

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



SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
V PEDIATRIJI

ZBORNİK PREDAVANJ

1. RTIŠKO SREČANJE MEDICINSKIH SESTER

POSEBNOSTI PEDIATRIČNE ZDRAVSTVENE
NEGE SOCIALNO OGROŽENEGA OTROKA IN
MLADOSTNIKA

DEBELI RTIČ, 25. SEPTEMBER 2009

**Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji
pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev
medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije**

**POSEBNOSTI PEDIATRIČNE ZDRAVSTVENE NEGE SOCIALNO
OGROŽENEGA OTROKA IN MLADOSTNIKA**

Organizacijski odbor:

Beisa Žabkar
Andreja Črnetič
Doroteja Dobrinja
Ivica Brumec
Ivanka Limonšek
Majda Oštir
Anica Vogel

Izdala: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, Vidovdanska 9, Ljubljana

Urednica: Andreja Črnetič

Fotografija na naslovnici: Arhiv MZL

Tisk in prelom: Lotos d.o.o. Postojna

Naklada: 100 izvodov

Debeli rtič, maj 2009

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

616-053.2-083(082)

POSEBNOSTI pediatrične zdravstvene nege socialno ogroženega otroka in mladostnika : zbornik predavanj, Debeli rtič, 25. september 2009. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, 2009

ISBN 978-961-92645-1-5

247432192



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



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

ZBORNIK PREDAVANJ

**POSEBNOSTI PEDIATRIČNE
ZDRAVSTVENE NEGE SOCIALNO
OGROŽENEGA OTROKA IN
MLADOSTNIKA**

DEBELI RTIČ, 25. SEPTEMBER 2009



- 8.00 – 9.00 **Registracija**
- 9.00 – 9.20 **Kulturni program in pozdravni govor predsednice in gostov**
mag. Janez Pezelj, generalni sekretar RKS, vodja MZL Karmen Kajba in glavna medicinska sestra MZL Beisa Žabkar

I.SKLOP: SMERNICE OBRAVNAVE SOCIALNO OGROŽENEGA OTROKA

Moderatoriki: Beisa Žabkar, Anica Vogel

- 9.20 – 9.40 **Humanitarne akcije RKS in letovanje socialno ogroženih otrok**
mag. Janez Pezelj, generalni sekretar RKS
- 9.40 – 10.00 **Predstavitve programa socialno ogroženih otrok in posebnosti zdravstvene neg v MZL Debeli rtič**
Beisa Žabkar, dipl.m.s., uni.dipl.org.
- 10.00 – 10.20 **Otroški oddelek splošne bolnišnice Brežice in posavski romi**
Sonja Klakočar, dipl.m.s., Silvija Jelen, dipl. vzg. predš. otrok
- 10.20 – 10.40 **Kaj pomeni nov zakon o nasilju za medicinske sestre v pediatriji**
Mag. Dragica Fojan, Center za socialno delo Koper
- 10.40 – 11.00 **Razprava in zaključek teme**
- 11.00 -11.30 **Odmor**

II. SKLOP: VPLIV ZDRAVSTVENE NEGE NA VARNOST V DRUŽINI
Moderatoriki: Doroteja Dobrinja, Mateja Hren

- 11.30 - 11.50 **Prva faza procesa zdravstvene nege – pomemben element za prepoznavo otrokovega socialnega okolja**
Renata Vettorazzi, dipl.m.s.
- 11.50 -12.10 **Vplivi okolja na zdravje otroka**
Magda Zupan, dipl.m.s.
- 12.10 – 12.30 **Življenjski standard družine in kronična bolezen otroka in mladostnika**
Mateja Hren, dipl.m.s.
- 12.30 – 13.00 **Ko bolnišnica postane dom...**
Sonja Poštuvan,viš.med.ses., Asist. dr. Hojka Gregorič Kumperščak, dr.med.



13.00 – 13.20 **Zdrav življenjski slog mladih družin**
Andreja Černetič, dipl.m.s., Doroteja Dobrinja, dipl.m.s. in Beisa Žabkar, dipl.m.s., univ.dipl.org.

13.20 – 13.30 **Razprava in zaključek teme**

13.30 – 14.00 **Volitve**

14.00 – 15.00 **Kosilo (hladno - topli bife)**

III. SKLOP: OTROK S POSEBNIMI POTREBAMI

Moderatorki: Ivanka Limonšek, Aleksandra Horvat

15.00 – 15.20 **Inkluzivni pristop zdravstveno vzgojne obravnave pri socialno ogroženih otrocih in otrocih s posebnimi potrebami**
Aleksandra Horvat, dipl.m.s.

15.20 – 15.40 **Tankočutnost komunikacijske interakcije s socialno ogroženim otrokom**
Anka Stropnik, dipl.m.s.

15.40 – 16.00 **Problem ustnega zdravja pri otrocih s posebnimi potrebami v ZUDV Dornava**
Jožica Brenčič, dipl.m.s., Ivanka Limonšek, dipl.m.s., univ dipl.org

16.00 – 16.10 **Razprava in zaključek teme**

16.10 – 17.30 **Strokovno voden ogled MZL Debeli rtič**

STROKOVNO-ORGANIZACIJSKI ODBOR: Andreja Černetič, Doroteja Dobrinja, Ivica Brumec, Ivanka Limonšek, Majda Oštir, Beisa Žabkar in Anica Vogel.

PRESEDNICA SEKCIJE: Anica Vogel



I. SKLOP

SMERNICE OBRAVNAVE SOCIALNO OGROŽENEGA OTROKA



HUMANITARNE AKCIJE RKS IN LETOVANJE SOCIALNO OGROŽENIH OTROK

*Mag. Janez Pezelj,
generalni sekretar Rdečega križa Slovenije*

Sestre naredijo več, kot se zavedajo.

Hvala za Vaše prijazno vabilo. Veseli me, da lahko tvorno prisostvujem rtiškemu srečanju, ki ste ga poimenovali prvo. To pomeni, da bomo čez leto obsorej lahko ugotovili, koliko je bilo na 1. srečanju praznih besed in koliko dobrega smo naredili, in ali so tovrstna srečanja sploh potrebna. Torej, danes smo se zbrali, da bi z različnimi pogledi, znanji in izkušnjami iskali poti kakovostnejšega delovanja, sobivanja in tudi večje solidarnosti. Organizacijski odbor rtiškega srečanja si je vzel pravico in moj nastop poimenoval **»Humanitarne akcije RKS in letovanje socialno ogroženih otrok«**. Sam bi si boljši naslov težko izmislil. Današnja družba se vse bolj sooča z novimi izzivi, zdi se, da sama sebe prehiteva, srečujemo se s spremenjenimi vlogami družin, vedno starejšo populacijo in vedno tanjšimi proračuni. V vse bolj odtujeni, hitri in individualizirani družbi se kopičijo serije težav, za nekatere tudi nepremostljivih ovir, ki ljudi časovno, fizično in finančno izčrpavajo. Če kdo, potem lahko to trditev potrdite medicinske sestre. Iz dneva v dan se srečujete z zahtevami pacientov, iz dneva v dan prenašate tudi njihove bolečine in stiske, pa tudi njihove nerodnosti. Slovenske medicinske sestre ste lahko mnogim za zgled. Hvala za opravljeno delo. Po naravi sem optimist, a zavedam se, da Vas čaka veliko, veliko dela. Prepričan sem, da ga boste zmogle. Še vedno ste ga.

