441. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9695-9>
- Wieseke, A., Bantz, D., Siktberg, L., & Dillard, N. (2008). Assessment and Early Diagnosis of Dysphagia. *Geriatric Nursing*, 29(6), 376–383. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2007.12.001>

UPORABA MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV ZA PRESEDANJE IN NAMEŠČANJE V PROCESU REHABILITACIJE PACIENTA PRI IZVAJALCIH ZDRAVSTVENE NEGE

THE USE OF REPOSITIONING AND POSITIONING DEVICES IN THE PATIENT'S REHABILITATION PROCESS FOR HEALTHCARE PROVIDERS

Nataša Ogrin Jurjevič, dipl. del. ter.; Zdenka Prosič Sukič, dipl. del. ter.; Marko Vidovič, dipl. del. ter., mag. kin.; Ema Zgonc, dipl. del. ter.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča, Ljubljana

E-naslovi: natasa.ogrin@ir-rs.si, zdenka.prosic@ir-rs.si, marko.vidovic@ir-rs.si,
ema.zgonc@ir-rs.si

Izvleček

Uvod: Izvajalci zdravstvene nege vsakodnevno dvigujejo, nameščajo in presedajo paciente. Za omenjene aktivnosti je priporočljiva uporaba pripomočkov. Namen raziskave je ugotoviti, kateri pripomočki za nameščanje in presedanje so najbolj uporabljeni med izvajalci zdravstvene nege, kje so se naučili njihove uporabe in kako se zanje odločijo.

Metode: Uporabljena je bila kvantitativna metoda. Anketni vprašalnik je bil razdeljen na petih različnih oddelkih Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije – Soča. Prvi del tvori sedem vprašanj, vezanih na uporabo pripomočkov. Drugi del vključuje šest različnih pripomočkov in vprašanja, vezana na pogostost uporabe, kje so se jih naučili uporabljati, kako se odločijo za njihovo uporabo in kje jih uporabljajo.

Rezultati: Od 75 razdeljenih je bilo izpolnjenih 51 vprašalnikov, kar predstavlja 68-odstotno realizacijo vzorca. V raziskavi je sodelovalo 38 žensk in 13 moških. Povprečna starost je bila 37 let. Anketiranci se strinjajo, da uporaba pripomočkov za nameščanje in premeščanje naredi zdravstveno nego lažjo za pacienta in negovalno osebje ter da poveča kakovost zdravstvene nege. Najpogosteje uporabljena pripomočka sta deska za presedanje in sobno dvigalo.

Diskusija in zaključek: Raziskava je pokazala, da izvajalci zdravstvene nege v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije Soča pri svojem delu uporabljajo pripomočke. Za njihovo uporabo se odločajo sami, na podlagi sposobnosti pacienta. Raziskavo bi bilo smiselno razširiti še na druge poklicne skupine in vzpostaviti medpoklicno sodelovanje.

Ključne besede: dvigovanje bremen, delovno okolje, pacienti

Abstract

Introduction: Healthcare providers position and transfer patients on a daily basis. The use of assistive devices is recommended for these activities. The aim of the survey is to find out which positioning and transfer aids are most used, where healthcare providers learned to use them and how they chose them.

Methods: A quantitative method was used. The questionnaire was distributed in five different departments of the University Rehabilitation Institute of the Republic of Slovenia. The first part consists of seven questions related to the use of assistive devices. The second part

includes six different aids and questions related to frequency of use, where they learned to use them, how they choose to use them and where they use them.

Results: Of the 75 questionnaires distributed, 51 were completed, representing a response rate of 68%. Of these, 38 were women and 13 were men. The average age was 37 years. They agreed that the use of positioning and transfer aids makes care easier for the patient and the nursing staff and that they increase the quality of care. The most commonly used aids are the transfer board and the room hoist.

Discussion and conclusions: A survey has shown that healthcare providers at the Soča University Rehabilitation Institute use assistive devices in their work. They decide to use them themselves, based on the patient's ability. It would be useful to extend the survey to other professional groups and to establish interprofessional cooperation.

Key words: lifting loads, working environment, patients

Uvod

Delovna okolja se po zahtevnosti in nevarnosti med seboj razlikujejo. Institucije, kot so bolnišnice in rehabilitacijski centri, veljajo za enega od delovnih okolij, kjer so zaposleni dnevno izpostavljeni nevarnostim za nastanek poškodb. Po statističnih podatkih so poškodbe pogoste zaradi ponavljajočih se gibov, kot so dvigovanje, seganje in prepogibanje (Kaylin 2016; Tang et al., 2020). Dolgoletno ponavljanje omenjenih gibov lahko privede do kronične bolečine v izpostavljenih telesnih strukturah (ramenski sklep, vratna in ledvena hrbtenica, kolenski sklep, zapestje), kar lahko privede do tega, da zaposleni predčasno zaključijo opraviljanje svojega poklica. Glavnina poškodb je torej povezanih z načinom, kako delamo s pacienti ob njihovem nameščanju in premeščanju (Noble & Sweeney, 2018).

Skrajševanje ležalne dobe in poudarek na čim hitrejši vertikalizaciji pomeni tudi delo s pacienti, ki so v večji fizični odvisnosti od zdravstvenega osebja. Nameščanje in premeščanje pacienta se razlikujeta glede na velikost telesa, njegove fizične sposobnosti, oškodovano kognitivno raven in s tem povezano njegovo sodelovanje. Zaradi nihanja zdravstvenega stanja se zahtevnost nameščanja in premeščanja pri pacientu dnevno razlikujeta (Noble & Sweeney, 2018).

Na tečajih in v času izobraževanja se zdravstveni delavci učijo pravilne biomehanike, katere načelo je, da pravilno nameščanje lastnega telesa in upoštevanje pravil dvigovanja zmanjša nevarnost za nastanek poškodb. Vendar se je v praksi pokazalo, da samo učenje pravilnega dvigovanja pri dolgoletnem delu ne prepreči poškodb. Mehanika telesa uči nevtralnega položaja, uporabo nožnih mišic in položaj telesa čim bližje telesu, ki se prestavlja. Vsa ta pravila lahko upoštevajo delavci, ki pri delu uporabljajo težje statične predmete, in ne zdravstveni delavci, ki delajo s pacienti (Noble & Sweeney, 2018). Pri obračanju in posedanju pacientov v postelji ali prek roba postelje mora zaposleni segati prek telesa. Pri tem ne more učinkovito uporabiti mišic nog. Velikokrat so zaradi opreme okoli postelje in majhnega prostora izpostavljeni nerodnim položajem. Obravnavati morajo paciente s prekomerno telesno težo, nemirne, v bolečinah in s poškodbami, kar pomeni, da je onemogočen prijem na ustreznih mestih (Schoenfisch et al., 2019).

Pozitivne izkušnje z nameščanjem, premeščanjem in dvigovanjem niso pomembne samo za zdravstveno osebje, ampak tudi za same paciente. Z varnim in učinkovitim delom pacient pridobi zaupanje v zdravstveno osebje ter zmanjša strah pred spreminjanjem položaja. Z uporabo pripomočkov se zmanjša možnost poškodb tako pri zaposlenih kot pri pacientih in poveča zadovoljstvo obeh. Kot navaja Tang (2020), se v primeru uporabe pripomočkov pri zaposlenih raven utrujenosti zmanjša konec delavnika. Pri pacientih zaradi nenapornega

spreminjanja položaja tekom dneva ostane več energije za sodelovanje v drugih terapevtskih programih ali za izvajanje ostalih osnovnih aktivnosti.

Na uporabo posameznega pripomočka posredno ali neposredno vplivajo osebnost posameznika, situacija, organizacija in okolje. Kot je bilo ugotovljeno v raziskavi, ki sta jo izvedla Noble in Sweeney (2017), ima velik vpliv na uporabnost pripomočkov tudi časovna omejitev. Z zmanjševanjem ali odpravo omenjenih ovir bi izvajalci zdravstvene nege pogosteje uporabljali pripomočke in s tem preprečili morebitne poškodbe ter povečali zadovoljstvo in zaupanje pacientov.

V literaturi se za pripomočke, ki omogočajo spreminjanje položaja in mesta pacienta, uporabljajo različni termini. Poimenujejo jih naprave za presedanje, pripomočki za presedanje ali oprema za presedanje (v nadaljevanju bo uporabljen izraz pripomočki za presedanje). Pod tem izrazom so vključeni prenosljivi pripomočki, ki omogočajo lažje premikanje pacientov z različnimi težavami pri presedanju z vozička, postelje, stola, avta, kadi ali stranišča. Razdelimo jih v tri skupine; pripomočki za samostojno presedanje, asistirano presedanje in odvisno presedanje (Ferry, 2023). V našo raziskavo so bili vključeni pripomočki iz vseh treh omenjenih skupin.

Pripomočki za samostojno presedanje so namenjeni pacientom, ki potrebujejo minimalno pomoč pri spreminjanju položaja med sedenjem in vstajanjem ali spreminjanjem položaja v postelji. Uporaba teh pripomočkov po navadi zahteva večjo mišično moč rok in nadzor strokovne osebe. Primeri teh pripomočkov v bolnišničnem okolju so stenski ročaji, različne izvedbe posteljnih in kopalniških ograjic ter držala (Ferry, 2023).

Pripomočki za asistirano presedanje so najprimernejši za paciente, ki potrebujejo nekaj pomoči zdravstvenega osebja. Ti pripomočki zahtevajo fizično zmogljivost pri posamezniku in medicinskem osebju, vendar ne zahtevajo tolikšne moči kot pri samostojnem presedanju. Deska za presedanje, telesni pasovi in »mover« so primeri asistiranega presedanja (Ferry, 2023).

Pri pacientih, ki so težje pomični ali popolnoma odvisni od izvajalcev zdravstvene nege pri presedanju, se uporabljajo pripomočki, pri katerih je potrebnih več oseb. Za spreminjanje položajev v postelji se uporabljajo podloge in zračne blazine. Pri presedanju se uporabljajo različna sobna in stropna dvigala (Ferry, 2023).

Namen prispevka je pridobiti informacije o uporabnosti pripomočkov med izvajalci zdravstvene nege in o tem, kakšno imajo splošno mnenje o njih. Cilji raziskave so ugotoviti, na kakšen način izvajalci zdravstvene nege izbirajo pripomočke, kje pridobivajo pomembno znanje za njihovo uporabo in kateri pripomoček je največkrat uporabljen.

Metode

Uporabljena je bila kvantitativna raziskovalna metoda. Kot merski instrument je bil uporabljen anketni vprašalnik, ki je bil pripravljen na osnovi pregleda literature avtorjev (Ozan & Duman, 2020; Schoenfisch et al., 2019) in ni bil vključen v pilotsko študijo. Razdeljen je na tri dele. Prvi del vprašalnika je vezan na demografske podatke (spol, starost) in vprašanja, vezana na zaposlitev (izobrazba, oddelek ter leta zaposlitve v zdravstveni negi in na inštitutu). Drugi del vprašalnika sestavlja sedem strukturiranih vprašanj, ki so vezana na uporabo medicinskih pripomočkov v zdravstveni negi. Tretji del vključuje pet vprašanj, vezanih na šest različnih pripomočkov za nameščanje, presedanje in dvigovanje (deska za presedanje, disk za presedanje, pas za presedanje, stenski ročaji, mover, sobno dvigalo).

Vprašalnik smo razdelili izvajalcem zdravstvene nege v obdobju od 29. 3. do 5. 4. 2023, ki pri svojem delu izvajajo nameščanje, premeščanje in dvigovanje pacientov ter imajo v ta namen možnost uporabe različnih pripomočkov.

Raziskava je potekala v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije Soča (URI Soča), in sicer na petih različnih oddelkih (Oddelek za rehabilitacijo pacientov po amputaciji, Oddelek za rehabilitacijo pacientov po poškodbah, s perifernimi živčnimi okvarami in z revmatološkimi obolenji, Oddelek za rehabilitacijo pacientov po nezgodni poškodbi možganov, z multiplo sklerozo in drugimi nevrološkimi obolenji, Oddelek za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi, Oddelek za rehabilitacijo pacientov z okvaro hrbtenjače). V raziskavo niso bili vključeni izvajalci zdravstvene nege, zaposleni na Oddelku za (re)habilitacijo otrok, kjer veliko premeščanj izvajajo starši, ter Oddelku za ambulantno rehabilitacijsko službo, kjer aktivnosti nameščanja, presedanja in dvigovanja pacientov ne izvajajo.

Podatke smo statistično obdelali s statističnim programom IBM SPSS Statistics 23 (IBM Corp., Armonk ZDA, 2015).

Za izvedbo raziskave dovoljenje etične komisije ni bilo potrebno, saj so se za sodelovanje v raziskavi izvajalci zdravstvene nege odločili prostovoljno. V katerikoli fazi raziskovanja so lahko odstopili od sodelovanja. Anketni vprašalnik je bil anonimen. Podatki so bili shranjeni v digitalni obliki, varovani z geslom. Dostop do njih sta imela dva izmed avtorjev članka.

Rezultati

Razdeljenih je bilo 75 vprašalnikov na petih različnih oddelkih. Na vsak oddelek je bilo razdeljenih po 15 vprašalnikov. V celoti je bilo izpolnjenih 51 (68 %) vprašalnikov.

Demografski podatki anketirancev so predstavljeni v tabeli 1.

		Število anketirancev
Spol	moški	13 (74,5 %)
	ženska	38 (25,5 %)
	skupaj	51 (100 %)
Stopnja izobrazbe	srednja medicinska sestra /tehnik	38 (79,2 %)
	diplomirana medicinska sestra	10 (20,8 %)
	Povprečje (leta)	Standardna deviacija
Starost	37,6	11,3
Zaposlitev v URI Soča	14,5	12,6
Zaposlitev v zdravstveni negi	15,6	11,6

Tabela 1: *Demografski podatki anketirancev*

Anketiranci se v večini (98,0 %) strinjajo, da uporaba pripomočkov za premeščanje, nameščanje in dvigovanje naredi zdravstveno nego lažjo tako za pacienta kot za izvajalce zdravstvene nege. Ne strinjajo se (90,2 %), da uporaba pripomočkov naredi aktivnosti premeščanja, presedanja in dvigovanja lažje samo za pacienta in težje za izvajalce zdravstvene nege. Anketirani se v celoti strinjajo (100,0 %), da uporaba pripomočkov poveča kakovost zdravstvene nege, in 7,8 % anketirancev se ne strinja, da pripomorejo k razvoju zdravstvene nege. Le 2 % anketiranih je mnenja, da jim pripomočki preprečijo možnost komunikacije in interakcije s pacientom ter se težko naučijo njihove uporabe. V 21 % so anketirani mnenja, da jim priprava in uporaba pripomočkov vzameta preveč časa.

Največkrat uporabljeni pripomoček je deska za presedanje, ki jo uporabljajo vsi anketiranci. Vsakodnevno jo uporablja 56,9 % anketirancev in v 68,4 % so se njene uporabe naučili od sodelavcev. V 37 % se jo uporablja pri presedanju iz postelje na invalidski voziček in nazaj. V 90 % se anketiranci sami odločajo za njeno uporabo glede na sposobnost pacienta.

Drugi najpogosteje uporabljeni pripomoček je sobno dvigalo, ki ga uporabljajo v 98 %. 46 % anketiranih ga uporablja vsakodnevno in tudi tega so se anketirani (68 %) naučili uporabljati od sodelavcev ali sami. Ravno tako kot desko ga najpogosteje uporabljajo za presedanje s postelje na invalidski voziček in obratno ter se v 75 % odločajo glede na pacientove sposobnosti in v 10 % glede na svoje znanje.

Pri presedanju v kopalnici so v 92,2 % uporabljeni stenski ročaji. 63 % anketiranih jih uporablja vsakodnevno. Večkrat jih uporabljajo pri presedanju na stranišče (55 %) kot pri presedanju na tuširni stol ali kad (38,8 %).

Pogosto uporabljen pripomoček je tudi »mover«, ki je uporabljen v 86,3 %. Tako kot pri ostalih pripomočkih so se anketirani njegove uporabe naučili od sodelavcev (74,5 %) in se za njegovo uporabo odločajo glede na pacientove sposobnosti (91,1 %). Za razliko od ostalih pripomočkov ta pripomoček izvajalci zdravstvene nege uporabljajo pri presedanju pacientov na invalidski voziček (29,2 %), stranišče (30 %), posteljo (30 %) tuširni stol/kad (9,1 %) in v avto (1,5 %). Zelo malo uporabljena pripomočka sta disk za presedanje (5,9 %) in pas za presedanje (2 %).