V mednarodni organizaciji Rdečega križa in v Rdečem križu Slovenije se pri svojem vsakdanjem delu, zelo razvejanem delovanju, posvečamo najbolj ranljivim in najbolj ogroženim slojem družbe in jim z razvejano mrežo območnih združenj lajšamo življenje. Brez humanitarnih nacionalnih akcij si naši uporabniki svoje življenje težko predstavljajo. Ob tem moram poudariti, da bi nam bilo brez tesnega sodelovanja krajevnih organizacij in predanih prostovoljcev veliko težje. Ker ne gre le za to, da s humanitarno akcijo vzpostavimo čim učinkovitejšo pot do človeka v stiski in da je ta zanj v primerni obliki, pač pa velikokrat s prostovoljnimi delom krpamo tiste vrzeli v družbi, ki so bile včasih v domeni močne skupnosti, ko smo si med seboj še znali pomagati. Dandanašnji je tako, da v mestnih blokkih sosed ne pozna sosed. Zanj zve ob njegovi smrti in se čudi, da s tem človekom skoraj nikoli ni spregovoril besede. In zato smo organizacije, ki danes delujemo na področju humanitarnosti in v javnem interesu na področjih socialnega in zdravstvenega varstva, še kako pomembne. Smo mnogoštevilne in raznolike - a še vedno manj raznolike in mnogoštevilne, kot je stisk in potreb današnjega časa. In vem, da medicinske sestre vedo, da nas enotijo človekoljubni cilji. Tako kot vas. Prav vsak izmed nas, naših sodelavcev



ali prostovoljcev, želi po svojih najboljših močeh pomagati nemočnim posameznikom in ranljivim skupinam. V tem kontekstu vidim tudi Vas, medicinske sestre. Zanesljivo ste del slovenskega prostovoljstva, marsikatera pa tudi aktivna članica te ali one humanitarne organizacije. Vem, da se zavedate, da se je kriza, ki pustoši po gospodarstvu in rešeta borzne tečaje, začela zajedati tudi tja, česar se verjetno vsi najbolj bojimo – v vsakdanje življenje malih ljudi. Po zadnjih podatkih je v Sloveniji že več kot 15 odstotka brezposelnih kot v istem obdobju lanskega leta. Ljudje ostajajo na cesti brez vsega in vse več jih pomoč išče tudi na humanitarnih organizacijah. Ne prosijo le za hrano in obleko, tudi za plačevanje položnic, saj si drugače ne znajo več pomagati. So seveda tudi izjeme.

Kdo pravzaprav prihaja po pomoč? To so v glavnem enočlanske družine, največkrat enoroditeljske družine starejše osebe, upokojenci. Na terenu imamo mrežo aktivistov, ki vedo, kdo in kolikokrat kaj dobi. Med tistimi, ki potrkaajo na naša vrata, pa je manj mladih – ti se znajdejo drugače, je pa veliko ovdovelih ter v zadnjem času zlasti brezposelnih. Opažamo vedno več družbenega razslojevanja in revščine, še posebej med brezposelnimi in neaktivnimi osebami. Nizki prihodki ali izostanek prihodkov žene vse več ljudi na prag revščine, številne tudi čezenj. V Sloveniji se večja število ljudi, ki zaradi dolgotrajne stiske tudi psihično zbolijo, več je skrajnih oblik brezdomstva. Socialna prikrajsanost ne tepta le osebnega dostojanstva revnih, temveč kritično vpliva tudi na zdravstveno ogroženost in druge psihosocialne težave odraslih in odraščajočih otrok. Vendar – revščina ni greh, revščina je dejansko stanje, ki se ga moramo zavedati in koordinirano ukrepati v krizi, ki nas obdaja.

A tudi dobredelneži smo, če to lahko poudarim, v težavah. Ne morem mimo zmanjševanja državnih proračunskih sredstev za nevladne in humanitarne organizacije, in ne mimo dejstva, da se koncept blaginje prestavlja z države na civilno družbo. Naj omenim le nedomišljeno podeljevanje koncesij v zdravstvu, ki peha v stisko in neenakopraven položaj ravno najbolj ranljive skupine prebivalstva, na velike napore za ohranjanje ustreznega števila krvodajalcev, s katerimi lahko pokrivamo potrebe po krvi. Naše humanitarne akcije niso zastoj, zato sem v enem svojih nastopov v Državnem svetu RS glasno opozoril na davek na človekoljubje. Gre za davek na dodano vrednost. Ministrstvo za finance pozivamo, da naj nas država, ne samo v teh zaostrenih gospodarskih razmerah, oprosti plačila davka na dodano vrednost pri nakupu prehranskih paketov. Da bo jasneje: s humanitarno akcijo zberemo denar, v skladu z zakonodajo povabimo veletrgovce, naj med seboj tekmujejo in znižajo cene, naredimo analizo, podpisemo pogodbe, opravimo nakup in nato zaradi vsega dobrega dela plačamo še davek. Davek na človekoljubje. Da te kap! Lani smo ga plačali 185.000 evrov. Dejstvo je, da je RKS humanitarna organizacija, ki deluje v javnem interesu in že s tega vidika sem prepričan, da bi nam država morala prisluhniti. Če bi nas odrešila plačevanja tega davka, bi lahko za socialno ogrožene družine lahko kupili najmanj 13.000 paketov hrane. Za državo nepomembna številka, za mnoge slovenske družine velika in nepogrešljiva pomoč. In ker smo že na Debelem rtiču – za uporabo stavbnega zemljišča mora RKS plačati letno 120.000,00 EUR. Denar, s katerimi



bi lahko v desetih letih postavili »velik« zametek miniaturnega sodobnega naselje za najmlajše.

Naslov mojega prispevka terja konkretne številke. Rdeči križ Slovenije ima kar nekaj humanitarnih akcij. Lansko leto smo na letovanje poslali 1.070 socialno ogroženih otrok s pomočjo sredstev FIHO in TUŠ. Organizirali smo akcijo zbiranja sredstev "Peljimo jih na morje". V akcijo smo šli s strahom, z njeno pomočjo (261.000 EUR) smo na letovanje poslali 847 otrok in 165 socialno ogroženih, bolnih in invalidnih oseb. Kot organizatorji zdravstvenih letovanj smo s pomočjo sredstev, pridobljenih na razpisu ZZZS, v MZL RKS Debeli rtič peljali 1.422 otrok (18 OZ RK) ter 1.428 otrok v MPD Frankopan Puntat (9 OZ RK). Zaradi recesije in vedno večjega števila socialno ogroženih družin (RKS pomaga več kot 130.000 posameznikom in družinam z različnimi prehranskimi izdelki), RKS namenja posebno pozornost izvajanju programov namenjenih otrokom, saj se revščina v svoji preobleki kaže in izraža ravno na njih. Prav zaradi tega je RKS tudi v tem letu organiziral akcijo zbiranja sredstev za letovanje otrok. Do danes smo zbrali več kot 157.000 EUR, akcija še poteka. Z akcijo Lepo je deliti smo dosegli rekord – do danes smo zbrali 564.000 EUR. Pripravljamo še dobredelni koncert in upamo, da zberemo z njim še dodanih najmanj 100.000 EUR. Naša upanja dokazujejo, da nam državljanji zaupajo! Tako kot preteklo leto smo tudi letos uspeli pridobiti donatorska sredstva za letovanje 500 socialno ogroženih otrok od podjetja TUŠ, s pomočjo sredstev FIHO pa smo popeljali na morje v MZL RKS Debeli rtič 593 otrok. V Mladinskem zdravilišču in letovišču se srečujemo z velikim upadom napotenih otrok na zdraviliško zdravljenje. Pojavljajo se nam mnoga vprašanja in ugibanja, čemu je tako. Tu pa nam lahko pomagate ravno vi. Z dodatnim informiranjem staršev, svojih kolegic, medicinskih sester in seveda zdravnikov. Pred desetimi leti je bilo k nam napotenih 1.360 otrok, letos do oktobra samo 621. Zanesljivo se razmere niso popravile za grozovitih 54,34 odstotka. Prej obratno. Ta država za tajkune in odpravnine lepo poskrbi, za lastno bolno mladež bistveno manj. Trdno sem prepričan, da je vaša vloga včasih odločilna. Pomagajte, prosim! Gre za pravico otrok in ve ste v tem primeru njihove najboljše advokatinje! Verjamem, da bomo drugo leto poročali o napredku in ne o upadu zdraviliškega zdravljenja. Po vaši zaslugi. In če se malce pošalim, tudi po moji, ker sem vas znal prepričati. (Priložen graf napotitev po ZZZS-jih. Iz njega sledi, da je največji upad pri ZZZS Novo mesto, Maribor, Koper in Ljubljana.). MZL RKS je zaradi naravnih danosti edino obmorsko otroško klimatsko zdravilišče v Sloveniji in prav zaradi omenjenega RKS organizira letovanja tudi izven poletne sezone, v času jesenskih, zimskih in prvomajskih šolskih počitnic. Posebnost teh naših letovanj je, da za otroke pripravimo posebno pester zabaven, športen in animacijskih program, v izvajanje programa pa so vključeni naši prostovoljci, vzgojitelji, ki imajo potrebna pedagoška znanja. Z veseljem Vas med prvimi informiram, da končujemo tudi nov hotel s 25 metriskim bazenom. Nove možnosti za najmlajše.

In še nekaj svežih podatkov, vezanih na aktivnosti RKS v času poostrenih gospodarskih razmer: socialno ogroženim posameznikom in družinam smo do avgusta 2009 razdelili 1.264 ton hrane, ki smo jo dobili iz Ukrepa dobave hrane iz intervencijskih zalog najbolj



ogroženih v Skupnosti (in imeli veliko dodatnih stroškov s prevozi, skladiščenji in brez pomoči prostovoljcev ne bi uspeli razdeliti vse hrane), 15.000 prehranskih paketov in pralnega praška iz sredstev FIHO, 42.250 prehranskih paketov iz sredstev Vlade RS. Prav sedaj poteka razdeljevanje dodatnih 15.000 prehranskih paketov in pralnega praška iz sredstev FIHO ter razdeljevanje materialne pomoči v vrednosti 100.000 EUR, ki smo jo prejeli od donatorja (Poslovni sistem Mercator). Zaključujemo prvo akcijo pomoči učencem in dijakom ob novem šolskem letu. V akciji smo učencem in dijakom pomagali pri nakupu šolskih potrebščin tudi z delom sredstev, zbranih v Tednu RK. To je teden, ko morate kupiti dodatno znamkico in se morda jezite na RKS, ne zavedajoč, da od vsake dodatne znamkice, ki jo pošta proda, naši organizacijo ostane samo 80 odstotkov. 20 odstotkov pobere pošta. Letos smo v tem tednu zbrali več kot 192.000 EUR, za program pomoči osnovnošolcem in dijakom pa smo namenili kar 77.000 EUR (ostala sredstva smo porabili za načrtovane nakupe hrane in higienskih potrebščin). Ta uspeh smo dosegli ob številnih majhnih jezicah na RKS, saj mnogi, ki morajo kupiti znamko, ne vedo, kako veliko z majhno znamkico prispevajo. Zelo veliko. Zato vas že sedaj vabim – ko boste tudi letošnjega novembra znova na pošti, brez negodovanja kupite znamko in darujte tistih 0,12 centa. Tako ali tako nam od tega ostane 20% manj, ves izkupiček pa gre za otroke. Za naše otroke. Tu gre pohvaliti tudi naša območna združenja Rdečega križa, ki za socialno ogrožene dodatno nakupijo za 160.000 EUR zvezkov, knjig in drugih šolskih potrebščin. Vsak otrok se skromnega darila razveseli. Podatek, da bo letos RK S s pomočjo državljanov in državljanek za šolo prispeval kar 237.000 EUR, pa govori o pomembnosti naše največje humanitarne organizacije.

Kaj nas še čaka? Napovedi krize so si nasprotujoče. Verjamem, da bo še naprej hudo in po izkušnjah mojih sodelavcev na Rdečem križu se bo število prosilcev do konca leta povečalo tja do 20 odstotkov. V mesecu oktobru bomo zato nadaljevali z razdeljevanjem dodatnih 1.230 ton hrane iz Ukrepa dobave hrane iz intervencijskih zalog najbolj ogroženih v Skupnosti, do konca leta bomo pripravili dodatnih 37.000 paketov, ki jih bomo kupili s pomočjo sredstev vseslovenske akcije “Lepo je deliti”, na Debelem rtiču bomo gostili otroke in starostnike iz socialno ogroženih skupin iz akcije Peljimo jih na morje. Predvsem pa se zavedamo naše pomembne naloge, pri kateri nam lahko pomagate - krepitev solidarnosti med mlajšimi in starejšimi. Današnje družine se zaradi pomanjkanja časa soočajo z resnimi ovirami pri ohranjanju dobrih odnosov s starejšimi družinskimi člani ter pri zagotavljanju ustrezne skrbi zanje. Ključna naloga delovanja Rdečega Križa in vseh nas v tej socialni agendi, pa ni le pritisk na politične, finančne, upravljalvske in administrativne mehanizme za doseganje kakovostnega življenja ranljivih, njihovo večjo socialno vključenost in več medgeneracijskega sožitja, pač pa predvsem oblikovanje takih poti skupnostnega medgeneracijskega prostovoljstva in osebne solidarnosti, pri katerih bo pomoč tako rekoč mogoča že čez cesto ali kar v istem hodniku.

Prepričan sem, da prvo rtiško srečanje ni zadnje in da postane pomemben zgled povezovanja in inkubator novih idej in praks sinergične solidarnosti in tesnejšega skupnostnega povezovanja. Tu imate medicinske sestre tudi zaradi svojega ženskega



principa oziroma delovanja še naprej pomembno vlogo. Stavim na vašo prislovično človečnost, izobraženost ter pripadnost!

Hvala in srečno!



PREDSTAVITEV PROGRAMA SOCIALNO OGROŽENIH OTROK IN POSEBNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V MZL DEBELI RTIČ

Beisa Žabkar, dipl.m.s., uni.dipl.org.

Barbara Fritz Marzi, dipl.fih, univ.dipl.soc.

Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič

IZVLEČEK

Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič s petdeset letno tradicijo pripomore k zdravemu razvoju otrok in mladostnikov na nacionalni ravni. V članku avtorica opozarja, da je področje zdravstvene nege socialno ogroženega otroka specifična veja pediatrične zdravstvene nege. Zdravstvena nega socialno ogroženega otroka se razlikuje predvsem v tem, da je pri takem otroku potrebno več timskega dela zaposlenih različnih specialnostih. Pri obravnavi takega otroka je izjemnega že pogled, dotik z roko in topla beseda. Članek predstavlja projekt »Tam kjer rastejo sanje«, ki je zelo lepo sprejet s strani otrok.

UVOD

Vzroki za socialno stisko so zelo različni. Med pobudniki pa lahko izluščimo nekaj skupin ljudi, katerih socialna stiska ima skupni imenovalec.

Dolgoletna brezposelnost je lahko posledica zdravstvenega stanja, starosti ali invalidnosti iskalca zaposlitve. Za te osebe postaja revščina nekaj zelo konkretnega in z vsakim nadaljnjim letom brezposelnosti bolj brezizhodna. Obravnavane pobude kažejo, da ne gre le za materialne posledice, pač pa tudi za rušenje samopodobe in spreminjanja vrednot. Ljudje, ki jim dlje časa ne uspe dobiti zaposlitve, se počutijo odrinjeni in družbi nepotrebni. Zanje bi bilo treba organizirati primerna javna dela, kjer bi se ponovno vključili v delo, kar bi pripomoglo tako k premagovanju njihovih materialnih stisk kot tudi osebnostnih kriz.

Pogoste so pobude ostarelih, ki živijo sami in imajo za preživetje samo denarno pomoč. Zaradi starosti in onemoglosti ne morejo sami dodatno zaslužiti. Zaradi bolezni potrebujejo zdravila in dietno prehrano, pa za to nimajo potrebnih sredstev. Čeprav imajo otroke, jim ti pogosto ne morejo ali nočejo pomagati.