Razprava

V raziskavi smo ugotavljali mnenje in pogostost uporabe pripomočkov med izvajalci zdravstvene nege v URI Soča ter kako se odločajo o njihovi uporabi. Glede na sposobnost pacientov se v praksi uporabljajo različni pripomočki za nameščanje in premeščanje. Uporabo pripomočkov, povezanih z dvigovanjem in premeščanjem na delovnem mestu, določa tudi Pravilnik o zagotavljanju varnosti in zdravja pri ročnem premeščanju bremen (Uradni list RS, 56/99, 64/01). Breme za izvajalce zdravstvene nege predstavljajo pacienti, pri katerih ni mogoče v celoti upoštevati pravila za premeščanje bremen (Noble & Sweeney, 2017).

Glede na pridobljene podatke raziskave se izvajalci zdravstvene nege v URI Soča odločajo sami, kateri pripomoček bodo uporabili ter kdaj in pri kom ga bodo uporabili. Takšno ocenjevanje je individualno, kar je v rehabilitacijskem okolju še vedno najbolj uporabljeno (Loy et al., 2015). Tako lahko pri enem pacientu različne poklicne skupine ali znotraj iste poklicne skupine uporabljajo različne pripomočke, kar lahko privede do zmedenosti pacienta in zaposlenih. Prav tako lahko napačno izbrani pripomoček zavira napredek pri pridobivanju samostojnosti. Medpoklicno sodelovanje omogoča enotno izbiro pripomočkov za presedanje in nameščanje. V delovni terapiji se uporablja analiza aktivnosti za ocenjevanje pacientove sposobnosti, na podlagi katere se delovni terapevti odločijo o najustrežnejšem pripomočku in načinu presedanja za posameznega pacienta. Pridobljena ocena pacientove zmožnosti izvajalcem zdravstvene nege pomaga pri izbiri pripomočka. Izvajalci zdravstvene nege dnevno opazijo spremembe pri pacientih ob spreminjanju položaja in zmožnosti sodelovanja. Za vsakodnevno delo s pacienti je tako potreben dober prenos informacij med različnimi poklicnimi skupinami (Johnson, 2017), da se dnevno prilagajajo, spreminjajo in uporabijo prave pripomočke za presedanje in nameščanje.

V rehabilitacijskem okolju še vedno prevladuje individualno postavljanje ciljev po poklicnih skupinah, o katerih se poroča na skupnih – timskih sestankih. Nasprotje individualnemu postavljanju ciljev je medpoklicno postavljanje ciljev. To je proces, ki vključuje sodelovanje različnih poklicnih skupin ter sprejemanje skupnih odločitev o poteku rehabilitacije in postavljanju ciljev. Da se medpoklicno sodelovanje lahko vzpostavi, je treba spoznati vlogo

posameznih poklicnih skupin, kakšne so njihove naloge in odgovornosti (Loy et al., 2015). V praksi je opaziti, da določene poklicne skupine zaradi nerazumevanja in neznanja o drugi poklicni skupini ne znajo ali ne želijo sodelovati. Literatura kot enega glavnih razlogov navaja slabo komunikacijo med zaposlenimi. Izpostavljeno je bilo tudi, da izvajalci zdravstvene nege ne vedo, kako uporabiti ocenjevanje delovnega terapevta kot pomoč pri njihovem delu (Johnson, 2017). To je vidno že v praksi, ko se delovni terapevti vključujejo v dnevne aktivnosti na oddelkih. Način dela in pristopi do pacientov se razlikujejo, predvsem v količini pomoči in načinu, kako jim je pomoč nudena. Že od leta 2010 Svetovna zdravstvena organizacija spodbuja in daje smernice za medpoklicno sodelovanje. Meni, da lahko le tak način dela uspešno rešuje zahteve današnjega časa, zmanjša stroške in zviša kakovost dela s pacienti. Sodelovanje se vzpostavi, ko več poklicnih skupin razume, da samo ena ne zmore doseči rehabilitacijskega cilja (Johnson, 2017). Rehabilitacijski cilji se lahko postavljajo tedensko in se začnejo že z nameščanjem in premeščanjem pacienta ter z uporabo ustreznega pripomočka. Ta način bi zagotovil stalen prenos informacij o napredku pacienta in potrebni menjavi pripomočkov in metod dela.

Z raziskavo smo ugotovili, da na URI Soča anketirani redno uporabljajo pripomočke, vendar so se njihove uporabe naučili sami ali od sodelavcev. Učenje od sodelavca ali samostojno učenje lahko privede do nepravilne uporabe, ki lahko pomenijo nastanek poškodb pri zaposlenih in/ali pacientih. Rezultat nepravilne uporabe pripomočka za presedanje in nameščanje je slab položaj v postelji in na invalidskem vozičku. Zaradi neuspešne uporabe pripomočka lahko zaposleni opusti njegovo uporabo (Olorunfemi et al., 2020). Če je velika potreba po obravnavi pacientov in se zdravstveni delavci ne odločijo za uporabo pripomočkov, ki bi jim olajšala rokovanje, je opazen padec produktivnosti in zadovoljstva z opravljanjem poklica (Tang et al., 2020).

Splošno mnenje anketiranih v naši raziskavi je, da se uporabe pripomočkov ni težko naučiti. Obstajajo različni tečaji o pravilnem dvigovanju in premeščanju pacientov, pri katerih je tudi poudarek na pravilnem postavljanju sebe. V bolnišničnem okolju je izvajalcem zdravstvene nege v danih situacijah težko zagotoviti primeren položaj. Literatura navaja kot enega od uspešnih pristopov kombinacijo pravilne drže in uporabo pripomočkov. Poleg tega poudari pomen rednega izobraževanja izvajalcev zdravstvene nege (Laine, 2016). V Združenih državah Amerike želijo s preventivnimi programi v bolnišnicah doseči delo brez nepotrebne dvigovanja. Eden izmed uspešnejših programov je Safe Patient Handling and Mobility (SPHM). Uvršča se med preventivne programe za preprečevanje poškodb tako pri zaposlenih kot pri pacientih. Velik poudarek programa je na izobraževanju zaposlenih pri ocenjevanju mobilnosti pacientov ter pravilni izbiri in uporabi pripomočkov. Razvili so ocenjevalni test za oceno mobilnosti pacienta, ki se imenuje Bedside Mobility Assessment Tool (BMAT) (Laine, 2016). Podobni preventivni programi bi lahko olajšali delo izvajalcem zdravstvene nege in ostalim poklicnim skupinam, ki izvajajo nameščanje in premeščanje pacientov.

Raziskava je pokazala, da izvajalci zdravstvene nege dnevno uporabljajo pripomočke za nameščanje in presedanje ter imajo do njih pozitiven odnos. Pomanjkljivost raziskave je bila, da ni podala odgovora, ali so bili pripomočki pravilno izbrani glede na sposobnost pacienta. V raziskavo so bili vključeni samo izvajalci zdravstvene nege. Smiselno bi bilo raziskati uporabnost pripomočkov tudi pri drugih poklicnih skupinah in ugotoviti, na kakšen način se posamezna poklicna skupina odloča o izbiri pripomočka. Raziskava je podala odgovor, da so se anketiranci uporabe pripomočkov naučili sami ali od sodelavcev. Nismo pa dobili odgovora, ali so pripomočki pravilno in varno uporabljeni. Treba bi bilo ugotoviti, kakšne so spretnosti zaposlenih pri rokovanju s pripomočki. Ugotovljeno je bilo tudi, da se določene pripomočke uporablja samo v določenih okoljih. Deska se največkrat uporablja pri presedanju na invalidski voziček in posteljo. Manj jo uporabljajo pri presedanju na stranišče in v avto.

Redno izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege in drugih poklicnih skupin o uporabi pripomočkov v različnih okoljih ter izdelava standarda ali smernic za uporabo pripomočkov za vse poklicne skupine bi bilo nujno potrebno.

Zaključek

Raziskava je pokazala, da anketiranci pri svojem delu uporabljajo pripomočke in imajo do njihove uporabe pozitiven odnos. Odprla je veliko vprašanj glede njihove izbire, pravilne uporabe, ocene sposobnosti pacienta in prenosa informacij med poklicnimi skupinami. Ker je raziskava vključevala samo izvajalce zdravstvene nege v URI Soča, bi bilo smiselno vključiti tudi druge poklicne skupine, ki so vpletene v proces obravnave pri pacientu. Tako bi pridobili informacije, kateri so najbolj uporabljeni pripomočki tudi pri drugih poklicnih skupinah in kje so pridobili znanje za njihovo uporabo. Raziskava nas je spodbudila, da začnemo z medpoklicnim sodelovanjem pri izbiri pripomočkov v rehabilitacijskem okolju.

Literatura

Ferri B. Complete guide to patient transfer devices & how to use them. Dostopno na: <https://www.rehabmart.com/post/7-best-transfer-aids-how-to-use-them> (15. 5. 2023)

Johnson, CE. (2017). Understanding interprofessional collaboration: An essential skill for all practitioners.

Laine KC. Educating Nurses on the Use of the Bedside Mobility Assessment Tool (BMAT) to Create a Culture of Safety. 2016. Master s Project and Capstones. 348.

Loy B, Micheff H, Nguyen K, O'Brien V. Interprofessional Collaboration Between Occupational Therapists and Nurses in an Acute Care Setting: An Exploratory Study [Internet] [Master of Science in Occupational Therapy]. [San Rafael, California]: Dominican University of California; 2015. Dostopno na: <https://scholar.dominican.edu/masters-theses/133> (30. 5. 2023)

Noble NL. Barriers to the Use of Assistive Devices in Patient Handling; 2018; 66(1).

Noble NL, Sweeney NL. Barriers to the Use of Assistive Devices in Patient Handling. Workplace Health Saf; 2018; 66(1): 41–8.

Ozan YD, Duman M. Nurses' Perceptions Regarding the Use of Technological Devices in Nursing Care Practices. International Journal of Caring Sciences, 2020; 13(2): 901.

Olorunfemi O, Osunde N, Adam S. Assessing nurses' attitudes toward the use of modern technology to care for patients at Selected Public And Private Hospitals, Benin-City, Nigeria, 2020. Int Arch Helth Sci; 2020; 7(3): 143.

Pravilnik o zagotavljanju varnosti in zdravja pri ročnem premeščanju bremen. Uradni list RS, št. 56/99 in 64/01.

Schoenfisch AL, Kucera KL, Lipscomb HJ, McIlvaine J, Becherer L, James T, et al. (2019). Use of assistive devices to lift, transfer, and reposition hospital patients. *Nursing Research*, 68(1): 3–12.

Tang K, Diaz J, Lui O, Proulx L, Galle E, Packham T. Do active assist transfer devices improve transfer safety for patients and caregivers in hospital and community settings? A scoping review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*; 2020; 15(6): 614–24.

VARNA HOJA S PRIPOMOČKI: PREGLED LITERATURE

SAFE USE OF WALKING AIDS: REVIEW

Jan Pipan, dipl. fiziot. (VS)

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča, Ljubljana

Izvleček

Pacienti se zaradi bolezni, poškodb, operativnih posegov in fizioloških dejavnikov staranja pogosto soočajo z zmanjšano zmožnostjo hoje. Samostojnost pri hoji lahko pacientom z zmanjšano mišično zmogljivostjo, potrebo po razbremenjevanju spodnjih udov, bolečino in motnjami ravnotežja zagotovimo z uporabo pripomočka za hojo. V Sloveniji je zagotavljanje pripomočkov za hojo del oskrbe pacientov in je v osnovi krito z naslova zdravstvenega zavarovanja. Najpogosteje uporabljeni in predpisani pripomočki za hojo so podkomočne bergle, podpazdušne bergle, navadne in recipročne hodulje ter hodulje z dvema ali štirimi kolesi in sprehajalne palice. Za varno hojo s pripomočkom so pomembni izbira ustreznega pripomočka, pravilna nastavitev višine ročajev in prijema ter vadba pravilne hoje z izbranim pripomočkom v okviru fizioterapevtske obravnave. Izbira pripomočka temelji na pacientovih potrebah, mišični zmogljivosti, ravnotežju in razumevanju varne uporabe pripomočka. Napačna izbira, nepravilna uporaba in neustrezna nastavitev pripomočka lahko povečajo pacientovo tveganje za padec, zato je poznavanje pravilne in varne hoje s pripomočki pomembno za vse zdravstvene delavce. Namen prispevka je bil skozi pregled literature predstaviti najpogosteje uporabljene pripomočke za hojo in značilnosti njihove uporabe.

Ključne besede: pripomočki za hojo, bergle, hodulja, varnost, fizioterapija.

Abstract

Patients often face reduced walking ability due to illness, injury, surgeries and age-related physiological changes. We can ensure autonomy in walking by using a walking device for patients with reduced muscle strength, with reduced weight-bearing of the lower limbs and patients with pain and balance disorders. In Slovenia, the provision of walking aids is part of the care of patients and is covered by health insurance. The most commonly used and prescribed walking aids are the forearm crutches, axillary crutches, standard walkers, front-wheeled walkers, four-wheeled walkers and canes. For safe walking with the device, it is essential to choose the appropriate device, adjust the height of the handles and grips, and provide gait training with the selected aid as a part of physiotherapy programme. The choice of device is based on the patient's needs, muscle strength, balance and understanding of the safe use of the device. Incorrect selection, incorrect use and inappropriate device setting can increase the patient's risk of falling, so knowing the correct and safe walking with the devices are essential for all healthcare professionals. Our aim was to present the most frequently used walking aids and the characteristics of their use through literature review.

Key words: walking aids, crutches, walkers, safety, physiotherapy

Uvod

Samostojna in varna hoja je pomembna za gibanje v bivalnem okolju. Prav tako omogoča samostojno in varno opravljanje vsakodnevnih in drugih kompleksnejših dejavnosti. Različne bolezni, okvare in poškodbe lahko povzročijo zmanjšano zmožnost hoje ali pa pacientu to zmožnost povsem odvzamejo. Zmanjšana zmožnost varne in samostojne hoje je pogosto povezana tudi s fiziološkimi dejavniki staranja, kot so izguba mišične mase, zmanjšana gibljivost sklepov, slabše delovanje čutil in degenerativne spremembe živčevja. Slabša premičnost pri pacientih po različnih boleznih in okvarah fizioterapevtom in drugim članom rehabilitacijskega tima predstavlja svojevrsten izziv, saj je treba pacienta pred vračanjem v domače okolje ustrezno usposobiti za varno in samostojno gibanje in izvajanje vsakodnevnih dejavnosti. Za pacienta po bolezni, poškodbi ali dolgotrajnem ležanju sta ključnega pomena čimprejšnje postavljanje v pokončni položaj in začetek vadbe hoje. Ustrezen pripomoček za hojo lahko v tej fazi pacientu nudi ustrezno oporo in varnost, s tem pa tudi funkcijsko samostojnost (Frizera Neto et al., 2014; Sehgal et al., 2021).

Pri pacientu se pojavi potreba po uporabi pripomočka za hojo zaradi bolečine, oslabelosti mišic, nepravilnosti v delovanju mišično-skeletnega sistema, potrebe po razbremenjevanju enega od spodnjih udov ali motenj ravnotežja (Frizera Neto et al., 2014; Puh, 2019). Pacientu se lahko predpiše ali svetuje uporaba pripomočka za povečanje podporne ploskve, izboljšanje ravnotežja, razbremenitev enega ali obeh spodnjih udov ter podporo v primeru poškodbe ali zmanjšane mišične zmogljivosti. Glavni cilji uporabe pripomočkov za hojo so povečanje pacientove samostojnosti pri gibanju, preprečevanje dodatnega upada funkcijskih zmožnosti, ohranjanje splošne vzdržljivosti, izboljšanje pacientove varnosti pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti ter zmanjšanje pacientove odvisnosti od pomoči negovalnega osebja, svojcev in drugih oskrbovalcev (Bateni & Maki, 2005; Faruqui & Jaebon, 2010).

Namen prispevka je bil skozi pregled strokovne in znanstvene literature predstaviti najpogosteje uporabljene in predpisane pripomočke za hojo v času rehabilitacije ter predstaviti osnovne značilnosti njihove uporabe za pacienta, ki za hojo potrebuje pripomoček.