Veliko je primerov, ko so družine z najnižjimi dohodki soočene z neurejenim stanovanjskim vprašanjem ali ne morejo plačevati tekoče mesečne obveznosti iz naslova visoke najemnine, stroškov stanovanja ali odplačevanja posojil. Večinoma gre za zaposlene osebe, ki le minimalno presegajo z zakonom o socialnem varstvu določen dohodek na družinskega člana, ki še omogoča dodelitev denarnega dodatka. Malenkostno presegajo tudi cenzus za subvencioniranje najemnine. Zaradi prenizkih dohodkov niso kreditno



sposobni za najem stanovanjskega posojila. Ta skupina ljudi običajno vrsto let neuspešno kandidira na razpise za socialna stanovanja. Tako kljub stalni zaposlitvi nimajo upanja na izhod iz revščine, saj zaradi plačevanja visokih najemnim ostajajo na robu preživetja. Opazna sta ogrožena socialna varnost in razvoj otrok v primerih, ko starši nimajo gmotnih možnosti ali sposobnosti, da bi zagotovili ustrezne življenjske razmere za otrokov razvoj. Z ustrežnejšo družinsko politiko bi morala država poskrbeti, da bi imeli otroci enakovredne možnosti za vključevanje v življenje. S tem bi otroke iz socialno šibkih družin zavarovali pred marginalizacijo.

PROGRAM V MLADINSKEM ZDRAVILIŠČU IN LETOVIŠČU DEBELI RTIČ

Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič izvaja (v nadaljevanju MZL Debeli rtič) veliko dejavnosti. Ena izmed prioriteten je letovanje otrok iz socialno ogroženih družin (socialno letovanje). Otrok, ki je izbran za socialno letovanje v MZL Debeli rtič mora izpolnjevati pogoje socialno ogroženih družin. V enem tednu, ki ga otroci preživijo pri nas, želimo dati otrokom pozitivne vzpodbude, da bi se z veseljem, radovednostjo in dobro voljo vključevali v vse dejavnosti ustvarjalnega, razvedrilnega in športno - gibalnega značaja. Skozi vse te dejavnosti spoznajo določene pomembne vrednote in pravila, ki jih moramo razumeti in spoštovati.

Program za otroke, je prilagojen starostni stopnji otrok, njihovim zmožnostim, kot tudi željam in potrebam. Poudarek pa je predvsem na medsebojnem druženju, spoznavanju, tkanju novih prijateljskih vezi ter kakovostnem in ustvarjalno preživetem času.

TIMSKO DELO S SOCIALNO OGROŽENIMI

Dobro timsko sodelovanje med zdravstvenimi in pedagoškimi delavci ter celostni pristop k otroku so nujna in dobra podlaga za oblikovanje programov. Osnovni cilji pri oblikovanju programov so:

oblikovanje pozitivne samopodobe,
spodbujanje otrokove ustvarjalnosti in lastne aktivnosti,
vzgoja za odgovoren odnos do zdravja.

NASTANEK PROJEKTA »TAM KJER RASTEJO SANJE«

V vsakem otroku je zgodba o kraju kjer lahko sanja. Zgodba se vije od včeraj, dogaja se danes in sanja o jutru. **Sanje rastejo tam, kjer najdeš in podariš pogled, roko in besedo.** Program je razdeljen v 3 glavne teme.



Risba otrok, ki predstavlja MIR



TEMA	CILJI
 <p>KDO SEM JAZ, KDO SI TI</p>	<p>Spoznavanje samega sebe, svojih potreb in čustev. Iskanje svojega mesta v skupini, oblikovanje skupine. Učenje komunikacije.</p>
 <p>SAMO ŽIVETI ALI ŽIVETI Z GLAVO</p>	<p>Spoznati pomen gibanja in zdrave telesne aktivnosti. Navdušiti se za zdravo prehrano. Spoznati škodljivosti cigaret. Prevzeti odgovornost za svoje zdravje.</p>
 <p>TAM KJER RASTEJO SANJE</p>	<p>Iskanje svojih korenin in identitete. Krepitev samopodobe. Spodbujanje družjenja.</p>

Program, ki se izvaja v MZL Debeli rtič



V otroštvu je čas, da sejemo vrednote. Vsaka delavnica je bila poimenovana po osrednji vrednoti, ki jo dejavnost spodbuja, odkriva, krepi: ŽIVLJENJE, LJUBEZEN, VESELJE, ZDRAVJE, ODGOVORNOST, MIR, OBLJUBA, ZVESTOBA, ... Po izbrani vrednosti so tudi delavnice poimenovane: OAZA MIRU, OAZA ZDRAVJA, DEŽELA LJUBEZNI, ... Otroštvo je čas, ko otrok spozna, da je njegovo počutje, zadovoljstvo in nezadovoljstvo v veliki meri odvisno od njega samega, da zna storiti nekaj zase, se zavzeti in potruditi, da se ne doživlja kot pasiven element usode in ne goji občutkov nemoči v življenjsko pomembnih situacijah, kot je njegovo zdravje. Zdravje kot vrednota naj se preko zdravega odnosa do narave, gibanja in svojega telesa, spontano in posamezniku prilagojeno vgrajuje v način življenja. Delavnic se je udeležilo 3.300 otrok in njihovih spremljevalcev. Delavnice je vodilo približno 120 prostovoljcev. S programom nadaljujemo in ga izvajamo tudi pri otrocih, ki prihajajo k nam na zdraviliško zdravljenje.

ZDRAVSTVENA NEGA SOCIALNO OGROŽENEGA OTROKA

Na državni ravni imamo nacionalni zdravstveni načrt, ki pokaže ključne poteze zagotavljanja zdravstvenega varstva v državi. V državi potekajo reforme in najbolj pomembna poteza teh reform je postopen, a stalen premik od prvobitno službe za bolne k poudarjanju zdravja in storitev, ki jih vodijo v primarno zdravstveno varstvo. Za te zelo razširjene reforme obstajata dva razloga. Prvi je, da nobena država nima neomejenih finančnih virov, drugi pa je humanitaran. Širi se spoznanje, da je temeljna pravica vseh ljudi, bogatih in revnih, mladih in starih, imeti enak dostop do zdravstvenega varstva in da živijo zdrava življenja. V zdravstveno nego v pediatriji je zato potrebno prenesti posamezna znanja iz bolnišnic v dispanzerje in obratno. V obdobju hitrih sprememb se pojavlja vse večja potreba po sodelovanju in združevanju v zdravstveni negi.

Pediatrična medicinska sestra (definicija ICN) je medicinska sestra, oseba, ki je uspešno zaključila priznано teoretično in praktično izobraževanje iz znanja zdravstvene nege dojenčka, otroka in mladostnika. Lahko rečemo, da je postavljen standard definicije kateri velja za Evropo.

Prva pomembna naloga Evropskega združenja pediatričnih medicinskih sester (v nadaljevanju EZPMS) je zaščita otrokovih pravic, podpora zdravstveni negi otroka, opredelitev dela specifičnih zdravstvenih služb za zdravstveno nego, prepoznavanje in ugotavljanje otrokovih in družinskih potreb, bolnišnic in društev v Evropi. Ker sta otrok in družina enotno obravnavana v EZPMS, je enaka odgovornost do obeh in zato moramo sodelovati z otrokom in staršema (partnership).

Specifičnost pediatrične zdravstvene nege temelji na stopnji otrokove rasti in razvoja ter aktivnega vključevanja staršev tako v proces zdravstvene nege, kot tudi v celotno obravnavo otroka. Iz literature je zaslediti zelo malo podatkov o pediatrični zdravstveni negi socialno ogroženega otroka.

Zdravstvena nega socialno ogroženega otroka se pri nas izvaja z zelo majhno količino informacij o zdravstvenem stanju otroka. Imamo vpogled v otrokovo socialno anamnezo,



v njej so navedene življenjske razmere v katerih otrok živi. O zdravstvenem stanju pa izvemo zelo malo. Iz odgovorov na vprašalnik lahko sklepamo ali ima otrok katero izmed kroničnih obolenj, če prejema zdravila, ali ima alergije in ali je cepljen redno po programu. Zelo pogosto so vprašalniki neizpolnjeni in o otrokovem zdravstvenem stanju ne izvemo ničesar. Ker imam veliko predhodnih delovnih izkušenj iz Dispanzerja za otroke kjer je otrokova dokumentacija dosegljiva zdravstvenemu osebju je tukaj situacija popolnoma nasprotna. Zelo pogosto moramo poklicati starše, da nam posredujejo informacije o zdravstvenem stanju otroka ali otrokovega izbranega zdravnika.

V primeru bolezni otroka namestimo v bolniško sobo kjer zanj skrbi 24 ur zdravstvena služba. Najpogosteje se srečujemo z respiratornimi infekti, slabim počutjem, glavoboli in težavami psihogenega izvora. Zdravstvena nega je individualna in prilagojena otrokovim težavam. Zdravstvena nega je zelo zahtevna saj brez zdravstvene dokumentacije je včasih zelo težko načrtovati delo in reševati težave, ki jih otrok ima. V pripravi je standard obravnave socialno ogroženega otroka.

POSEBNOSTI SPREJEMA OTROKA S POSEBNIMI POTREBAMI

Za nas je zelo pomemben podatek, če gre za otroka s posebnimi potrebami in je vključen v za to vsrezne programe. V kolikor je ta informacija pri nas pred prihodom otroka poskrbimo, da ima individualnega vzgojitelja. Le tako lahko omogočimo otroku prijetno bivanje pri nas.

KONVENCIJA O OTROKOVIH PRAVICAH

Sprejela jo je Generalna skupščina Združenih narodov z resolucijo št. 44/25 z dne 20. novembra 1989. Veljati je začela 2. septembra 1990 v skladu z 49. členom.

Države pogodbenice te Konvencije

so v prepričanju, da pomeni po načelih, izraženih v Ustanovni listini Združenih narodov, priznanje prirojenega dostojanstva in enakih neodtujljivih pravicah vseh članov človeške družbe temelj svobode, pravičnosti in miru na svetu,

upoštevajoč, da so ljudstva Združenih narodov v Ustanovni listini Združenih narodov ponovno potrdila svojo vero v temeljne človekove pravice in dostojanstvo in vrednost človekove osebnosti in se odločila, da bodo podpirala družbeni napredek in ustvarjanje boljših življenjskih pogojev v večji svobodi,

zavedajoč se, da so Združeni narodi v Splošni deklaraciji človekovih pravic in v Mednarodnih paktih o človekovih pravicah razglasili, da so pravice in dolžnosti, določene s temi akti, enake za vse, ne glede na raso, barvo kože, spol, jezik, veroizpoved, politično ali drugo prepričanje, narodno ali socialno poreklo, premoženje, rojstvo ali kakršenkoli drug položaj,

priklicujoč si v spomin, da so Združeni narodi v Splošni deklaraciji človekovih pravic



razglasili, da je otroštvo upravičeno do posebne skrbi in pomoči,

v prepričanju, da mora biti družini kot temeljni družbeni skupini in naravnemu okolju za razvoj in blaginjo vseh njenih članov in še posebej otrok namenjeno potrebno varstvo in pomoč, da lahko v celoti prevzame svoje odgovornosti v družbi,

zavedajoč se, da mora otrok za poln in skladen razvoj svoje osebnosti odraščati v družinskem okolju, v ozračju sreče, ljubezni in razumevanja,

meneč, da mora biti otrok povsem pripravljen na samostojno življenje v družbi in vzgojen v duhu idealov, razglašanih v Ustanovni listini Združenih narodov, in še posebej v duhu miru, dostojanstva, strpnosti, svobode, enakosti in solidarnosti,

upoštevajoč, da je potreba po posebni skrbi za otroka navedena v Ženevski deklaraciji o otrokovih pravicah iz leta 1924 in v Deklaraciji o otrokovih pravicah, ki jo je Generalna skupščina sprejela 20. novembra 1959, ter priznana v Splošni deklaraciji človekovih pravic, v Mednarodnem paktu o državljanskih in političnih pravicah (še posebej v 23. in 24. členu), v Mednarodnem paktu o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah (še posebej v 10. členu) ter v statutih in ustreznih aktih specializiranih agencij in mednarodnih organizacij, ki skrbijo za blaginjo otrok,

upoštevajoč določbe Deklaracije o otrokovih pravicah, ki jo je sprejela Generalna skupščina 20. novembra 1959, da “otrok zaradi telesne in duševne nezrelosti potrebuje posebno varstvo in skrb, v številu ustrežno pravno varstvo, tako pred rojstvom, kot tudi po njem”,

sklicujoč se na določbe Deklaracije o družbenih in pravnih načelih varstva in blaginje otrok s posebnim poudarkom na nacionalnem in mednarodnem rejništvu in posvojitvi, na standardna minimalna pravila Združenih narodov o kazenskem pravosodju za mladoletnike (“Pekinška pravila”) in Deklaracijo o varstvu žensk in otrok v izrednih razmerah in oboroženih spopadih,

zavedajoč se, da so v vseh državah sveta otroci, ki živijo v izjemno težkih razmerah, in da ti otroci potrebujejo posebno pozornost,

upoštevajoč pomen tradicije in kulturnih vrednot posameznih narodov za varstvo in skladen razvoj otroka,

zavedajoč se pomembnosti mednarodnega sodelovanja za izboljšanje življenjskih pogojev otrok v vseh državah, še posebej v državah v razvoju,



ZAKLJUČEK

Zdravstvena nega socialno ogrožene populacije je veja, ki jo moramo še posebej razvijati in raziskovati saj gre za delo z najbolj občutljivo populacijo. Socialno ogrožen otrok in njegova družina zahtevajo poseben pristop, ki od medicinske sestre zahteva veliko potrpežljivosti in energije. Pri tem si lahko pomagamo s smernicami EZPMS. Ker se v Mladinskem zdravilišču in letovišču Debeli rtič zelo pogosto srečujemo s takim otrokom, trudili se bomo v prihodnosti, da je naš pristop čim bolj strokoven in profesionalen.

LITERATURA:

1. Žabkar B., *Vizija pediatrične zdravstvene nege in novosti na področju besežiranja-Definicija medicinske sestre v pediatrični zdravstveni negi z vidika Evropskega združenja pediatričnih medicinskih sester*, Zbornik predavanj. Portorož, 10. in 11. marec 2005. Str. 9-11.
2. Fritz Marzi B., *Zdravstvena vzgoja v ladijskem zdravilišču in letovišču Debeli rtič*, Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino SZD, 251-258, 2001.
3. Republika Slovenija, Varuh človekovih pravic. *Konvencija o otrokovih pravicah*. Dostopno na: <http://www.varuh-rs.si/publikacije-gradiva-izjave/letna-porocila/letno-porocilo-1997/2-pregled-problematike-po-posameznih-podrocjih/23-socialna-varnost/?L=6%27> (09.09.2009).
4. Republika Slovenija, Varuh človekovih pravic. *Konvencija o otrokovih pravicah*. Dostopno na <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/organizacija-zdruzenih-narodov/konvencija-o-otrokovih-pravicah-ozn/#c69> (09.09.2009).