Metode dela

Izveden je bil pregled literature. Pregledne znanstvene članke, strokovne prispevke in poglavja iz strokovnih monografij smo pridobili s pomočjo spletnega iskalnika Google Učenjak in prek Kooperativnega online bibliografskega sistema COBISS (za rezultate v slovenskem jeziku) ter z uporabo ključnih besed v naprednem načinu iskanja v podatkovni zbirki PubMed. Za iskanje smo uporabili ključne besede in besedne zveze v angleškem jeziku: walking aids, walking frame, rollator, crutch, assistive devices in ambulatory devices. Vključili smo literaturo v slovenskem in angleškem jeziku. Izbrano literaturo smo pregledali in analizirali glede na namen prispevka.

Rezultati

V pregled smo vključili raziskovalne in pregledne članke o uporabi pripomočkov za hojo pri pacientih v času rehabilitacije in v domačem okolju. Izsledki pregleda literature so predstavljeni glede na vrsto pripomočka za hojo ter način izbire in pravilne uporabe posameznega predstavljenega pripomočka.

Izbira in predpisovanje ustreznega pripomočka za hojo

Izbira ustreznega pripomočka za hojo mora temeljiti na pacientovih gibalnih zmožnostih in vrsti bolezni ali okvar in z njimi povezanih potreb. Pri izbiri pripomočka je zelo pomembna tudi pacientova zmožnost razumevanja pravilne in varne uporabe pripomočka. Hoja s pripomočkom od pacienta zahteva povečano pozornost in izvajanje dodatnih gibalnih nalog, prilagajanje gibanja v prostoru lastnostim pripomočka. Predstavlja lahko tudi dodatno obremenitev mišic in sklepov zgornjih udov in od pacienta zahteva prilagajanje strategij ohranjanja ravnotežja. Zato je ključnega pomena, da je pacient pred samostojno uporabo pripomočka deležen ustrezne vadbe hoje s pripomočkom pod nadzorom fizioterapevta, kar pa je v praksi zunaj rehabilitacijskih ustanov pogosto težko izvedljivo (Bradley & Hernandez, 2011; Frizzera Neto et al., 2014; Ebrahim, 2007; Gooberman-Hill et al., 2021).

V Sloveniji je predpisovanje ustreznega pripomočka za hojo in tudi ostalih medicinsko-tehničnih pripomočkov del oskrbe pacientov ter je za standardne pripomočke v celoti krito iz naslova zdravstvenega zavarovanja. Naročilnico za pripomoček za hojo lahko za osnovne in najpogosteje uporabljene pripomočke pacientu izda osebni zdravnik ali zdravnik specialist. Vsi pripomočki za hojo, ki jih je pacientu mogoče predpisati, so navedeni v Seznamu medicinskih pripomočkov s šifrantom, medicinskimi kriteriji, pooblastili, postopki in cenovnimi standardi. Pripomočki za hojo se lahko pacientom izdajo v trajno last (npr. bergle) ali pa v izposajo (npr. hodulja). Pacient ima lahko naenkrat predpisan po en pripomoček za hojo (Masten Cuznar, 2018; Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2023). Pacienti in svojci pripomočke za hojo pogosto kupijo tudi sami, saj so ti na voljo v prosti prodaji tudi zunaj specializiranih prodajaln z medicinsko-tehničnimi pripomočki.

Vrste pripomočkov za hojo

Najpogosteje uporabljeni in predpisani pripomočki za hojo so sprehajalne palice, bergle in hodulje. Na voljo je več različnih tipov bergel in hodulj, pri pacientu pa se odločimo za tisti pripomoček, ki mu pri hoji nudi največ varnosti in mu hkrati omogoča največ samostojnosti v ožjem in širšem bivalnem okolju (Sehgal et al., 2021).

Sprehajalne palice si starejši ob pojavu bolečin v spodnjih udih ali ob težavah z ravnotežjem pogosto kupijo in začnejo uporabljati sami. Sprehajalna palica ob pravilni uporabi poveča podporno ploskev, deloma razbremeni spodnje ude in nudi dodaten senzorni priliv. Pacienti jo uporabljajo za zmanjšanje bolečine in razbremenitev bolečega spodnjega uda, izboljšanje ravnotežja, oporo pri oslabelosti mišic in občutek varnosti pri hoji na daljše razdalje (Bradley & Hernandez, 2011). Sprehajalno palico mora pacient vedno uporabljati na nasprotni strani od bolečega spodnjega uda. Ročaj pravilno nastavljene sprehajalne palice sega do višine uporabnikovega velikega trohantra. Glavne slabosti sprehajalnih palic so, da v primerjavi s hoduljami in berglami nudijo manj opore, ob nepravilni nastavitvi višine pa lahko povzročajo dodatne bolečine. Niso primeren pripomoček za paciente s hujšimi gibalnimi težavami in paciente v zgodnji fazi rehabilitacije po operativnih posegih in poškodbah. Za uporabnike s specifičnimi potrebami so na voljo tudi sprehajalne palice s tri- ali štiritočkovno oporo, ki nudijo več opore (slika 1) (Uustal & Baerga, 2020).



Slika 1: Sprehajalna palica (foto: Pipan, 2023)

Bergle omogočajo pacientu razbremenjevanje spodnjih udov tudi do popolnega razbremenjevanja enega od spodnjih udov. Zaradi stika dveh točk s podlago dodatno povečajo podporno ploskev. Za uporabo mora imeti pacient ohranjeno gibljivost sklepov, mišično zmogljivost zgornjih udov in stabilnost trupa, hoja z berglami pa zahteva tudi ustrezno splošno vzdržljivost in je lahko za starejše paciente utrudljiva (Uustal & Baerga, 2020). Bergle so najprimernejši pripomoček za hojo po stopnicah. Pacientom se najpogosteje predpisujejo podkomolčne bergle (slika 2, levo), ki so lahke, enostavno nastavljive, prilagodljive in tudi cenovno najdostopnejše. Višina bergel se prilagodi tako, da ročaj bergle sega do višine uporabnikovega zapestja, zgornji rob podlaktne opore pa nastavimo 3,5–4 cm pod višino komolca (olecranon). Z berglami je mogoče hoditi na več različnih načinov, najprimernejšega glede na pacientove potrebe izbere fizioterapevt in s pacientom vadi pravilno izvedbo. Poznamo 2-, 3- in 4-taktno hojo z berglami (Van Hook et al., 2003).



Slika 2: Podkomolčne in podpazdušne bergle (Foto: Pipan, 2023)

Ko je pri pacientu prisotna potreba po istočasnem razbremenjevanju spodnjega in zgornjega uda ali ko ima pacient oslabele ali drugače okvarjene roke, se odločimo za uporabo podpazdušnih bergel (slika 2, desno). Višino nastavimo tako, da je zgornja opora 3–4 prste pod pazduho, spodnja pa v višini stiloidnega odrastka ulne. Uporaba podpazdušnih bergel je za paciente lahko zahtevna in naporna, pri dolgotrajni uporabi lahko povzroča bolečine v predelu pazduhe (Bradley & Hernandez, 2011).

Hodulje nudijo največjo podporno ploskev ter trdno in stabilno oporo pacientom, ki imajo težave z ravnotežjem, zmanjšano mišično zmogljivostjo ali potrebo po razbremenjevanju spodnjega uda (Bradley & Hernandez, 2011). Za varno hojo s hoduljo potrebuje pacient ohranjeno mišično zmogljivost zgornjih udov, saj se lahko prek zgornjih udov na hoduljo prenaša visok delež telesne teže. Za varno hojo s hoduljo so lahko potrebne prilagoditve bivalnega okolja, ker pacient pri hoji in obračanju s hoduljo potrebuje več prostora. Navadne in recipročne hodulje (slika 3, levo) imajo štiri po višini nastavljive noge z gumiranimi čepki in nudijo stabilno oporo tudi pacientom s slabšim ravnotežjem. Pri hoji je treba celo hoduljo dvigovati in prestavljati, kar pacientovo hojo upočasnjuje, saj omogoča samo vzorec hoje z dostopanjem. Hodulja z dvema kolesoma spredaj (slika 3, sredina) nudi nekoliko manj trdno oporo od navadne, vendar omogoča hojo s pravilnejšim vzorcem hoje. Pacient lahko s tako hoduljo v skladu s svojimi zmoglostmi hodi tudi nekoliko hitreje. Hodulja je prav tako primerna za paciente, ki imajo težave z dvigovanjem in prestavljanjem navadne hodulje (Uustal & Baerga, 2020). Pri pacientih, ki so funkcijsko bolj zmogljivi in pri katerih ni prisotne potrebe po razbremenjevanju, se pogosto odločamo za uporabo hodulje s kolesi in ročnimi zavorami oziroma rolatorja (slika 3, desno). Tovrstne hodulje so običajno opremljene s sedežem, pogosto tudi s košaro, in so zato posebej priljubljene med starejšimi, saj omogočajo boljše gibanje na prostem. Hodulja omogoča večjo hitrost hoje in je zato neprimerna za paciente z resnejšimi motnjami ravnotežja in za paciente s kognitivnimi motnjami, saj je za varno uporabo treba razumeti uporabo vgrajenih zavor pri sedanju in vstajanju. Zaradi lastnosti hodulje je ključnega pomena ustrezna edukacija pacienta o varni uporabi. Zaradi vgrajenega sedeža je hodulja posebej primerna za paciente, ki med hojo potrebujejo vmesne počitke, in za paciente, ki pripomoček za hojo potrebujejo samo pri hoji na daljše razdalje (Sehgal et al., 2021).



Slika 3: Recipročna hodulja, hodulja z dvema kolesoma spredaj in hodulja s kolesi – rolator (Foto: Pipan, 2023)

Izbira in nastavitev ustreznega pripomočka

Za pacientovo varnost in doseganje čim višje stopnje funkcijske samostojnosti je ključnega pomena ustrezna izbira pripomočka za hojo. Izbira temelji na pacientovi mišični zmogljivosti, vzdržljivosti, razumevanju, zmožnosti ohranjanja ravnotežja in specifičnih zahtevah bivalnega okolja (Sehgal et al., 2021). Praviloma se pri starejših pacientih, kjer je prisotna potreba po razbremenjevanju spodnjega uda, odločamo za navadno hoduljo, pri mlajših pacientih in pacientih z dobro mišično zmogljivostjo trupa in zgornjega uda pa za podkomolčne bergle. Če je treba spodnje ude razbremenjevati le deloma ali samo občasno, se lahko odločimo za hoduljo z dvema sprednjima kolesoma ali bergle. Za hoduljo s kolesi in ročnimi zavorami se odločimo, ko želimo pacientu omogočiti tudi gibanje v zunanem bivalnem okolju in pacient dosega vse kriterije za uporabo takega pripomočka (Bradley & Hernandez, 2011). Pri vseh pripomočkih je ključnega pomena pravilna nastavitev višine ročajev in prijemal, ker le pravilno nastavljen pripomoček nudi potrebno varnost, hkrati pa v najmanjši možni meri negativno vpliva na sklepe in mišice zgornjega uda ter na hrbtenico zaradi povečane obremenitve (Uustal & Baerga, 2020).

Za pacienta je ključnega pomena, da je deležen skrbne edukacije hoje z uporabo izbranega pripomočka. Fizioterapevt pacienta nauči pravilne uporabe in ga, če okoliščine to omogočajo, pri hoji še nekaj časa spremlja in nadzoruje, ter po potrebi z dodatnimi navodili še popravlja vzorec hoje, držo in pravilno rabo pripomočka (Sehgal et al., 2021). Pomembno je tudi, da so vsi zdravstveni delavci, ki so s pacientom redno v stiku, seznanjeni s pravilno hojo s pripomočki in lahko pacienta ustrezno vodijo ob nepravilni uporabi ali ga po potrebi ob spremembi funkcijskega stanja ponovno usmerijo k fizioterapevtu, da mu lahko izbere drug, ustrežnejši pripomoček (Uustal & Baerga, 2020). Ko ocenjujemo, da pacientova hoja z nobenim od pripomočkov ni varna in da je kljub vsem prilagoditvam ogrožen za padeč, je treba pacientu in odgovornemu zdravniku priporočiti, da se pacientu za gibanje predpiše invalidski voziček (Van Hook et al., 2003).

Pri pregledu literature smo se osredotočili na klinično najpogosteje uporabljene in standardne pripomočke za hojo, ker tovrstne pripomočke pacienti najpogosteje uporabljajo v času rehabilitacije in pozneje v domačem in širšem bivalnem okolju. Pri izboru pripomočkov, ki smo jih vključili v pregled, smo se opirali tudi na lastne klinične izkušnje. V večini preglednih člankov (Bradley & Hernandez, 2011; Sehgal et al., 2021; Puh, 2019), ki smo jih uporabili za pripravo prispevka, avtorji predstavljajo in analizirajo enak ali zelo podoben nabor pripomočkov. V našem pregledu smo se v poglavju o izbiri ustreznega pripomočka, podobno kot v nekaterih drugih virih (Bradley & Hernandez, 2011; Sehgal et al., 2021), osredotočali le na pacientove potrebe pri hoji, ne pa na specifične značilnosti različnih diagnoz. Lastnosti in indikacije za izbiro posameznih pripomočkov se med različnimi viri tudi v večjem deležu ujemajo ali med seboj ustrezno dopolnjujejo, skladajo pa se tudi z našimi praktičnimi izkušnjami glede izbire ustreznega pripomočka. Omejitev našega pregleda literature je v manjšem številu vključenih virov. Za sistematični pregled področja bi bilo treba vključiti tudi prispevke, ki se ukvarjajo z uporabo pripomočkov za hojo pri pacientih z različnimi diagnozami, in prispevke, ki se ukvarjajo s statistiko uporabe in varnostjo hoje s predpisanimi pripomočki po odpustu v domače okolje.

Zaključek

Skozi pregled literature ugotavljamo značilnosti in možnosti uporabe pripomočkov za hojo, kot so sprehajalne palice, bergle in različni modeli hodulj. Izbira pripomočka temelji na pacientovih potrebah, mišični zmogljivosti zgornjih udov in trupa, ravnotežju in razumevanju

varne uporabe pripomočka. Za samostojno hojo so najpogosteje uporabljeni pripomočki podkomolčne bergle, podpazdušne bergle, navadne in recipročne hodulje, hodulje z dvema ali štirimi kolesi in sprehajalne palice. Za varno hojo s pripomočkom so pomembni izbira ustreznega pripomočka, pravilna nastavitve višine ročajev in prijemal ter skrbno izvedena vadba hoje z izbranim pripomočkom v sklopu fizioterapevtske obravnave. V Sloveniji je zagotavljanje pripomočkov za hojo del oskrbe pacientov in je za standardne pripomočke v celoti krito iz naslova zdravstvenega zavarovanja. Pripomočke za hojo lahko pacientom po lastni presoji ali po predlogu fizioterapevta predpiše osebni zdravnik ali zdravnik specialist. Ob nepravilni uporabi, napačni nastavitvi, neprepoznani spremembi funkcijskega stanja in stopnjevanju kognitivnega upada lahko pripomoček za hojo predstavlja za pacienta dodatno oviro za varno hojo ali celo poveča tveganje za padec, zato je poznavanje hoje s pripomočki pomembno za vse zdravstvene delavce.

Literatura

Bateni H, Maki BE. Assistive devices for balance and mobility: benefits, demands, and adverse consequences. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005; 86(1): 134–145.

Bradley SM, Hernandez CR. Geriatric assistive devices. *Am Fam Physician.* 2011; 84(4): 405–411.

Faruqi SR, Jaebon T. Ambulatory assistive devices in orthopaedics: uses and modifications. *J Am Acad Orthop Surg.* 2010; 18(1): 41–50.

Frizera-Neto A, Elias-Neto A, Cifuentes C, Valadao C, Scheneider-Junior V, et al. Walkers. In: Bastos-Filho TF, Kumar D, Poosapadi Arjunan S, eds. *Devices for Mobility and Manipulation for People with Reduced Abilities*. Boca Raton: CRC Press Taylor & Francis Group; 2014: 123–127.

Gooberman-Hill R, Ebrahim S. Making decisions about simple interventions: older people's use of walking aids. *Age Ageing.* 2007; 36(5): 569–573.

Masten Cuznar O. Predpisovanje medicinskih pripomočkov. 2018. Dostopno na: https://www.mf.unilj.si/application/files/2315/3860/3452/4_Masten.pdf (30. 6. 2023).