OTROŠKI ODDELEK SPLOŠNE BOLNIŠNICE BREŽICE IN POSAVSKI ROMI

CHILDREN'S DEPARTMENT OF THE GENERAL HOSPITAL OF BREŽICE AND THE GIPSIES OF THE REGION OF POSAVJE

Sonja Klakočar, dipl. med. ses. in Silvija Jelen, dipl. vzg. predšol. otrok

IZVLEČEK:

Na otroškem oddelku Splošne bolnišnice Brežice se zdravijo tudi romski otroci iz Posavja. Statistično gledano je v povprečju letno hospitaliziranih 33 romskih otrok, vendar so nekateri med njimi večkratni povratniki. V okviru zadnjih desetih let smo zabeležili največ hospitaliziranih romskih otrok v letu 2001, in sicer 44. Delo z romskimi otroki in njihovimi družinami je zahtevno, predvsem z vidika njihove kulture in jezika. Na Otroškem oddelku Splošne bolnišnice Brežice smo izvedli kratko anketo s starši hospitaliziranih romskih otrok v obdobju od januarja 2009 do konca maja 2009. V tem obdobju je bilo hospitaliziranih 14 romskih otrok, od teh je 10 staršev pristalo na sodelovanje v anketnem vprašalniku. V prispevku bodo podani rezultati ankete. Spraševali smo jih o splošnih podatkih glede jezikovnega sporazumevanja, sprejetosti med domačini in njihovem bivalnem okolju. Rezultati so pokazali, da v našem okolju romske družine nimajo večjih težav s sporazumevanjem in sobivanjem z domačini. Bivalne razmere anketiranih niso popolnoma na dnu, saj jih ima večina agregat za električno energijo, vodo in delno zidane hiše. Poleg zdravstvenega osebja je na oddelku zaposlena tudi diplomirana vzgojiteljica, zato bomo podali tudi pedagoški vidik pri delu z romskimi otroki.

Ključne besede:

romski otroci, otroški oddelek

ABSTRACT:

At the children's department of the General hospital of Brežice the gipsy children of Posavje are treated as well as other children. Statistically, there are 33 gipsies in average hospitalized annually, although some of them come back several times. In the last decade we recorded the most cases of hospitalized gipsy children in 2001, namely 44. Working with gipsy children and their families is demanding, especially due to the different culture and language. At the children's department of the General hospital of Brežice we handed out the questionnaires to the gipsy parents whose children were hospitalized at our hospital between January and May 2009. In this period 14 gipsy children were hospitalized, and 10 out of 14 parents consented to do the questionnaire. The results will be



presented in the subsequent report. They were asked about general information regarding the communication (the language issue), the acceptance among the natives and about their living environment. The results indicate that gipsy families in our environment do not have significant problems with the communication and the co-existence with the native inhabitants. Their living arrangements are not completely »at the bottom«, namely, the majority of them have electric energy, water and partly built houses. A graduated teacher of preschool children is employed at this department as well as medical workers, hence the pedagogical aspect of working with gipsy children will be provided as well.

Key words:

gipsy children, children's department



Uvod:

Prvi začetki delovanja brežiške bolnišnice sežejo v sredino prejšnjega stoletja, ko je bila ustanovljena mestna bolnišnica. V ta namen je dala Mestna občina Brežice v desetletni brezplačni najem hišo



v starem mestnem jedru. Z Ukazom cesarja Franca Jožefa, izdanim na Dunaju 12. februarja 1872, in s sklepom Deželne vlade v Gradcu, je bila mestna bolnišnica »povzdignjena v občno javno bolnišnico«. S prihodom prvega pediatra v Brežice dr. Marije Jež, je bil leta 1961 ustanovljen otroški oddelek v Splošni bolnišnici Brežice. Leta 1984 je bil zgrajen nov otroški oddelek, ki deluje še danes. Na njem se zdravijo otroci različnih kultur, narodnosti, veroizpovedi, od novorojencev do najstnikov. Tako

zdravimo na oddelku in ambulantno oskrbimo tudi romske otroke iz Posavja in okolice. Krušče pri Gazicah je edino romsko naselje v Brežicah, tam pa živi okoli 67 Romov. Nekateri so si zgradili lepe zidane hiše. Lastniki parcel, na katerih so Romi, pa ne popuščajo. Vodo, elektriko in ostalo infrastrukturo je trenutno nemogoče omogočiti Romom v naselju Krušče, zaplete se pri lastništvu zemljišča. Ali se bo v prihodnje zadeva vsaj malo premaknila, je odvisno občine Brežice in njenih svetnikov.

DELO VZGOJITELJA NA OTROŠKEM ODDELKU Z ROMSKIMI OTROKI

Vzgojiteljica v bolnišnici še zdaleč ni »samo vzgojiteljica« - srečujem se z otroki, starimi od 0 do 19 let in bolj ali manj prav vsi potrebujejo pozornost, tolažbo in ne nazadnje tudi strokovno obdelavo.

Moje delo sicer res temelji na predšolskem obdobju in Kurikulu za vrtce ter dodatku h Kurikulu za vrtce za delo z otroki Romov in obravnavala naj tudi bi samo predšolske otroke.

In vendar je v majhnih bolnišnicah, kot je tudi brežiška, specifična tako v kadru, kot tudi pri delu. V naši bolnišnici nimamo zaposlenega ne kliničnega psihologa ne socialnega



delavca in ne učitelja, otroci, ki so pri nas hospitalizirani, pa imajo ravno takšne potrebe, kot jih imajo otroci, ki so sprejeti v katero koli drugo bolnišnico, ki ves ta kader ima.

Na oddelek pride veliko romskih novorojenčkov ali dojenčkov (do 6 meseca starosti), ki so v bolnišnici sami, brez matere (zaradi različnih razlogov). Ti otroci so sicer s strani medicinskega osebja odlično preskrbljeni, vendar pa sem opazila, da kažejo potrebo po stiku z eno osebo, iščejo tisto »svojo«.

Kot že vemo (in številne znanstvene raziskave to potrjujejo), potrebuje otrok še posebej v prvih letih (že v prvih mesecih) eno »svojo osebo«. Najbolje je, če je to mati, lahko pa je to tudi katera druga odrasla oseba, ki je otroku vedno na voljo, ko jo le-ta potrebuje. Zato se skušam dogovoriti, da pri jutranji negi teh dojenčkov (umivanje, kopanje, hranjenje s stekleničko, ljubkovanje) aktivno sodelujem. V teh trenutkih skušam nadomestiti tisto zadovoljevanje potrebe po varnosti, sprejetosti ipd., ki jo sleherni otrok tako zelo kaže. Ugotovila sem, da so ti otroci potem ves dan bolj umirjeni, bolj ješči in hitreje okrevajo. Uradno ti otroci »ne spadajo v mojo domeno« in vendar menim, da sem kot pedagoška delavka dolžna (tako etično in profesionalno, kot tudi moralno) otrokove potrebe najprej prepoznati in jih nato tudi zadovoljiti, ne glede na njihovo starost.

Največkrat so hospitalizirani romski otroci stari manj kot eno leto, velikokrat novorojenčki, ki so bili nedošeni. Romskih otrok iz prve in druge predšolske starostne skupine skoraj ne srečujemo, razen kadar gre za otroke, ki so bili staršem odvzeti s strani CSD ali romske otroke, ki so že v rejji.

Sprejmemo pa kar nekaj najstnic, ki prihajajo zaradi različnih gastritisov, pa se kasneje izkaže, da gre pravzaprav za nosečnost. Kljub temu pa opažamo, da so posavski Romi glede kontracepcije v današnjem času veliko bolj osveščeni in večina jih družine že načrtuje, bodoče mamice pa redno hodijo na ginekološke preglede.

Od 01.01.2009, ko je na veljavi nov zakon o sobivanju staršev s hospitaliziranimi otroki, se tudi več romskih mamic odloča za sobivanje. Do svojih otrok so izjemno skrbne in sočutne, a vendar si nisem mogla kaj, da ne bi opazila, kako otroško neizživete so (navsezadnje so se znašle v vlogi matere še zelo mlade), kako se jim zasvetijo oči ob pogledu na barve za steklo, barvnimi svinčniki ipd.

Tako sem potem v vlogi „varuške“ njihovih malčkov, da se lahko mamice do siteda „naigrajo“.





STATISTIKA SPREJEMOV ROMSKIH OTROK NA OTROŠKI ODDELEK SPLOŠNE BOLNIŠNICE BREŽICE OD LETA 1999 DO 2009:

Zanimalo me je, koliko romskih otrok je ležalo zadnjih deset let na oddelku, zato sem raziskala njihovo prisotnost na oddelku od 1999. do 2009. leta in procentualno prikazala podatke v spodnji tabeli.