Puh U. Pripomočki za hojo: pogostost in učinki uporabe pri ljudeh s telesnimi okvarami – pregled literature = Walking aids. V: Vol 18. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča; 2019: 159–167.

Sehgal M, Jacobs J, Biggs WS. Mobility Assistive Device Use in Older Adults. *Am Fam Physician.* 2021; 103(12): 737–744.

Uustal H, Baerga E. Prosthetics and Orthotics. In: Lee J, Cuccurullo SJ, Bagay L. *Physical Medicine and Rehabilitation Board Review*. Fourth ed. New York: Demos Medical an imprint of Springer Publishing; 2020: 505–507.

Van Hook FW, Demonbreun D, Weiss BD. Ambulatory devices for chronic gait disorders in the elderly. *Am Fam Physician.* 2003; 67(8): 1717–1724.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Predpisovanje medicinskih pripomočkov. 2023. Dostopno na:

https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/medicinski_pripomocki/predpisovanje/predpisovanj_e (30. 6. 2023).

PROGRAM SVIT – DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAM ZA ZGODNJE ODKRIVANJE PREDRAKAVIH IN RAKAVIH SPREMEMB DEBELEGA ČREVEESA IN DANKE

THE SVIT PROGRAM – A NATIONAL SCREENING PROGRAM FOR EARLY DETECTION OF PRECANCEROUS AND CANCEROUS CHANGES IN THE COLON AND RECTUM

Milan Stojanović, dr. med., specialist javnega zdravja,
Nacionalni inštitut za javno zdravje – Območna enota Maribor

Izvleček

Rak je v Sloveniji veliko breme. Tako po obolevnosti kot po umrljivosti za rakom Slovenija izstopa nad povprečjem Evropske unije. K sreči nekatere vrste raka lahko odkrijemo v zgodnji fazi, ko je zdravljenje uspešnejše in same posledice bolezni manjše. Mednje sodi rak debelega črevesa in danke, ki ga s postopkom presejanja odkrivamo v državnem programu za zgodnje odkrivanje predrakavih in rakavih sprememb debelega črevesa in danke – Programu Svit. Program deluje tako, da pri zdravih asimptomatskih osebah v starosti od 50 do 74 let vsaki dve leti ugotavlja morebitno prikrito krvavitev v blatu, ki bi lahko pomenila prisotnost predrakavih ali rakavih sprememb. Namen prispevka je spodbuditi redno udeležbo ciljne populacije v programu in tako zmanjšati breme raka debelega črevesa in danke.

Ključne besede: rak debelega črevesa in danke, presejanje.

Abstract

Cancer is a huge burden in Slovenia. Both in terms of morbidity and mortality from cancer, Slovenia stands out above the European Union average. Fortunately, some types of cancer can be detected at an early stage, the treatment of which is more successful and the consequences of the disease are less. Among them is colon and rectum cancer, which discovers after screening in the state program for the early detection of precancerous and cancerous changes of the colon and rectum - Program Svit. The program works in such a way that, in healthy asymptomatic persons between the ages of 50 and 74, every two years it detects any hidden bleeding in the stool, which could mean the presence of precancerous or cancerous changes. The purpose of the contribution is to encourage the regular participation of the target population in the program and thus reduce the burden of colon and rectal cancer.

Key words: colon and rectal cancer, screening

Uvod

Rak je v Sloveniji velik zdravstveni, socialni in ekonomski problem. Po najnovejših podatkih Slovenija spada med evropske države z najvišjim bremenom rakavih bolezni, in sicer je na visokem 6. mestu zaradi umrljivosti in na 7. mestu glede obolevnosti za rakom med vsemi državami članicami Evropske unije (ECIS, 2020). Po najnovejših podatkih Registra raka

Republike Slovenije je leta 2019 za rakom zbolelo 16.080 prebivalcev Slovenije, 8.395 moških in 7.685 žensk; umrlo jih je 6.285, od tega 3.521 moških in 2.764 žensk. V splošnem se groba incidenčna in umrljivostna stopnja raka večata. Več kot polovico tega povečanja gre pripisati staranju prebivalstva, saj ima z daljšo življenjsko dobo tudi več ljudi možnost dočakati to bolezen. Med petimi vrstami raka, ki nas najbolj ogrožajo, so kožni (nemelanomski) rak, rak prostate, rak dojke, pljučni rak in rak debelega črevesa in danke (DPOR, 2013).

Vendar pa je spodbudno to, da nekatere vrste raka znamo in zmoremo preprečevati. Mednje spada rak debelega črevesa in danke, katerega zgodnje spremembe odkrivamo s postopkom presejanja v državnem programu za zgodnje odkrivanje predrakavih in rakavih sprememb debelega črevesa in danke – Programu Svit.

Namen prispevka je zvišati udeležbo ciljne populacije v programu, s čimer lahko bistveno omilimo pojavnost in posledice raka debelega črevesa in danke ter tako pripomoremo k boljšemu lastnemu zdravju ter tudi k vzdržnosti in racionalizaciji stroškov zdravstvene blagajne.

Presejanje

Presejanje (angl. screening) spada v raven sekundarne preventive in je opredeljeno kot množično preiskovanje navidezno zdravih ljudi z namenom, da bi pri njih odkrili morebitno prisotnost zgodnje oblike bolezni (v predkliničnem obdobju) in jo začeli pravočasno zdraviti. Za izvajanje presejalnega programa je potrebno, da ta zadosti določenim kriterijem: zdravstveno stanje, za katero se preseja, mora biti pomemben zdravstveni problem, za to stanje mora obstajati ustrezna oblika diagnosticiranja in zdravljenja, obstajati morata predklinično obdobje bolezni in ustrezen presejalni test, odkrivanje primerov mora biti stalna aktivnost in ne enkratno dejanje, in ne nazadnje, skupni stroški izvajanja presejalnega programa morajo biti ekonomsko upravičeni (Zaletel - Kragelj et al., 2011).

Začetek delovanja in organizacija Programa Svit

Visoka obolevnost in umrljivost za rakom debelega črevesa in danke v Sloveniji ter prevladujoče odkrivanje bolezni v napredovali obliki sta predstavljala velik javnozdravstveni problem, ki je zahteval systemske ukrepe in reševanje na nacionalni ravni. Zato je z namenom pravočasnega oziroma zgodnjega odkrivanja tovrstnih predrakavih in rakavih sprememb z začetkom presejanja na državni ravni leta 2009 začel delovati Program Svit. Nosilec programa je Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Delo na nacionalni ravni je organizirano v okviru Centra za zgodnje odkrivanje raka (CZOR) s tesnim sodelovanjem z območnimi enotami. V izvajanje Programa Svit so vključeni tudi izvajalci zdravstvenih storitev po vsej Sloveniji, in sicer patologi, kolonoskopisti, izbrani osebni zdravniki in njihovi zdravstveni timi ter zdravstveni delavci, ki izvajajo svetovanje na Svitovih kontaktnih točkah (slika 1).



Slika 1: *Organigram Programa Svit (Program Svit, 2023)*

Program Svit vključuje moške in ženske v starosti od 50 do 74 let, ki so v program vabljeni po vnaprej določenem načrtu v obdobju dveh let. Sodelovanje v Programu Svit je za tiste prebivalce Slovenije, ki so v ciljni populaciji in imajo urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje, brezplačno, saj stroške programa nosi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Program Svit uporablja imunokemični test na prikrito krvavitev v blatu, ki s prostim očesom ni vidna. Če je oseba v ciljni populaciji, bo na dom prejela vabilo v Program Svit in izjavo o prostovoljnem sodelovanju. V primeru soglašanja s sodelovanjem bo dobila komplet dveh vzorcev za odvzem blata. Po opravljenem odvzemu bodo nadaljnji koraki odvisni od rezultatov. Če je izvid negativen, bo oseba v Program Svit ponovno vabljena čez dve leti od poslanega vabila v prejšnjem presejalnem krogu. Če pa je izvid pozitiven, bo napotena na kolonoskopijo, kjer bo zdravnik specialist ugotovil vzrok krvavitve.

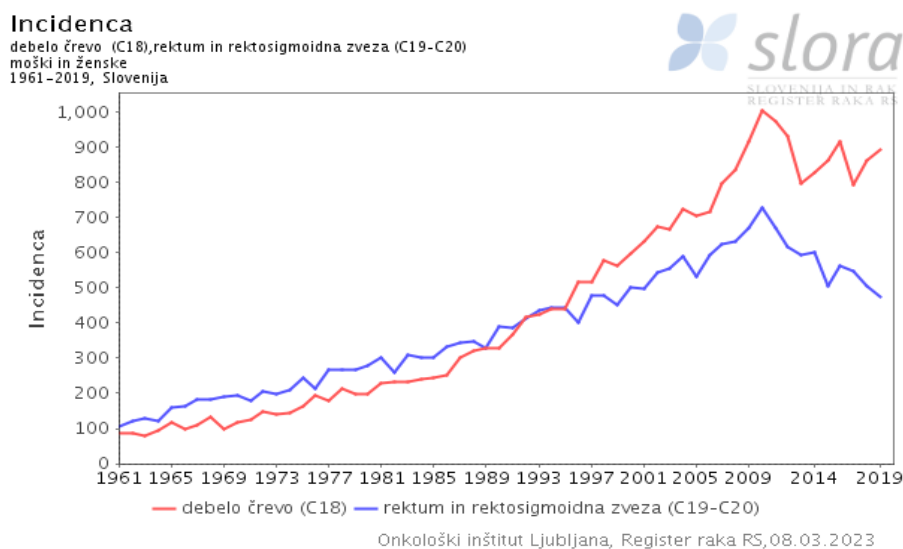
Kolonoskopija je najzanesljivejša diagnostično-terapevtska metoda, s katero se lahko odkrijejo bolezenske spremembe na debelem črevesu in danki. Predstavlja endoskopsko preiskavo celotnega debelega črevesa s kolonoskopom – upogljivo cevjo, sestavljeno iz številnih optičnih vlaken, po katerih se slika črevesne notranjosti prenaša na zaslon, kar zdravniku omogoča pregled sluznice celotnega debelega črevesa in danke (slika 2). Če zdravnik gastroenterolog med kolonoskopijo odkrije črevesne polipe, jih lahko s pomočjo endoskopa tudi odstrani. Zdravnik lahko med preiskavo vzame delček tkiva za nadaljnjo preiskavo – opravi biopsijo, kar še ne pomeni raka – pomeni le, da želi preveriti, za kakšno tkivo gre. Odvzeto tkivo nato pregleda zdravnik patolog in pripravi izvid, na podlagi katerega se odloči o nadaljnji obravnavi (Program Svit, 2023).



Slika 2: *Kolonoskopija (Program Svit, 2023)*

Po najnovjših podatkih Programa Svit iz leta 2022 je odzivnost v program znašala 63,43 %. Pozitiven izvid hematesta je imelo 5,38 % vabljenih oseb ter je bilo ugotovljenih 173 primerov raka in 5.157 adenomov (Program Svit, 2023).

Letno za rakom debelega črevesa in danke zbolijo okrog 1.400 ljudi, približno polovica od teh jih umre (SLORA.SI, 2023). Vendar pa od uvedbe Programa Svit v Registru raka beležijo občuten padec novih primerov raka debelega črevesa in danke, kar je eden pomembnih dosežkov programa (slika 3).



Slika 3: Prikaz trenda pojavnosti novih primerov raka debelega črevesa in danke (OI Ljubljana; Register raka Republike Slovenije, 2023)

Zaključek

Program Svit je dokazano učinkovit in prepoznaven program. Osnovni predpogoj za uspešno izvajanje vsakega presejalnega programa je zadostna udeležba ciljne populacije. Čeprav smo z doseženim rezultatom zadovoljni, ostaja naš cilj, da se vanj dejavno in aktivno vključi vsaj 70 % povabljenih. Zato je treba pri zelo velikem deležu prebivalstva doseči povsem novo ravnanje, spremembo miselnosti, veliko stopnjo zaupanja in tudi odgovornosti tako do lastnega zdravja kot do zdravja družbe kot celote. Ne nazadnje z zmanjševanjem stroškov zdravstvene oskrbe lahko tudi bistveno izboljšamo zdravljenje nekaterih drugih rakavih bolezni, za katere, žal, ni mogoče uvesti presejanja.

Literatura

Državni program obvladovanja raka. Breme raka v Sloveniji. Dostopno na: <https://www.dpqr.si/o-raku/breme-raka-v-sloveniji/> (8. 3. 2023).

ECIS. European Cancer Information System. Estimates of cancer incidence and mortality in 2020, for all countries. Dostopno na: [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-0%1-All%2-All%4-1,2%3-0%6-0,85%5-2020,2020%7-8%CEstByCountry%\\$X0_8-3%\\$X0_19-AE27%\\$X0_20-No%CEstBySexByCountry%\\$X1_8-3%\\$X1_19-AE27%\\$X1_-1-1%CEstByIndiByCountry%\\$X2_8-](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-0%1-All%2-All%4-1,2%3-0%6-0,85%5-2020,2020%7-8%CEstByCountry%$X0_8-3%$X0_19-AE27%$X0_20-No%CEstBySexByCountry%$X1_8-3%$X1_19-AE27%$X1_-1-1%CEstByIndiByCountry%$X2_8-)

3\$X2 19-AE27\$X2 20-No\$CEstRelative\$X3 8-3\$X3 9-AE27\$X3 19-AE27\$CEstByCountryTable\$X4 19-AE27 (8. 3. 2023).

Program Svit. O kolonoskopiji. Dostopno na: <https://www.program-svit.si/za-uporabnike/kolonoskopija/o-kolonoskopiji/> (8. 3. 2023).

Program Svit. Poročila o izvajanju programa. Dostopno na: <https://www.program-svit.si/za-uporabnike/o-nas/#porocila-o-izvajanju-programa> (8. 3. 2023).

SLORA.SI: Register raka Republike Slovenije. Dostopno na: <http://www.slora.si/stevilo-umrljih> (8. 3. 2023).

Zaletel - Kragelj, L., Eržen, I. in Premik, M. (2011). Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Medicinska fakulteta; Katedra za javno zdravje.

BOLNIŠNIČNE OKUŽBE IN USTREZNA ZAŠČITA

Irena Zupančič, dipl. m. s.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča, Ljubljana

E-naslov: irena.zupancic@ir-rs.si

Izvleček

Okužba, povezana z zdravstvom, oziroma bolnišnična okužba je okužba, ki jo pacient dobi v zdravstveni ustanovi, ki jo obišče zaradi diagnostike, zdravljenja ali rehabilitacije. Sem spadajo okužbe pri pacientih v negovalnih ustanovah, v ustanovah za dolgotrajno oskrbo, okužbe pri pacientih, ki potrebujejo stalno ambulantno oskrbo (dializa, kemoterapija) ali pa stalno medicinsko oskrbo na domu. Bolnišnične okužbe predstavljajo najpomembnejši delež okužb, povezanih z zdravstvom, še zlasti, ker praviloma prizadenejo najranljivejše skupine pacientov. Med najpogostejšimi so okužbe sečil. Posebno trdovratne bolnišnične okužbe pa so okužbe, ki jih povzročajo večkratno odporni mikrobi, ki se od pacienta do pacienta lahko prenesejo tudi prek rok zdravstveno-negovalnega osebja.

Ključne besede: okužbe, povezane z zdravstvom, preprečevanje, higiena rok.

Abstract

Healthcare-related infection or nosocomial infection is an infection acquired by a patient in a medical facility that he visits for diagnosis, treatment or rehabilitation. These include infections in patients in nursing facilities, in long-term care facilities, infections in patients who require ongoing outpatient care (dialysis, chemotherapy) or who require ongoing medical care at home. Nosocomial infections represent the most important share of healthcare-related infections, especially since they usually affect the most vulnerable groups of patients.

Among the most common are urinary tract infections. Particularly stubborn hospital infections are infections caused by multi-resistant microbes, which can also be transmitted from patient to patient through the hands of healthcare personnel. Therefore, hand hygiene is an important prevention of transmission of multi-resistant microbes.