LETO	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ŠTEVILO HOSPITALIZIRANIH OTROK	836	760	770	672	571	594	629	615	659	787	458
% HOSPITALIZIRANIH ROMSKIH OTROK	4,3	4,6	5,7	5,5	5,3	4,8	4,6	5,7	3,8	3,2	3,1

Tabela 1: Prikaz hospitaliziranih romskih otrok v letih od januarja 1999 do junija 2009 v procentih glede na število vseh hospitaliziranih otrok na našem oddelku.

LETO											
PRIIMEK	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
BRAJDIČ	20	10	6	11	19	8	6	12	4	10	2
HUDOROVAC	6	14	19	10	2	4	8	15	5	7	5
HUDOROVIČ	5	4	14	2	3	6	7	4	9	2	6
KOVAČIČ	4	6	5	8	4	6	3	2	4	3	0
JURKOVIČ	1	1	0	6	2	5	5	2	3	3	1

Tabela 2: Prikaz števila hospitaliziranih romskih otrok po priimkih v letih od 1999 do 2009

Iz tabele 2 je razvidno, da je na našem oddelku najbolj zastopan romski priimek Brajdič, sledijo Hudorovac in Hudorovič, ter Kovačič, Jurkovič in Kosec. Rezultat te raziskave je le potrdil našo domnevo, ki smo jo postavile, glede na opažanja pri sprejemih teh otrok na oddelk. Že iz pomanjkljivih higienskih navad Romov s priimkom Brajdič smo sklepale, da verjetno živijo v slabših socialnih razmerah in so otroci



potemtakem veliko bolj izpostavljeni različnim dejavnikom, ki povzročajo obolenja, zato so pogosteje hospitalizirani, kot ostali Romi.

Romski otroci

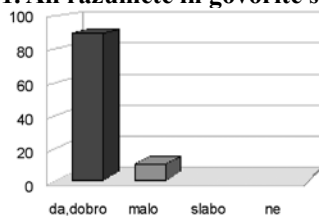




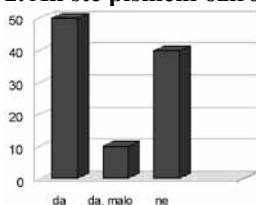
REZULTATI ANKETE:

Za izvedbo ankete me je spodbudila tema, ki je bila razpisana za to strokovno srečanje. Anketirali smo deset staršev hospitaliziranih romskih otrok od januarja 2009 do konec maja 2009. To je sicer majhen vzorec ljudi, vendar je sorazmeren procentom hospitaliziranih romskih otrok. Največkrat smo imele medicinske sestre na oddelku kar intervjuje z romskimi starši, saj so večinoma le delno pismeni in samostojno reševanje ni bilo mogoče.

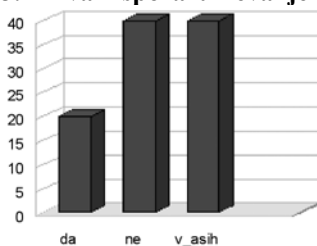
1. Ali razumete in govorite slovenski jezik?



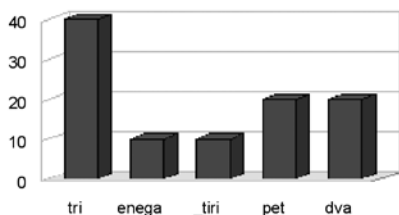
2. Ali ste pismeni oziroma znate brati in pisati slovensko? (ustno vprašanje)



3. Ali vam sporazumevanje v Posavju predstavlja velik problem?



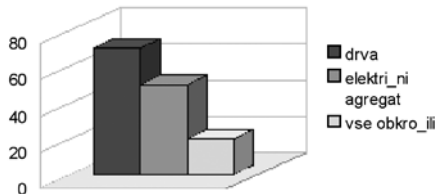
4. Koliko otrok imate? Koliko je star najmlajši in koliko najstarejši?



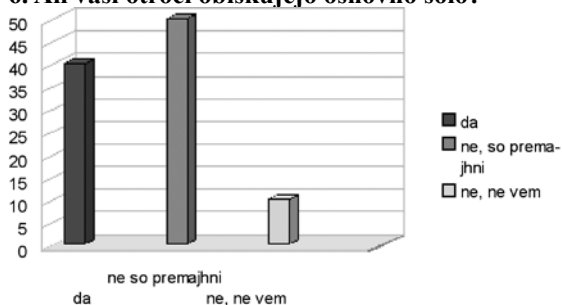
Najmlajši otrok je bil star 1. mesec, najstarejši pa 16.let. En odgovor je bil, da mati starosti najstarejšega ne pozna.



5. V kakšnih socialnih razmerah živite?



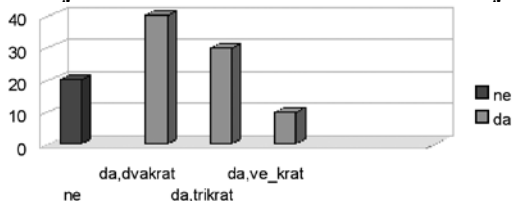
6. Ali vaši otroci obiskujejo osnovno šolo?



7. Ali pogosto obiščete zdravstvene ustanove – zdravstveni dom ali bolnišnico?

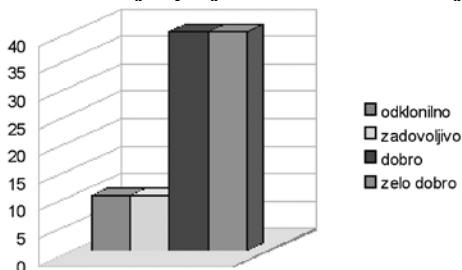


8. Ali je bil kateri koli od vaših otrok že kdaj hospitaliziranega?





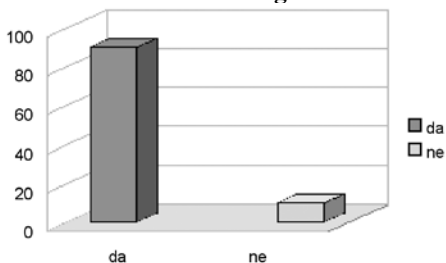
9. Kako vas je sprejelo zdravstveno osebje?



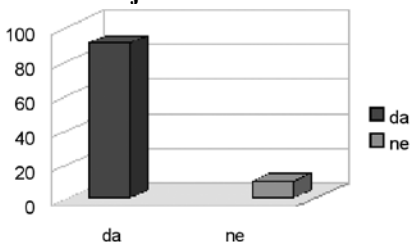
10. Če je bil vaš otrok hospitaliziran, ali ste dobili ustrezne informacije o njegovem/njenem zdravstvenem stanju?



11. Ali ste se držali hišnega reda?



12. Ali vam je hišni red ustrezal?





POVZETEK:

Na otroškem oddelku Splošne bolnišnice Brežice leži letno povprečno 4,5% do 5,5% romskih otrok od vseh hospitaliziranih. Res je, da zadnji dve leti opazamo upad hospitalizacije romskih otrok, kar pripisujemo boljši ozaveščenosti staršev, večjem številu ambulantno zdravljenih in tudi nekoliko višjem standardu romskih družin. Slednje je razvidno tudi iz anketnega vprašalnika, saj imajo vsi anketirani zidane hiše, vodo in agregat za električno energijo. Res je, da je vzorec anketiranih zelo majhen in glede tega ne moremo posploševati socialnega stanja vseh Romov v Posavju. Razlog, da štirje starši niso sodelovali je ta, da odidejo romske porodnice takoj po porodu iz porodnišnice, otroke pustijo in štirje od teh so bili kratek čas hospitalizirani (majhna porodna teža, zlatenica, razne okužbe novorojencev...). Raziskava je bila narejena samo v namen sodelovanja na strokovnem srečanju. Če bi želeli imeti realno sliko, bi bilo potrebno raziskavo razširiti na večji vzorec in daljše časovno obdobje. Težava pa je tudi v tem, da je večina Romov nepismenih oziroma slabo pismenih in smo v večini primerov morale izvajati intervjuje, tako da menim, da odgovori niso bili povsem iskreni. To je razvidno iz njihovega mnenja o sprejetosti Romov v našem okolju in tudi v zdravstvenih ustanovah, saj mislim, da niso vedno tako dobro sprejeti kot odgovarjajo v anketnem vprašalniku. Glede na rezultate ankete dosegajo posavski Romi osnovni standard za človeku primerno življenje. Tudi zdravstveno vzgojno delo je med Romi vedno bolj učinkovito in že dosegamo določene cilje na področju zdravstvene nege in vzgoje.