Key words: healthcare-associated infections, prevention, hand hygiene

Uvod

Bolnišnična okužba je okužba, ki jo pridobimo v bolnišnici, in v času sprejema v bolnišnico ni bila prisotna. Je vsaka okužba, ki se pojavi 48 ur po sprejemu (Muzlivić, 2017) in manj kot 48 ur po odpustu iz zdravstvene ustanove ter bolezen med hospitalizacijo še ni bila izražena (Vidmar, 2011). Bolnišnična okužba se lahko pojavi tudi kasneje po odpustu iz bolnišnice (npr. okužbe vsadka) in pojavi se lahko tudi pri zdravstvenih delavcih (hepatitis, TBC, SARS, gripa, ebola itd.) (Lejko Zupanc, 2017a). Za nastanek okužbe so poleg povzročitelja pomembni še virulenca mikroorganizmov in številni dejavniki s strani gostitelja in poti prenosa. Posledice bolnišničnih okužb so lahko zelo hude, podaljšajo trajanje zdravljenja, več je posledic zdravljenja, lahko spremenijo izhod bolezni, zvišajo stroške zdravljenja, vplivajo na zadovoljstvo pacienta. Bolnišnične okužbe povzročajo bakterije, virusi, glive, paraziti ipd. (Portal ZN, n. d.). Namen prispevka je ponovno poudariti in opozoriti na higieno rok

zdravstveno-negovalnega osebja, ki je pomembna preventiva prenosa večkratno odpornih mikrobov.

Nastanek bolnišničnih okužb

Bolnišnične okužbe so vsaka klinična mikrobna bolezen, ki prizadene pacienta med zdravljenjem in bivanjem v bolnišnici ter ni bil že v inkubaciji med hospitalizacijo. Poznamo endogene in eksogene bolnišnične okužbe (Portal ZN, n. d.).

Endogena pot – okužbo povzročijo lastni mikrobi: prehod bakterij črevesne flore prek stene črevesja, pretirana uporaba antibiotikov in porast črevesne flore s *Clostridium difficile* ali glivami, okužbe z bakterijami iz črevesja po posegu v trebušni votlini, poškodbe sečil in prehod povzročiteljev iz poškodovanega mesta v kri (Muzlivić, 2017).

Eksogena pot – okužbo povzročijo mikrobi iz okolja: prenos od enega pacienta k drugemu (z neposrednim stikom med pacienti in prenosom povzročiteljev z rokami, slino ali drugimi telesnimi tekočinami, s prenosom prek kontaminiranih rok zdravstvenih delavcev), prenos prek zraka (aerogeno z mikrobi, ki lebdiijo v zraku, kapljično z mikrobi v kapljicah, prenos prek kontaminiranih naprav, s katerimi rokujejo zdravstveni delavci, prenos prek kontaminirane hrane, vode ali drugih tekočin) (Muzlivić, 2017).

Epidemiologija

Bolnišnične okužbe navadno prizadenejo že tako hudo bolne paciente, ki se večinoma morajo dolgotrajno zdraviti v bolnišnicah, imajo številne osnovne bolezni in pogosto tudi oslABLJENE obrambne sposobnosti (Muzlivić, 2017). Po podatkih Centra za nadzor in preprečevanje bolezni (angl. Center for Disease Control and Prevention – CDC) ima približno 1 do 25 bolnišničnih pacientov vsaj eno okužbo, povezano z zdravstveno oskrbo. Zadnja nacionalna raziskava, ki je bila izvedena v Sloveniji leta 2017, je pokazala, da je bilo na dan raziskave v vseh slovenskih bolnišnicah za aktualno oskrbo 6,6 % pacientov, ki so imeli bolnišnično okužbo ali pa so bili še vedno zdravljeni zaradi nje. Najpogostejše okužbe, povezane z zdravstvom (OPZ), so bile pljučnice, sledile so okužbe kirurške rane, na tretjem mestu pa so bile okužbe sečil. Delež pacientov z OPZ je bil višji med starejšimi, pri pacientih s težjimi obolenji, pri operiranih, pri pacientih na oddelkih intenzivnega zdravljenja in pri pacientih, ki so bili izpostavljeni invazivnim postopkom (na primer so imeli periferni žilni kateter ali urinski kateter) (NIJZ, n. d.).

OPZ oziroma bolnišnične okužbe so pogosto povezane s poseganjem v pacientovo telo in vstavljanjem začasnih ali trajnih vsadkov iz umetnih snovi. Najpogostejše OPZ pri pacientih, ki se zdravijo v bolnišnici, so, kot že omenjeno, pljučnice (zlasti pljučnica, povezana z umetnim predihavanjem), okužbe kirurške rane, okužbe sečil in okužbe osrednjih žilnih katetrov. Največjo smrtnost imajo bolnišnične pljučnice in okužbe krvi. Pri zdravljenju OPZ vse več težav povzročajo bakterije, odporne proti antibiotikom. To so predvsem enterobakterije, ki izločajo *Extendedspectrum beta-lactamase* (ESBL), *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumani*, *Methicillin resistant Staphylococcus aureus* (MRSA) in *Vancomycin-resistant enterococcus* (VRE) (Kraner, 2017).

Okužbe sečil

Po podatkih NIJZ so bile po podatkih presečne raziskave v slovenskih bolnišnicah leta 2017 na dan raziskave najpogostejše bolnišnične okužbe pljučnice, na tretjem mestu so bile okužbe sečil (NIJZ, n. d.). Večina okužb sečil, povezanih z zdravstvom, se pojavi pri pacientih, ki imajo vstavljen stalni urinski kateter (SUK). Pri vstavljanju SUK se lahko poškoduje sluznico sečnice, vnese mikrobov v sečni mehur in poruši nespecifične obrambne mehanizme sluznice mehurja. Dva dni od vstavitve SUK se tveganje za bakteriurijo vsak naslednji dan poveča za 5–10 % (Kraner, 2017).

O brezsimptomni bakteriuriji govorimo, če pacient nima kliničnih težav. Bakteriurije brez simptomov se ne zdravi z antibiotiki, zadostuje že odstranitev SUK. O okužbi sečil govorimo, kadar ima pacient iz urinokulture osamljenih vsaj 10^5 kolonij mikrobov na mililiter seča in vsaj enega od naslednjih simptomov: vročino nad 38 °C, siljenje na vodo, pogoste mikcije, boleče mikcije ali suprapubično občutljivost. Pri pacientih s SUK se za antibiotično zdravljenje praviloma odloči le v primeru simptomov in znakov bolezni. Če je le mogoče, se pacientu z okužbo sečil SUK odstrani. Za preprečevanje okužb sečil, povezanih z zdravstvom, se uporabljajo standardni higienski ukrepi za preprečevanje bolnišničnih okužb (Kraner, 2017).

Bakterijska flora

Človek ima mikrobovno populacijo na vseh površinah, ki so lahko v stiku z zunanjim svetom. Mikrobi na teh površinah normalno živijo in ne povzročajo telesu škode. So dragocena zaščita površin, ker preprečujejo, da bi se nanj naselili drugi mikrobi, ki bi povzročali škodo. Vse površine imajo mehanizme, ki moralno floro sproti odstranjujejo (luščenje kože, soljenje, spiranje ust s slino itd.). Normalna mikrobovna populacija je za gostitelja ugodna, dokler ob poškodbi kože ali sluznice ne vstopi v notranje sloje. Takrat pride do infekcije (Gubina, 1998).

Večkratno odporne bakterije

Odpornost bakterij proti antibiotikom v zadnjih letih močno narašča. Pogosto so bakterije odporne proti več antibiotikom hkrati – večkratno odporne bakterije/mikrobi (VOB/VOM). V zadnjih letih se pojavljajo tudi njihovi sevi. Največji delež odpornih bakterij je v bolnišnicah. Dejavniki, ki vplivajo na širjenje odpornosti in kolonizacijo z odpornimi bakterijami, so: visoka starost, bivanje v negovalnih ustanovah in ustanovah za dolgotrajno oskrbo, prisotnost in teža osnovnih bolezni, premeščanje med ustanovami, hospitalizacija v tujini, kjer je v okolju velika stopnja odpornosti bakterij, dolga hospitalizacija, kirurški posegi v trebuhu, presaditev organov, izpostavljenost invazivnim posegom, vstavljanje osrednjih žilnih katetrov in izpostavljenost antibiotikom (Lejko Zupanc, 2017b).

Okužbe, ki jih povzročajo odporne bakterije, podaljšajo hospitalizacijo, povečajo potrebo po invazivnejšem zdravljenju (Delavna skupina pri Ministrstvu za zdravje, 2010).

O kolonizaciji govorimo takrat, ko je bakterija naseljena na koži ali sluznicah posameznika in ne povzroča bolezni. Kadar človek zaradi prisotnosti te bakterije zboli s kliničnimi znaki, govorimo o okužbi, ki jo je treba zdraviti (URI – Soča, 2015).

Pacienta, ki je koloniziran ali ima okužbo z VOM, moramo osamiti. Namen izolacije je preprečitev nastanka in širjenja bolnišničnih okužb s stikom, kapljicami, prek zraka, krvi in izločkov ter zaščita pacienta in zdravstvenega delavca. Izvajamo ukrepe standardne izolacije

in izolacije, vezane na način prenosa okužb: kapljična, aerogena, kontaktna izolacija (Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje, 2010).

Standardna izolacija

Izvajanje standardnih ukrepov v času zdravstvene dejavnosti preprečuje prenos okužb na pacienta ali zdravstvenega delavca. Pri pacientih ne glede na diagnozo preprečujejo širjenje okužb pri stiku s pacientom in njegovimi telesnimi tekočinami. Ukrepi, ki jih izvajajo vsi zaposleni, naj bodo v pisni obliki, prav tako navodila za paciente in obiskovalce.

Ukrepi standardne izolacije (Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje, 2010):

- higiena rok,
- uporaba osebne zaščitne opreme,
- varno odlaganje uporabljenih pripomočkov in instrumentov,
- uporaba opreme za oživljanje in predihavanje,
- uporaba zbiralnikov za ostre predmete,
- čiščenje in razkuževanje površin in opreme,
- rokovanje, prevoz in pranje perila,
- prostorska namestitev pacienta.

Kontaktna izolacija

Izvajanje ukrepov kontaktne izolacije preprečuje posreden in neposreden prenos z rokami, delovno obleko ter s stikom z okuženimi predmeti, pripomočki in površinami.

Ukrepi kontaktne izolacije (Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje, 2010):

- ukrepi standardne izolacije,
- namestitev pacienta v enoposteljno sobo s sanitarijami in kopalnico ali kohortna namestitev – paciente z enako kolonizacijo namestimo v večposteljno sobo s sanitarijami, razdalja med bolniškimi posteljami mora biti več kot 1 m,
- uporaba dodatnih osebnih varovalnih sredstev ob posegih s tveganjem za kontaminacijo,
- pripomočki in oprema se razkužujejo po neposredni uporabi, prednost imajo pripomočki za enkratno uporabo,
- pripomočki in oprema so nameščeni v sobi za vsakega pacienta posebej.






Higiena rok

Na koži rok se poleg stalno prisotne mikrobne flore občasno lahko zadržujejo tudi mikroorganizmi, ki pridejo na kožo rok ob stiku z drugimi deli telesa, drugimi osebami ali ob stiku z okoljem. Prav ti mikroorganizmi so največkrat vzroki za različna obolenja. Preprost ukrep – higiena rok – pa lahko te mikroorganizme z naših rok odstrani in tako prepreči razvoj bolezni (NIJZ, 2017).

Higiena rok s poudarkom na razkuževanju rok je temeljni in najučinkovitejši ukrep za preprečevanje prenosa mikroorganizmov v zdravstveni dejavnosti, ki lahko za 50 odstotkov zmanjša število okužb in z njimi povezane umrljivosti (WHO, 2016, v: med.over.net).

Vsaka zdravstvena ustanova predpiše shemo tehnike razkuževanja in umivanja rok, ki mora biti izvedena po strokovno pravilnem vrstnem redu, tako da so razkuženi oziroma umiti vsi predeli rok (dlani, prsti, medprstni prostori, hrbtišče rok, zapestje). Urejene roke (kratko

postrizeni nohti, nelakirani nohti, brez umetnih nohtov, roke brez nakita) omogočajo učinkovito razkuževanje in umivanje (Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje, 2009). Pristop 5 trenutkov za higieno rok določa ključne trenutke, ko morajo zdravstveni delavci izvajati higieno rok (WHO, n. d.):

-  pred dotikom pacienta,
-  pred čistimi/aseptičnimi postopki,
-  po možnem stiku s telesnimi tekočinami in po odstranitvi rokavic,
-  po dotiku pacienta,
-  po dotiku okolice pacienta.

Higiena rok zajema (Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje, 2009):

- razkuževanje rok,
- umivanje rok,
- uporabo zaščitnih rokavic,
- uporabo tehnike nedotika,
- nego kože rok.

Umivanje rok

Namen umivanja rok je odstraniti umazanijo in prehodne mikroorganizme, ki so se prilepili na kožo pri stiku z osebami ali okoljem (Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje, 2009).

Roke se umivajo (Petkovšek, 2008):

- ko so vidno umazane ali mokre,
- ko so kontaminirane s telesnimi izločki,
- po uporabi rokavic s smukcem,
- ko to zahtevajo pravila osebne higiene in po socialnih stikih (ob prihodu v službo, pred stikom s hrano in po njej, po uporabi stranišča, pred odhodom domov, po brisanju nosu itd.).

Za umivanje so potrebni tekoča topla voda, tekoče mikrobiološko neoporečno milo in papirnate brisačke (Delovna skupina Ministrstva za zdravje, 2009). Po umivanju sledi razkuževanje rok.

Razkuževanje rok:

Namen razkuževanja rok je hitro mikrobicidno delovanje na prehodno populacijo mikroorganizmov na rokah, zlasti na vegetativne bakterije in viruse. Razkuževanje preprečuje tudi izstopenje mikroorganizmov s kožnimi luskami (Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje, 2009).

Upoštevamo pet trenutkov za higieno rok. Razkuževanje rok ni nadomestilo za umivanje rok. Za razkuževanje rok je potrebno alkoholno razkužilo v plastenki z dozirno pumpico (Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje, 2009).

Uporaba zaščitnih rokavic

Zaščitne rokavice se uporabljajo za zaščito zdravstveno-negovalnega osebja pred stikom s krvjo, telesnimi tekočinami, izločki in iztrebki pacienta ter pri delu s pacientom, ki je okužen ali koloniziran z VOM.

Rokavice niso nadomestilo za razkuževanje in umivanje rok. Rokavice se ne umivajo ali razkužujejo med pacienti in postopki. Zaščitne rokavice se uporabljajo za en postopek pri

enem pacientu. Rokavice se zamenjajo takoj, če so poškodovane in pri prehajanju od nečistega na čist predel. Po odstranitvi rokavic se roke razkužijo (Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje, 2009).

Tehnika nedotikanja

S tehniko nedotikanja se prepreči kontaminacija kože rok in rokavic. Uporabijo se instrumenti, ne glede na to, ali se roke orokavičene ali ne (Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje, 2009).

Nega rok

Z uporabo negovalnih sredstev se vrne koži vlaga, ki jo koža izgubi pri umivanju in razkuževanju. Negovalna sredstva se uporabljajo pri odhodu na odmor ali domov, nikakor pa ne med delom po razkuževanju rok ali uporabi rokavic (Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje, 2009).

Zaključek

OPZ nastanejo zaradi izpostavljenosti postopkom diagnostike, zdravljenja, zdravstvene nege in rehabilitacije v bolnišnicah. Veljajo za enega večjih javnozdravstvenih problemov v svetu, Evropi in tudi v Sloveniji. OPZ ni mogoče popolnoma preprečiti ali se jim izogniti, lahko pa znižujemo njihovo pogostost. Največje breme pri tem imajo zdravstvene institucije in zdravstveni delavci, ki si morajo nenehno prizadevati in skrbeti, da sledijo postavljenim standardom glede preprečevanja okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo, opredeljenih v Programu preprečevanja bolnišničnih okužb, ki ga mora imeti vsaka zdravstvena ustanova.

Literatura

Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje RS, Preprečevanje prenosa večkratno odpornih mikroorganizmov v bolnišnicah, negovalnih in oskrbovalnih ustanovah in v ambulantni zdravstveni dejavnosti, Strokovne podlage za pripravo programa za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb, 2010.

Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje RS, Higiena rok, Strokovne podlage za pripravo programa za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb, 2009.

Gubina M., Normalna mikrobna populacija, v: Bolnišnična higiena, M. Gubina, M. Dolinšek, M. Škerl, Ljubljana, Medicinska fakulteta, Katedra za mikrobiologijo in imunologijo, 1998.

Kraner P., Najpogostejše okužbe, povezane z zdravstvom pri odraslih, v: Infekcijske bolezni, J. Tomažič in F. Strle s sodelavci, Ljubljana, Združenje za infektologijo, Slovensko zdravniško društvo, 2017.

Lejko Zupanc T., Preprečevanje in obvladovanje okužb v bolnišnici, 2017a, dostopno na: [Tatjana_Lejko_Zupanc-preprečevanje_okuzb_v_bolnisnici2017a.Pdf](#)

Lejko Zupanc T., Večkratno odporne bakterije, v: Infekcijske bolezni, J. Tomažič in F. Strle s sodelavci, Ljubljana, Združenje za infektologijo, Slovensko zdravniško društvo, 2017b.

Muzlivić L., Uvod in epidemiologija okužb, povezanih z zdravstvom, v: Infekcijske bolezni, J. Tomažič in F. Strle s sodelavci, Ljubljana, Združenje za infektologijo, Slovensko zdravniško društvo, 2017.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), Bolnišnične okužbe, no date, dostopno na: www.nijz.si/sl/bolnisnicne-okuzbe

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Za preprečevanje širjenja okužb poskrbimo tudi z umivanjem rok, 2017, dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/za-preprecevanje-sirjenja-okuzb-poskrbimo-tudi-z-umivanjem-rok>

Petkovšek M., Program preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb v centru za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Kamnik, 2008, Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Kamnik. Dostopno na: <https://docplayer.com.br/93971730-Program-preprecevanja-in-obvladovanja-bolnisnicnih-okuzb-v-centru-za-izobrazevanje-rehabilitacijo-in-usposabljanje-kamnik.html>

Portal za izobraževanje iz zdravstvene nege (zdravstvena.info), Bolnišnične okužbe, no date. Dostopno na: <https://zdravstvena.info/vsznj/tag/bolnisnicne-okuzbe/>

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Preprečevanje bolnišničnih okužb – POBO, Ljubljana, 2015, dostopno na intranetu Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije – Soča: <https://ir-rs.si/intranet/podrocje-pacientovih-pravic>

Vidmar Globovnik A., Higienizacija rok – raziskava, v: Infekcijske bolezni v pediatriji: zbornik predavanj, Ljubljana: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, 2011.

World Health Organization (WHO), Infection prevention and control. Dostopno na: <https://www.who.int/infection-prevention/campaigns/clean-hands/5moments/en/>

World Health Organization (WHO), Higiena rok je pomembna, v članku: med-over.net., 2016. Dostopno na: <https://med.over.net/clanek/higiena-rok-je-pomembna>

POJAVNOST VENSKE TROMBOZE IN PLJUČNE EMBOLIJE PRI PACIENTIH V ČASU REHABILITACIJE TER VLOGA MEDICINSKE SESTRE

Branka Vipavec, dipl. m. s.
Zdravstveni dom Vrhnika

Ključne besede: globoka venska tromboza, pljučna embolija, zdravstvena obravnava, medicinska sestra, pacient, rehabilitacija, zdravstvena vzgoja.

Uvod

Venska trombembolija je pogosta spremljevalka internističnih, onkoloških in nevroloških bolezni ter kirurških posegov, lahko pa prizadene tudi povsem zdrave osebe. Nastopa v vseh življenjskih obdobjih, najpogostejša pa je v starosti. Namen članka je poudariti vlogo medicinske sestre pri zdravstveni obravnavi in zdravstveni vzgoji pacienta z globoko vensko trombozo in pljučno embolijo v času rehabilitacije.

Venska tromboza

Venska tromboza (VT) je posledica delne ali popolne zapore vene s trombom (krvnim strdkom). Globoka venska tromboza (GVT) je zamašitev žile v venah, ki ležijo globoko v nogi (Waheed, et al., 2020). Če je VT pridružena še pljučna embolija (PE), ju s skupnim imenom imenujemo venska trombembolija (VTE) (Vižintin Cuderman, Štalc, 2012). Med srčno-žilnimi boleznimi je na tretjem mestu, takoj za srčnim infarktom in možgansko kapjo (Peternel, 2003). Najpogosteje prizadene vene spodnjih udov, redkeje nastane drugje v telesu. Glede na klinični pomen se VT nog deli na »proksimalno« (tromboza femoralne in poplitealne vene) in »distalno« (tromboza golenskih ven). Nezdravljena proksimalna (ileofemoropoplitealna) VT v spodnjih udih v 50 % privede do PE, ki je smrtna v kar 10 %, če ni zdravljena (Kozak et al., 2016).

Pogosti zaplet po GVT je potrombotični sindrom, ki je povezan z zmanjšano kakovostjo življenja. Ta zaplet je pogostejši pri pacientih, ki v akutnem obdobju bolezni niso ustrezno zdravljeni (Haig et al., 2016). Pri pacientih je prisotna bolečina, krči in parestezije. Po razvoju potrombotičnega sindroma se pri pacientih poveča tveganje za razvoj venskih razjed in ponovnega nastanka GVT tudi kasneje v življenju (Meetoo, 2010).

Pljučna embolija

PE je najpomembnejši zaplet VT v akutnem obdobju bolezni. Nastane, kadar se krvni strdek v veni delno ali v celoti odtrga od žilne stene in zaide s krvnim tokom v pljučne arterije ter jih zamaši (Vižintin, 2012).

Dejavniki tveganja in klinični znaki GVT/PE

Othieno et al. (2018) navajajo, da lahko GVT nastane po operaciji, po poškodbi ali ko je oseba dlje časa nepremična. Kozak et al. (2016) pa kot dejavnike tveganja (DT) dodajajo še vstavljene intravenske katetre, nosečnost, porod, uporabo hormonske kontracepcije in nadomestnega hormonskega zdravljenja v menopavzi ter daljše letalske polete (> 8 ur). Med stalno prisotne sprožilne dejavnike spadata aktivni rak in trombofilija. Na VT posumimo pri novonastali bolečini in oteklini uda. Simptomi, ki spremljajo VT, so bolečina, otekline, rdečina, modrikasto obarvana koža, topla noga, izražene povrhnje vene (Vižintin, 2012). Bolečina v mečih in/ali stegnu je lahko spontana ali pa jo izzovemo z gnetenjem mišic. Subjektivno zaznavanje bolečine se kaže od občutka rahle napetosti do hudih bolečin v udu. Pri rehabilitaciji pacientov z okvaro hrbtenjače, ki ne čutijo nog, moramo biti zato pri izvajanju zdravstvene nege še posebno pozorni na akutno nastale, predvsem enostranske otekline nog. Otekline pri GVT sega od stopala na meča. Če so zamašene vene nad kolonom, otekline zajema tudi stegno vse do dimelj (Vipavec et al., 2014). Posebno pozornost je treba posvetiti nevrološkim nepokretnim pacientom na rehabilitaciji, saj zaradi osnovne bolezni dostikrat ne razvijejo vseh opaznih kliničnih znakov (Žen Jurančič, 2017).

PE je že dolgo znana kot bolezen z mnogimi obrazy in je na žalost v skoraj 50 % še vedno klinično nerazpoznavna. Značilni simptomi za PE so nenadna dispneja, plevrična bolečina, hemoptiza (krvav izpljunek) in sinkopa. Tipični znaki pa tahikardija, tahipneja, poki nad pljuči in napete vratne vene (Miniati et al., 2012).

Pojavnost GVT/PE

Letna prevalenca VT je okoli 1,6 na 1000 oseb na leto, kar pomeni, da v Sloveniji zbolijo približno 3000 oseb vsako leto (Kozak et al., 2016). Prevalenca GVT/PE je v splošni populaciji 2,5 %, glede na osnovno obolenje imajo pacienti v rehabilitacijskih ustanovah običajno povečano tveganje za GVT ((Kelly et al., 2010).

Največja incidenca je pri pacientih z okvaro hrbtenjače, kjer znaša incidenca GVT/PE v prvem letu kar 27, 6 % (Geol Do & Du Hwan, 2014). Pri pacientih po ortopedskih operacijah je incidenca pri zamenjavi kolka kar 22, 2 % in je pogosto asimptomatska (Musselmann, 2009).

Prav tako je bilo z raziskavo dokazano, da je prevalenca pacientov z anamnezo VTE/PE na primarni rehabilitaciji po težki obliki covid-19 povečana v primerjavi z ostalimi skupinami pacientov (Žen Jurančič et al., 2022).

Diagnostični postopki za ugotavljanje GVT/PE

Za določitev GVT nam pomaga krvni test za določitev D-dimerja, ki je specifični zamreženi derivat proizvedenega fibrina. Ko se fibrin razgradi, se pri pacientih z VT koncentracije zvišajo (Bernardi et al., 2018). Za diagnozo se uporablja ultrazvočna preiskava. Kot dopolnilna preiskava se uporablja računalniška tomografija (CT) ali slikanje z magnetno resonanco (Huisman et al., 2013).

Zdravljenje

Temeljno zdravljenje VT je predpisovanje antikoagulacijskih zdravil, ki zmanjšujejo strjevanje krvi. Ta zdravila so v obliki injekcij in tablet. Antikoagulacijsko zdravljenje (AKZ) zmanjša tveganje za ponovitev venskih tromboembolizmov za približno 80 %. Učinkovito AKZ ob čimprejšnji mobilizaciji pacienta in redni uporabi medicinskih kompresijskih nogavic preprečuje tudi nastanek potrombotičnega sindroma (Peternel, 2007).

Pri večini pacientov zdravljenje začnemo s hitro delujočimi antikoagulacijskimi zdravili, s tako imenovanimi nizko-molekularnimi heparini (NMH), nadaljujemo pa s peroralnim AKZ s kumarini in novimi antikoagulacijskimi zdravili (NOAK). Trajanje AKZ je odvisno od števila in mesta prebolele VTE ter od navzočnosti sprožilnih dejavnikov. AKZ nadaljujemo, dokler so koristi zdravljenja večje od tveganja (Kozak et al., 2016).

Pogosto je pri pacientih, ki so premeščeni iz akutne bolnišnice v rehabilitacijsko ustanovo, prisotna GVT/PE, ki je asimptomatska, kljub medikamentozni preventivi (Wada et al., 2013). Prav zato nas ne sme zavesti prepričanje, da pri pacientu ni možna GVT/PE kljub prejemanju preventivnega odmerka antikoagulantne terapije (Žen Jurančič, 2017).

Zdravljenje s heparini

Dajanje nizkomolekularnega heparina (NMH) v obliki podkožnih injekcij je preprosto in ga lahko izvajajo pacienti sami. Odmerja se glede na telesno težo enkrat ali dvakrat na dan. Laboratorijski nadzor učinka nizkomolekularnega heparina pri večini pacientov ni potreben (Kozak et al., 2014).

Aplikacija nizkomolekularnega heparina

Zdravilo apliciramo subkutano – pod kožo. Najprimernejši mesti za aplikacijo NMH sta predel abdomna (pod kotom 90°) in zunanji zgornji predel nadlakti (pod kotom 45°). Mesta aplikacije ne smejo biti okužena ali poškodovana (brazgotine, vnetja, hematomi). Če je pacient debel, naredimo kožno gubo, da prebodemo maščobno tkivo v predelu gube, in zabodemo iglo pod kotom od 45° do 90°. Suhi oziroma kahektični ljudje imajo premalo maščobnega tkiva, zato damo injekcijo navadno tako, da primemo tkivo (vsaj 5 cm premera) in zabodemo iglo pod kotom 90°. Pri njih je najprimernejše mesto za injekcije trebušna stena v zgornjem predelu (Ivanuša et al., 2008).

Uvajanje kumarinov

Kumarine (najpogosteje varfarin) začnemo uvajati že prvi dan zdravljenja s heparinom. Učinek kumarinov nadziramo z določanjem INR (International Normalised Ratio). Njegovo ciljno območje za zdravljenje VTE je od 2,0 do 3,0 (Kozak et al., 2014).

Nova antikoagulacijska zdravila

V zadnjih letih se pojavljajo NOAK. Najbolj raziskani so zaviralci trombina (faktor II) in zaviralci aktiviranega faktorja X. Ta zdravila so pacientu prijaznejša. So v obliki tablet, imajo precej manj interakcij z drugimi zdravili in zaužito hrano, krajšo razpolovno dobo, odmerka ni treba prilagajati vsakemu pacientu posebej in učinkovitosti ni treba spremljati v laboratoriju. Odmerek je stalen, odvisen je od indikacije in ledvične funkcije pacienta, zato niso potrebne pogoste kontrole v antikoagulacijski ambulanti, kar je za paciente pomembna in dobrodošla sprememba (Kozak et al., 2014).

Mobilizacija in kompresijsko zdravljenje venske tromboze

Za preprečevanje potrombotičnega sindroma sta učinkovita zgodnja mobilizacija in kompresijsko zdravljenje (Planinšek Ručigaj, 2012). Zgodnja mobilizacija ne poveča tveganja za nastanek PE, zato se lahko pacientom ob izvajanju kompresijske terapije dovoli hoja že prvi dan zdravljenja VT (Štalc, 2011).

S kompresijo izvajamo zunanji pritisk na veno. Tako je povečan pretok krvi, izboljšano delovanje zaklopk in zmanjšan povratni tok venske krvi. Povijanje je preprosto, zato lahko naučimo nameščati povoje tudi paciente ali njihove svojce. Zaradi velike elastičnosti mora pacient pri počitku z dvignjenimi nogami, daljšem od pol ure, povoje sneti (Planinšek Ručigaj, 2012).

Zapleti AKZ

Krvavitve so najpogostejši zapleti AKZ. Klinično razdelimo krvavitve na majhne, velike in krvavitve s smrtnim izidom. Med velike krvavitve spadajo krvavitve v osrednje živčevje, retroperitonealni prostor ali očesno steklovino, vsaka krvavitev, ki pripelje do zmanjšanja koncentracije hemoglobina za več kot 20 g/l ali zahteva transfuzijo dveh ali več enot koncentriranih eritrocitov, in vsaka krvavitev, ki jo je treba ustaviti z endoskopskim ali kirurškim posegom. Majhne krvavitve so vse krvavitve, ki ne ustrezajo merilom za veliko krvavitev. Tveganje za krvavitev ni pri vseh pacientih enako. Najpomembnejša dejavnika tveganja sta intenziteta AKZ in obdobje, v katerem je bil INR nad ciljnim območjem. Za povečano verjetnost krvavitve je zelo pomembno tudi sočasno jemanje drugih zdravil, predvsem Aspirina® in neselektivnih nesteroidnih antirevmatikov (Mavri et al., 2012).

Zdravstvena vzgoja preprečevanja VTE na terciarni ravni

Zdravstvena vzgoja na terciarni ravni pomeni skrb za ljudi, pri katerih je že prišlo do določene spremembe oziroma je zdravje že prizadeto. Ljudi želi usposobiti, da bodo znali preprečevati povrnitev bolezni oziroma kakovostno živeli z nastalo spremembo. Na tej ravni so nosilci zdravstvenovzgojnih dejavnosti, bolnišnice, inštituti, zdravilišča in patronažna služba (Hoyer, 2005).

Ukrepi in preprečevanje VTE so usmerjeni k zmanjšanju venskega zastoja in k zaviranju strjevanja krvi. Najučinkoviteje VTE preprečimo z odstranitvijo dejavnikov tveganja. Sem sodijo preprečevanje nepomičnosti, skrb za zadostno hidracijo, opustitev oralne kontracepcije in ustrezna antikoagulantna terapija (Peternel, 2003).

Pacientu svetujemo, naj se izogiba vročini, vročim kopelim (nad 32 °C). Po večini operacij se priporočata zgodnje vstajanje in povijanje nog z elastičnim povojem oziroma nošenjem umerjenih elastičnih nogavic. Predvsem pa se mu svetuje zdrav način življenja z veliko gibanja in zdravo prehrano. Če pacient naših navodil ne razume, povabimo k sodelovanju še svojce (Klemenčič, 2013).

Cilj zdravstvene vzgoje pacienta z VT je pacient, ki ima urejeno in stabilno AKZ. To dosežemo na način, da pacienta dobro poučimo o samem zdravljenju in zdravilih. Pacientu je treba na razumljiv način predstaviti učinke AK-terapije in ga seznaniti z vsemi drugimi vplivi na AKZ.

MS/ZT pripravlja peroralno AK-terapijo in izvaja nadzor nad pravilnim in rednim jemanjem zdravil.

MS/ZT pacientu aplicira odmerek NMH v obliki podkožne injekcije. Pacienti v času rehabilitacije odhajajo domov za vikende, zato MS/ZT po potrebi pacienta pouči o samoaplikaciji zdravila, oziroma če je treba, vključi tudi svojce ali patronažno službo. Razloži postopek aplikacije in pokaže priporočena vbodna mesta. Pacient oziroma njegovi svojci si pod vodstvom MS/ZT odmerek NMH tudi aplicirajo.

MS/ZT pacientu svetuje uravnoteženo, zdravo prehrano. Uživa lahko vse vrste sadja in zelenjave, količina naj bo čez vse leto čim bolj enakomerna (trombo.net).

MS/ZT pacienta opozori, da se mora pred začetkom jemanja vitaminskih ali rastlinskih pripravkov, sprememb v prehrani (diete, hujšanje) in uživanjem prehranskih dopolnil posvetovati z zdravnikom, ki vodi njegovo AKZ. Pacientu se svetuje manjši vnos alkohola (npr. 1 dl vina na dan), ob jetrni okvari je alkohol odsvetovan.

Pacient mora vedeti, katerih zdravil ne sme jemati (predvsem analgetiki, Aspirin®) in o katerih se mora posvetovati z zdravnikom. Razložiti mu je treba, kaj naredi, če pride do krvavitve. Predvsem je pomembno, da pacient predpisana zdravila v priporočenem odmerku redno jemlje.

Preprečevanje nastanka VTE

VTE je eden najresnejših zapletov v času rehabilitacije, ki se jih da preprečiti. Pravilna uporaba sredstev za preprečevanje VTE je najpomembnejši element pri izboljšanju varnosti pacienta, zdravljenega v rehabilitacijski ustanovi. Ogroženost pacientov je prisotna še več mesecev po operaciji, poškodbi, ob nepokretnosti, zato mora biti pacient poučen o simptomih in znakih VTE, o pomenu in načinu uporabe ter morebitnih zapletih preventivnega AKZ.

Vključevanje pacienta v proces zdravljenja pomeni, da ga poučimo o njegovi bolezni in o spremljanju bolezenskega stanja, da zna prepoznati in spremljati ustrezne pokazatelje obolenja in da zna pravočasno prepoznati, ukrepati in poiskati strokovno pomoč (Kersnik, 2010).

Vsi pacienti morajo biti seznanjeni s tveganjem v svojem konkretnem primeru in s tem, kako lahko to tveganje zmanjšajo. Vsi pacienti morajo biti poučeni o zgodnji mobilizaciji. Pacienti, pri katerih gibanje, kot je hoja, ni mogoče, lahko izvajajo lažje vaje z nogami tudi v postelji leže (Bacon, 2012).

Kompresijske nogavice pomagajo pri preprečevanju nastajanja krvnih strdkov v nogah z različnimi pritiski na različne dele noge (Sachdeva et al., 2010), tako da povečajo pretok skozi vene, limfni sistem ali oboje ter s tem zmanjšajo edem uda. MS/ZT mora znati pravilno povijati noge in o tem poučiti pacienta in svojce (Košak, 2013).

Zaključek

Incidenca VTE je v rehabilitacijskih ustanovah še vedno visoka, kljub prisotnim preventivnim ukrepom. Klinična slika pogosto ni značilna, prav tako je prisotna pogosto neodkrita GVT pri

premestitvi iz akutne bolnišnice. Ko se pojavi sum na GVT ali PE, je zelo pomembno, da zdravstveno osebje začne z ustreznimi diagnostičnimi in terapevtskimi ukrepi, ker samo na ta način preprečimo za pacienta potencialno usodne zaplete. Po potrjeni GVT in PE so pomembni nadaljnje zdravljenje, opazovanje in individualna obravnava.

Zato je vloga zdravstvene nege na tem področju rehabilitacije zelo pomembna in zahteva veliko multidisciplinarnega znanja (preventiva GVT, farmakoterapija). Zelo pomembno je, da pri obravnavi pacienta sodelujeta tako celoten zdravstveni tim kot tudi pacient sam, saj je samo na tak način obravnava pacienta učinkovita in predvsem varna.

Literatura

Bernardi E & Camporese G. Diagnosis of deep-vein thrombosis. *Thrombosis Research*, 2018: 201–6.

Geol Do J & Du Hwan K. Incidence of deep vein thrombosis after spinal cord injury in Korean patients at acute rehabilitation unit. *J Korean Med Sci*, 2014: 28 (9): 1382–7.

Haig Y et al. Post-thrombotic syndrome after catheter-directed thrombolysis for deep vein thrombosis: 5 year follow-up results of fan open-label, randomised controlled trial. *The Lancet Haematology*, 2016: 64–71. Dostopno 25. 5. 2023 na: <https://trombo.net/index.php/kdo-so-bolniki>

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

Huisman MV & Klok FA. Diagnostic management of acute deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Journal of Thrombosis et Haemostasia*, 2013: 412–22.

Hussein M & Škrbec R. Preprečevanje globoke venske tromboze in pljučne embolije pri artroskopskih ortopedskih operacijah, *Revija za zdravstvene vede*, 2020: 7(2): 57–70.

Ivanuša A & Železnik D. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, 2008.

Kelly BM et al. Venous thromboembolic events in the rehabilitation setting. 2010: 647–63.

Kersnik J. Kdo je bolnik s kronično boleznijo – medicinski vidik. V: Štemberger Kolnik, T. in Majcen Dvoršak, S. (ur.). *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji 12. simpozij zdravstvene in babiške nege*. Portorož: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic Koper. 2010: 11–16.

Klemenčič B. Zdravstvena vzgoja bolnikov z vensko trombozo in pljučno embolijo. V: Marinč, L. *Venska tromboza in pljučna embolija*. Ljubljana: Sekcija MS in ZT v kardiologiji in angiologiji Slovenija. 2003: 27–32.

Košak GM. Tudi za povijanje nog je potrebno znanje. Napake v zdravstveni negi: zbornik prispevkov. 5. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 24. in 25. januar 2013. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto, 2013: 85–9.

- Košnik M, Mrevlje F, Černelč P & Koželj M. Globoka venska tromboza. *Interna medicina. Littera picta*, 2011: 337–44.
- Kozak M et al. Slovenska priporočila za odkrivanje in zdravljenje venske tromboze; *Zdrav Vestn.*, 2016: 85: 443–57.
- Mavri A. Nova peroralna antikoagulacijska zdravila. V: Mavri A, Vene N (ur.). *Priročnik za uporabo novih peroralnih antikoagulacijskih zdravil v klinični praksi*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni pri Združenju za žilne bolezni; 2012: 5–20.
- Meeto D. The management of upper-extremity deep vein thrombosis. *Nurse Prescribing*, 2010: 466–72.
- Miniati M et al. Clinical presentation of acute pulmonary embolism. Survey of 800 cases. *Plos One*, 2012: 7: e30891.
- Musselmann C. Rate of venous thromboembolism after total hip and total knee replacement in inpatient orthopedic rehabilitation. *Med Klin.*, 2009: 694–8.
- Othieno R, Okpo E & Forster R. Home versus in-patient treatment for deep vein thrombosis. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2018: CD003076.
- Peternel P. Preprečevanje venskih tromboembolizmov. Zbornik predavanj, Kranjska Gora, 14. in 15. november 2003. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2003: 20–6.
- Planinšek Ručigaj T. Kompresijska terapija, Internistični bolnik v rehabilitaciji 2012 – Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča; Zbornik prispevkov seminarja, Ljubljana, 2012: 83–97.
- Štalc M. Obravnava bolnika s pljučno embolijo in vensko trombozo, Nove smernice pri obravnavi življenjsko ogroženega bolnika s srčno-žilnimi obolenji; XXVIII. strokovno srečanje Radenci, 3. in 4. junij 2011: 61–6.
- Takach Lapner S & Kearon C. Diagnosis and management of pulmonary embolism. *BMJ*, 2013: 346.
- Vipavec B & Kic N. Obravnava pacienta z vensko trombozo. V: Erjavec T. & Karan K (ur.). *Rehabilitacijska zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, 2014: 187–194.
- Vižintin Cuderman T & Štalc M. Venski tromboembolizmi. V: Mavri A & Vene N (ur.). *Priročnik za uporabo novih peroralnih antikoagulacijskih zdravil v klinični praksi*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni pri Združenju za žilne bolezni; 2012: 48–62.
- Vižintin Cuderman T, Štalc M, Tratar G, Mavri A & Vene N. Venska tromboza in pljučna embolija. V: Mavri, A. (ur.). *Antikoagulacijsko zdravljenje*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni pri Združenju za žilne bolezni. 2017.

Wada M, Lizuka M, Iwadata Y, Yamakami I & Yoshinaga K. Effectiveness of deep vein thrombosis screening on admission to a rehabilitation hospital: a prospective study in 1043 consecutive patients. *Thromb Res.*, 2013: 487–92.

Wahed S, Kudaravalli P & Hotwagner D. Deep vein thrombosis. 2020. (Online). Dostopno 25. 5. 2023 na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507708/>

Žen Jurančič M. (2017). Pristopi pri globoki venski trombozi v rehabilitacijskih ustanovah. Dostopno 25. 5. 2023 na: <https://zdravstvena.info/pristopi-pri-globoki-venski-trombozi-v-rehabilitacijskih-ustanovah.html>.

Žen Jurančič M, Kompan T & Novak P. Pojavnost venskih trombemboličnih dogodkov med bolniki z nevropatijo in/ali miopatijo kritično bolnega po preboleli koronavirusni bolezni, Celostna zdravstvena oskrba pacienta v času njegove rehabilitacije po prebolelem covidu-19; strokovni seminar, zbornik predavanj, 2022: 36–42.

PRILOGE

(nerecenzirani oz. delno recenzirani izvlečki)

PROGRAM ZA PREPREČEVANJE PADCEV – AVSTRIJSKI MODEL

Martina Vrabič Pšeničnik, dipl. fiziot.
Fizioterapevtski Inštitut Lipnica, Avstrija

Izvleček

Padec je dogodek, ki lahko pacientu in njegovim svojcem za krajši ali daljši čas spremeni življenje. Na našem inštitutu imamo tako ogromno pacientov, ki pridejo na fizioterapevtsko obravnavo zaradi posledic padca. Te so ne samo fizične, zaradi česar potrebujejo terapijo, temveč v večini primerov tudi psihične.

Uvod

Padec posameznika je dogodek v njegovem življenju, ki ga vsekakor spremeni in pogosto tudi ogrozi. Lahko nastanejo telesne poškodbe (od majhnih, zanemarljivih, do velikih s hudimi posledicami) in tudi psihične, ki imajo zelo velik vpliv na nadaljnje življenje. Strah pred ponovnim padcem jih ovira v njihovem vsakdanu, postanejo manj aktivni, zmanjšajo se jim mišična moč, gibljivost, koordinacija, ravnotežje, vse skupaj pa pripomore k temu, da se verjetnost ponovnega padca poveča.

Dejstva, ki so pripeljala do razvoja programa

Število ljudi, ki so iz kakršnega koli vzroka padli, je zelo veliko. Prav tako je veliko število poškodb, ki so nastale ob padcu. Dejstvo je, da ko človek enkrat pade, se verjetnost za ponovni padec podvoji. Pri starosti 65 let in več pade tretjina ljudi vsaj enkrat na leto, medtem ko pri starosti 80 let in več pade že vsaj polovica ljudi na leto. Dve tretjini ljudi, ki so že enkrat padli, ponovno padeta v roku 6 mesecev.

Vzroki za padec

Vzrokov za padec je kar nekaj. Lahko bi jih razdelili na intrinzične in ekstrinzične.

- Intrinzični dejavniki so: mišični deficiti, motnje vzorca hoje, omejena gibljivost, slabše ravnotežje, slabovidnost, bolezni, zmedenost itd. Na te dejavnike lahko s ciljanim treningom, z vključitvijo drugih specialistov (zdravnik, okulist, fizioterapevt, delavni terapevt itd.), dobro vplivamo in v relativno kratkem času dosežemo izboljšanje.
- Ekstrinzični dejavniki: so vplivi iz okolja – nanje ne moremo vplivati.

Najpogostejši vzroki za padec so:

- spotikanje (40 %);
- slabo ravnotežje (21 %);
- nesigurnost (14 %);
- zdrsi (13 %);
- šibki spodnji udi (6 %);
- omotičnost (5 %);
- nezavest (1 %).

Posledice padcev

Padci lahko povzročajo telesne, psihične in finančne (na družbenem nivoju) posledice.

Telesne posledice: raznovrstne poškodbe, zlomi, smrt.

Psihične posledice: strah pred ponovnim padcem in pred izgubo samostojnosti – neodvisnosti. Lahko se razvije tudi »POST FALL SYNDROM«, katerega glavni znaki so: panika, nesigurnost, depresija, izguba samostojnosti itd.

Finančne posledice: oskrba v bolnišnici, razne operacije, zdravila, terapije, zdravilišča – predstavljajo velik strošek za družbo.

Padec lahko močno vpliva na samozavest. To vpliva na aktivnosti ter zmanjšanje telesne pripravljenosti in telesne kontrole – kar poviša tveganje za padec.

Padci povzročajo do 30 % vseh poškodb in predstavljajo 15 % vsega, s čimer se ne srečajo na urgenci. 27 % ljudi, ki pade, si pri tem kaj zlomi.

Najpogostejša mesta zlomov: humerus – rama, distalni radius – zapestje, proksimalni pemur – kolk, medenica. 90 % zlomov kolkov se zgodi v starosti 70 let in več in so v 90 % posledica padcev. Po zlomu kolka le 40–60 % ljudi doseže stanje, ki so ga imeli pred poškodbo.

Padci povzročijo 40 % smrti zaradi nesreč. Ženske padejo pogosteje, medtem ko se moški pri padcih pogosteje hujše poškodujejo in imajo višjo moraliteto. Po zlomu kolka v naslednjem letu umre približno 20 % ljudi. Polovica vseh, ki so padli in so za dlje časa obležali na tleh (2 uri ali več), v roku 6 mesecev umre, ne glede na vrsto poškodbe.

Rizični dejavniki padcev

Rizičnih dejavnikov padcev je precej. Na podlagi teh lahko ocenimo, kako zelo je nekdo ogrožen za padce. Najpogostejši dejavniki so: zgodovina padcev, starost, spol, življenjski pogoji, obolenja, neaktivnost, slaba samoocena, strah pred padci, funkcijske omejitve, motnje vida, motnje sluha, depresija, zdravila.

Program za preprečevanje padcev oziroma njegov koncept

Programa se lahko udeleži vsaka zavarovana oseba, ki ima 65 let ali več in je sposobna samostojnega gibanja z ali brez pripomočkov. Stroške programa krije zavarovalnica, tako da je za udeležence vse popolnoma brezplačno. Program traja približno 3 mesece – 12 srečanj. Srečanja se izvajajo enkrat na teden, ob istem dnevu in ob istem času. Program se izvaja v malih skupinah, nekje od 6 do 10 ljudi. Eno srečanje traja približno 1 uro, podaja se tako teoretično kot praktično znanje, izvajajo se vaje, prav tako dobijo tudi napotke in vaje za domov. Vsak udeleženeec dobi tudi brezplačno literaturo, ki ga usmerja čez cel program in mu je v pomoč tudi za vnaprej. Program smejo izvajati samo za to usposobljeni fizioterapevti. Sestavljen je iz 12 modulov. Prvi in zadnji sta standardizirana, drugi so okvirni – jih lahko malo prilagajamo glede na potrebe skupine.

Prvi modul

Prvo srečanje je namenjeno spoznavanju udeležencev s programom in med seboj. Vsak izpolni vprašalnik, na podlagi katerega lahko določimo rizične dejavnike in s tem ocenimo verjetnost padcev.

Če je prisotnih štiri ali več rizičnih dejavnikov, obstaja 80-odstotna verjetnost, da bo ta oseba v roku enega leta padla. Če je prisotnih osem ali več rizičnih dejavnikov, je pri padcu možnost zloma podvojena. Več kot imamo rizičnih dejavnikov, večja je verjetnost padcev in poškodb. Prav tako vsak udeleženec opravi motorične teste, ki skupaj tvorijo tako imenovani indeks verjetnosti padcev. To so testi, ki nam nakažejo nevarnost za padce in se v programu uporabljajo že od leta 2013. Uporabljamo:

- Five Chair Test – za ugotavljanje mišične moči;
- Static Balance Test – Rombergov Test – za ugotavljanje ravnotežja;
- MSL – Maximum Step Test – za ugotavljanje ravnotežja;
- Funkcional Reach Test – za ugotavljanje ravnotežja;
- Gait Speed Test – test 10 m hoje – za ugotavljanje hitrosti;
- Alternate Step Test – za ugotavljanje ravnotežja.

Drugi modul

Od tega modula naprej vsakokrat na začetku preverimo, ali je bil prejšnji modul jasen, ali so vse razumeli oziroma ali ima kdo kakšno vprašanje.

Fokus tega modula je na vajah za spoznavanje naše centralne točke in poučevanje o ravnotežju. Udeleženci dobijo tudi domačo nalogo št. 1, ki jo izvajajo do naslednjega modula.

Tretji modul

Na hitro se preverita vsebina prejšnjega modula in domača naloga. Fokus tega modula je na moči in dinamičnem ravnotežju. Udeleženci dobijo domačo nalogo št. 2.

Četrty modul

Na hitro se preverijo vsebina prejšnjega modula in domači nalogi. Fokus tega modula je povezava moči in ravnotežja, skupaj pa ponovimo domači nalogi, da poskrbimo, da se pravilno izvajata.

Peti modul

Na hitro se preverijo vsebina prejšnjega modula in domači nalogi. Fokus tega modula je na vsakodnevno orientirani koordinacijski vadbi z različnimi postajami. Udeleženci dobijo domačo nalogo št. 3.

Šesti modul

Na hitro se preveri vsebina prejšnjega modula in domače naloge.

V tem modulu se naredi samoocena v vsakodnevnikih situacijah in osvojitvev zaščitnega koraka.

Sedmi modul

Na hitro se preverijo vsebina prejšnjega modula in domače naloge. V tem modulu se udeleženci naučijo, kako varno iti na tla in se ponovno dvigniti.

Osmi modul

Na hitro se preverijo vsebina prejšnjega modula in domače naloge. V tem modulu delamo trening moči in koordinacije s poudarkom na telesni shemi. Udeleženci dobijo domačo nalogo št. 4.

Deveti modul

Na hitro se preverijo vsebina prejšnjega modula in domače naloge. V tem modulu razširimo vaje in povežemo trening moči z ravnotežjem. Udeleženci dobijo domačo nalogo št. 5.

Deseti modul

Na hitro se preverijo vsebina prejšnjega modula in domače naloge. Fokus tega modula je vsakodnevno orientiran trening moči. Udeleženci dobijo domačo nalogo št. 6, ki pa je individualna – vsak dobi svojo.

Enajsti modul

Na hitro se preverijo vsebina prejšnjega modula in domače naloge. V tem modulu opravijo vsi udeleženci zaključno testiranje – teste za indeks verjetnosti padcev. Ponovimo tudi vse glavne vaje.

Dvanajsti modul

V tem modulu se podelijo spričevala in rezultati testov. Po potrebi se ponovijo domače naloge in opravijo individualni pogovori za naprej.

Zaključek

Padci so zelo pogosti in s seboj prinesejo različne posledice tako za posameznika, svojce kot družbo. Večino padcev bi se dalo preprečiti. Z le nekaj znanja, vajami, napotki in pripomočki do padcev bodisi ne bi prišlo bodisi bi bile njihove posledice manjše.

Verjamemo, da bi se s takšnimi ali podobnimi programi dalo marsikaj preprečiti, udeleženci pa bi bili samozavestnejši, imeli bi boljšo mišično moč, gibljivost, koordinacijo, ravnotežje ipd., kar bi pozitivno vplivalo na njihovo življenje.

Viri

Albertsson DM, Mellström D, Petersson C, Eggertsen R. Validation of a 4-item score predicting hip fracture and mortality risk among elderly women. *Ann Fam Med*. 2007 Jan-Feb; 5(1): 48–56. doi: 10.1370/afm.602. PMID: 17261864; PMCID: PMC1783927.

Bürge M, GerberGlur E, Chappuis C. (2002). Stürze und Sturzgefährdung, in: *Schweiz Medizin Forum* Nr. 6, 6. Februar 2002, S. 121–124.

Chu LW, Pei CK, Chiu A, Liu K, Chu MM, Wong S, Wong A. Risk factors for falls in hospitalized older medical patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1999 Jan; 54(1): M38–43. doi: 10.1093/gerona/54.1.m38. PMID: 10026661.

Dyer SM, Crotty M, Fairhall N, Magaziner J, Beaupre LA, Cameron ID, Sherrington C. Fragility Fracture Network (FFN) Rehabilitation Research Special Interest Group. A critical review of the long-term disability outcomes following hip fracture. *BMC Geriatr*. 2016 Sep 2; 16(1): 158. doi: 10.1186/s12877-016-0332-0. PMID: 27590604; PMCID: PMC5010762.

McElhinney J, Koval K, Zuckerman J. (1998). Falls and the elderly. *Archives of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 2, 60–65.

Jansenberger H, Mairhofer J. (2012). Hausaufgaben für sturzgefährdete Patienten. Übungen und Hilfestellungen für Betroffene und Angehörige. Hofmann Verlag, Schorndorf.

Jansenberger H, Schimetta W. Der fünfmalige Aufstehtest mit Beschleunigungsmessung zur Unterscheidung zwischen gestürzten und nicht gestürzten selbstständig lebenden Senioren. *Physioscience* 2014; 10: 47–56.

Jansenberger H, Wetzelhütter D. Validierung einer Testbatterie. *Physioscience* 2016; 12: 100–109.

Jørgensen MG. Assessment of postural balance in community-dwelling older adults - methodological aspects and effects of biofeedback-based Nintendo Wii training. *Dan Med J*. 2014 Jan; 61(1): B4775. PMID: 24393594.

Runge M. Die multifaktorielle Genese von Gehstörungen, Stürzen und Hüftfrakturen im Alter. *Z Gerontol Geriat* 1997; 30: 267–275.

Stephen N. Robinovitch, Britta Heller, Andrew Lui And Jeffrey Cortez. Effect of Strength and Speed of Torque Development on Balance Recovery With the Ankle Strategy. *J Neurophysiol* 88: 613–620, 2002; 10.1152/jn.00080.2002.

Stokes JM. (2009), *Falls in older people: Risk factors and strategies for prevention (2nd edn)* - by Stephen Lord, Catherine Sherrington, Hylton Menz, and Jacqueline Close. *Australasian Journal on Ageing*, 28: 47–47. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2009.00347.x>

Tragl KH. (1999). Stürze im Alter. In: *Handbuch der Internistischen Geriatrie*. Springer, Vienna. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-6409-9_14

WHO. WHO global report on falls prevention in older age. 17. 3. 2008. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563536> (2. 7.2023).

Wild D, Nayak US, Isaacs B. How dangerous are falls in old people at home? *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1981 Jan 24; 282(6260): 266–268. doi: 10.1136/bmj.282.6260.266. PMID: 6779979; PMCID: PMC1504022.

VARNA IN PRAVILNA UPORABA ORTOPEDSKIH PRIPOMOČKOV

Robert Janežič, dipl. inž. ort. prot.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča, Ljubljana

E-naslov: robert.janezic@ir-rs.si

Za varno in pravilno uporabo ortopedskih pripomočkov je potrebno poznavanje stanja uporabnika oziroma pacienta. Glede na to stanje mora biti izbran ustrezen medicinski pripomoček. Osebe mora biti ustrezno usposobljeno, da se izbere ustrezen pripomoček in se ga pravilno namesti ter poduči uporabnika o njegovi namestitvi, pravilni uporabi in vzdrževanju. S tem so zagotovljeni pogoji za varno in učinkovito uporabo medicinskega pripomočka.

Pri protezah se glede na stanje pacienta timsko določita aktivnost pacienta in funkcionalno stanje. V timu sodelujejo specialist fiziater, diplomirani inženir ortotike in protetike, fizioterapevt, po potrebi tudi delovni terapevt, medicinska sestra, psiholog, socialni delavec. Glede na potrebe pacienta lahko sodelujejo tudi ortoped ali drugi specialisti, če je to potrebno. Na podlagi tega inženir ortotike in protetike določi pripomoček z ustreznimi komponentami in materiali. Izdelan ali izbran pripomoček se preizkusi, ustrezno popravi in namesti. Pacienta se nauči pravilne uporabe, po potrebi se ga dodatno usposobi pod nadzorom fizioterapevta. Za to morajo biti izpolnjeni pogoji, kot je razumevanje navodil s strani pacienta. To razumevanje se preverja pri nameščanju pripomočka. Dodatno smo uvedli predavanja in nato preverjanje s testom, ki pokaže razumevanje navodil pri vsakem posamezniku. Po namestitvi se uporaba pripomočka spremlja v časovnih intervalih. Časovni intervali se določajo za vrsto pripomočka, glede na garancijsko dobo, trajnostno dobo pripomočka, posebne zahteve, če so te potrebne za posamezen pripomoček (elektronika, baterije, programi, dovoljena obraba komponent). Zagotoviti je treba ustrezno servisiranje, prilagajanje in po potrebi svetovanje. S tem so zagotovljeni pogoji za varno in pravilno uporabo medicinskega pripomočka.

Ključne besede: medicinski pripomočki, pravilna uporaba, nameščanje pripomočka, vzdrževanje medicinskega pripomočka.

VARNA IN PRAVILNA UPORABA OPORNIC

Tomaz Štajer, dipl. inž. ort. prot.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča, Ljubljana

E-naslov: tomaz.stajer@ir-rs.si

Opornice so lahko serijske ali izdelane za posameznega uporabnika in za določen namen. Temu je prilagojena oblika in sestava opornice. Za drug namen uporaba opornic ni dovoljena. Pomembna je priprava pacienta na nameščanje pripomočka. Psihična priprava zajema ozaveščanje in spodbujanje pacienta k uporabi, preverjanje njegovega razumevanja, zakaj si je treba opornico namestiti na način, kot ga učimo, in kakšne so posledice napačnega nameščanja. Fizična priprava zajema sproščanje stopala, gležnja in kolena, da dosežemo potreben položaj za namestitev opornice. Potreben je tudi pravilen položaj telesa, da so posamezne mišične skupine sproščene in se opornica lažje namesti.

Pri nameščanju serijskih opornic sledimo pisnim navodilom proizvajalca. Pri nameščanju individualno izdelanih opornic pa so zelo pomembna tudi ustna navodila, ki so posebna za vsakega uporabnika, saj so prilagojena prav njemu. Poleg dobi tudi pisna navodila, ki pa so bolj splošna. Ne glede na to je treba pri nameščanju v obeh primerih stopalo sprostiti in ga do konca stisniti v opornico. Peta se mora v popolnosti prilegati – če pacient peto potegne iz opornice, se obremenitve povsem drugače razporedijo in tako nameščena opornica ne služi svojemu namenu ter lahko povzroča razjede in otiščance. Tega se morajo zavedati tako pacienti kot skrbniki, ki v določenih okoliščinah nameščajo opornice.

Opornica je običajno na telo fiksirana z veliko trakovi, po potrebi tudi v kombinaciji s čevlji, ki lahko delujejo kot dodatna fiksacija.

OGS – opornica za gleženj in stopalo se najlažje namesti pri pokrčenem kolenu, z roko nadziramo položaj petnice, da lahko stopalo in peto potisnemo do konca v opornico. Pred tem je treba stopalo sprostiti.

OKGS – opornico za koleno, gleženj in stopalo najlažje nameščamo leže. Gleženj in stopalo pa morata biti sproščena, da se doseže pravilen položaj pete. Obutev za nameščanje prek opornic mora biti dovolj prostorna, odpirati se mora globoko in imeti raven podplat. V opornicah uporabljamo nogavice. OKGS lahko namestimo tudi prek oprijetih tankih hlač. Najbolje iz higienskega stališča je, da se na nogo namesti tanka bombažna nogavička, ki se dnevno menja.

Opornice je treba tudi redno čistiti, še posebej, kadar se močno potimo ali imamo izcedke iz rane. Opornice čistimo s krpo, namočeno v vodo z blagim detergentom.

Brezhibnost opornic je treba redno preverjati, potrebni so tudi redni periodični pregledi in vzdrževanje pri izdelovalcu. Kakorkoli poškodovane/zlomljene opornice ni dovoljeno uporabljati in je treba takoj kontaktirati izdelovalca.

Ključne besede: opornica, nameščanje, vzdrževanje, higiena.

Viri: izvleček je pripravljen na podlagi tehničnih navodil, izkušenj stroke in uporabnikov.

PREHRANA DJECE NA LIJEČENJU OD MALIGNE BOLESTI

Željka Bilanović, mag. med. techn., Jasminka Miličević, mag. med. techn.
Klinika za onkologiju, Klinički bolnički centar Zagreb

Sažetak

Prema podacima SZO godišnje u svijetu od raka oboli oko 300.000 djece i adolescenata dobi od 0 do 19 godina. Liječenje maligne bolesti je agresivno i ima niz neželjenih pojava poput mučnine, povraćanja, bolova i infekcija. Potporna terapija koja ih može spriječiti, ublažiti ili ukloniti vrlo je važna u poboljšanju kvalitete života takve djece. Uslijed liječenja od maligne bolesti nutritivne potrebe djece se povećavaju. Djeca su izložena riziku od neuhranjenosti, malnutricije i kaheksije. Za procjenu nutritivnog statusa djece i adolescenata SZO preporuča izračun indeksa tjelesne mase (BMI). Razlikujemo akutnu i kroničnu pothranjenost. Sindrom anoreksije i kaheksije (SAK) se očituje nevoljnim gubitkom minimum 5 % tjelesne težine u razdoblju 3-6 mjeseci, smanjenim unosom hrane te povišenom vrijednosti CRP-a. Nutritivna potpora je važan dio cjelokupnog procesa onkološkog liječenja. Pomaže u procesu rasta i razvoja organizma, omogućuje regeneraciju tkiva oštećenog terapijom, sprječava i ublažuje pothranjenost te smanjuje neželjene pojave antitumorske terapije. Nutritivne potrebe djece razlikuju se ovisno o vrsti maligne bolesti i antitumorske terapije, dobi, spolu i općem zdravstvenom stanju. Terapijske mogućnosti uključuju savjetovanje, obogaćivanje namirnica, oralne prehrane dodatke, enteralnu i parenteralnu prehranu. Odluka o načinu potpore ovisi o brojnim čimbenicima: dobi i općem stanju djeteta, osnovnoj bolesti, mogućnosti oralnog unosa, stanju probavnog sustava i dostupnosti određenih nutritivnih pripravaka. Preporuka je započeti sa savjetovanjem te nakon uvida u dnevnik prehrane pokušati količinski povećati unos uobičajene hrane, bez posebnih dodataka ili ograničenja u prehrani. Ako je potrebno uvode se enteralni pripravci ili u konačnici parenteralna prehrana.

Ključne riječi: djeca, maligna bolest, prehrana, liječenje

Viri

Grbavac, S. (2018). Dijetetski pristup i osobitosti prehrane pedijatrijskog onkološkog bolesnika. Dostupno na: <http://www.savez-dnd.hr/wp-content/uploads/2018/10/Zdrava-prehrana.pdf> (02.04.2023).

Europski standardi skrbi za djecu s malignom bolešću. Dostupno na: <https://www.siope.eu/wp-content/uploads/2013/06/Croatian.pdf> (01.04.2023).

Jakovljević, G., Stepan, J., Nakić, M. (2006). Značaj suportivne terapije u liječenju djece s tumorima. *Paediatrica Croatica*, 50 (Supl 1): 277-279.

Mozaffarian, D., Rosenberg, I., Uauy, R. (2018). History of modern nutrition science - implications for current research, dietary guidelines, and food policy. *British Medical Journal*, 361. Dostupno na: <https://doi.org/10.1136/bmj.k2392> (02.04.2023).

Triarico, S., Rinninella, E., Attinà, G.(2022). Nutritional status in the pediatric oncology patients. *Frontiers in Bioscience (Elite Ed)*, 14(1), 4. Dostupno na: <https://doi.org/10.31083/j.fbe1401004> (31.03.2023).

Tripodi, S.I., Bergami, E., Panigari, A., Caissutti, V. et al. (2023). The role of nutrition in children with cancer. *Tumori Journal*, 109(1): 19–27.

Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9896537/> (pristupljeno 01.04.2023).

World Health Organization. *Cancer in children*. Dostupno na:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children> (01.04.2023).