PRILOGA:

Anketni vprašalnik:

1. Ali razumete in govorite slovenski jezik?

- da, dobro
- malo
- slabo
- ne

2. Ali ste pismeni oziroma znate brati in pisati slovensko? (ustno vprašanje)

- da
- ne

Če so odgovorili z NE, sledi intervju. Če odgovorijo z DA, jim izročimo anketni vprašalnik.

3. Ali vam sporazumevanje v Posavju predstavlja velik problem?

- da
- ne
- včasih

4. Koliko otrok imate? Koliko je star najmlajši in koliko najstarejši?

• _____

5. V kakšnih socialnih razmerah živite?

- strnjeno romsko naselje



- samostojna zidana hiša
 - lesena baraka
6. **Kako si ogrevate stanovanjski prostor: drva, elektrika kurilno olje,...?**
- _____
7. **Ali vaši otroci obiskujejo osnovno šolo?**
- da
 - ne, zakaj?
8. **Ali pogosto obiščete zdravstvene ustanove – zdravstveni dom ali bolnišnico?**
- da, enkrat ali večkrat tedensko
 - da, enkrat ali večkrat mesečno
 - da, enkrat ali večkrat letno
 - ne
 - včasih na daljše časovno obdobje
9. **Ali ste imeli že kdaj hospitaliziranega katerega koli od vaših otrok?**
- ne
 - da, če ste že imeli, kolikokrat _____
10. **Kako vas je sprejelo zdravstveno osebje?**
- odklonilno
 - zadovoljivo
 - dobro
 - zelo dobro
11. **Če ste imeli otroka hospitaliziranega, ali ste dobili ustrezne informacije o zdravstvenem stanju svojega otroka?**
- da
 - ne
 - odvisno od zdravnika
12. **Ali ste se držali hišnega reda oddelka?**
- da
 - ne
13. **Ali vam je hišni red ustrezal?**
- da
 - ne, zakaj?

LITERATURA:

1. *Arhiv statistike otroškega oddelka Splošne bolnišnice Brežice*
2. *Bahovec, D.E. (et al.). (1999). Kurikulum za vrtce ter dodatek h Kurikulu za vrtce za delo z otroki Romov. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport: Zavod RS za šolstvo.*
3. *Elektronski romski časopis. Pridobljeno: 28.07.2009.*
Http://www.ednevnik.si/blog.ph.
4. *Zgodovina Splošne bolnišnice Brežice. Pridobljeno: 15.07.2009.*
Http://www.sb-brežice.si/Zgodovina.asp



NASILJE NAD ŽENSKAMI IN OTROCI V DRUŽINI: SPREMEMBE V ZAKONODAJI

*mag. Dragica Fojan, regijska koordinatorica za obravnavo nasilja,
Center za socialno delo Koper*

SPREMEMBE V ZADNJIH 10. LETIH

Sprememba v razumevanju/definiciji nasilja ter posledično v obravnavnem pristopu v praksi (prej: nasilje kot stvar družine/zasebne sfere – zdaj: nasilje kot kršitev človekovih pravic žensk/družben problem); novembra 1997 je bilo ustanovljeno prvo Zatočišče za ženske in otroke žrtve nasilja (Društvo SOS telefon za ženske in otroke, žrtve nasilja, Ljubljana); oblikovali so se različni programi, namenjeni pomoči žrtvam nasilja, z leti se je vzpostavila mreža varnih hiš in zavetišč za otroke in ženske žrtve nasilja (danes imamo mrežo namestitvenih programov), začelo se je raziskovanje na področju.

Priče smo bili pomembnim spremembam na področju zakonodaje in v retoriki nasilja v družini.

Nove zakonske rešitve omogočajo hitrejša in učinkovitejša ukrepanja v smeri prekinitve nasilja in zagotavljanja psihosocialne pomoči žrtvam.

Ideja o poenoteni in usklajeni obravnavni praksi, ki kot rdeča nit povezuje različne pobude in projekte, realizirane v tem desetletnem obdobju, se je materializirala v besedilu dolgo pričakovanega systemskega zakona.

Posledično je prej robna in tabuizirana tema nasilja v družini v tem času postala ena od odmevnejših tem javnosti.

ZAKONSKE SPREMEMBE

leta 1999 je novela Zakona o kazenskem postopku uvedla alternative priporu in med temi tudi možnost izreka prepovedi približevanja določenemu kraju ali osebi (195.a člen ZKP), leta 2003 je novela Zakona o policiji uvedla novo možnost izreka ukrepa prepovedi približevanja in sicer kot ukrep policije, 26. septembra 2004 je stopil v veljavo Pravilnik o prepovedi približevanja določenemu kraju oziroma osebi, ki je določil postopek in način izvedbe ukrepa.

Marca 2008 je v veljavo stopil nov Zakon o preprečevanju nasilja v družini.

V 2009 sprejet krovni pravilnik in področni nac. Prog.

ZAKON O PREPREČEVANJU NASILJA

Namen

prispevati k hitri in učinkoviti zaščiti oseb, oškodovanih zaradi nasilja v družini.

Zakaj sploh zakon?

ker določa trde in enotne okvirje za ukrepanje,



pomeni zavezo/dolžnost za institucije
žrtev na podlagi zakona lahko zahteva pomoč,
odraža zavedanje države o pomembnosti ukrepanja na področju nasilja.

Cilji ZPND

Opredelitev nasilja v družini,
Dolžnost nudenja pomoči žrtvi,
Zagotoviti strokovno obravnavo žrtvam in povzročiteljem,
Sodelovanje med institucijami,
Zagotavljanje dolgoročne varnosti žrtvam,
Brezplačna pravna pomoč,

Delo s povzročiteljem nasilja,
Zbiranje podatkov o nasilju v družini ter analiziranje pojava,
Spodbuditi žrtve, da poiščejo pomoč pri organih in organizacijah,
Zmanjšanje nasilja v družini.

TEMELJNA NAČELA

Vse žrtve, ne glede na osebne okoliščine, so upravičene do pomoči institucij,
Vsem žrtvam je zagotovljeno enako obravnavanje. Posebnih oblik varstva so deležni
otroci, posebne skrbnosti pri obravnavanju a starejše osebe in invalidi,
Obravnava mora biti strokovna (dolžnost izobraževanja),
Pomoč v čim krajšem času (primere nasilja se obravnava prednostno),

Obravnava mora biti sorazmerna s stopnjo ogroženosti žrtve,
Obravnava žrtev temelji na medinstitucionalnem sodelovanju,
Varovaje zasebnosti v postopkih (podatki se posredujejo javnosti le ob soglasju žrtve),
Žrtvi mora biti zagotovljena psih. opora v postopkih (spremljevalec),
Učinkovito pravno varstvo (možnost BPP).

POGLAVITNE REŠITVE

Jasno opredeli nasilje in zmanjša možnost razlik v opredelitvah nasilnih ravnanj, pogojenih
z osebnim vrednostnim sistemom posameznega strok. delavca,
Mladoletne žrtve uživajo posebno varstvo, ki se odraža v posebni, širši opredelitvi nasilja
nad njimi (upoštevanje določbe,
KOP –koristi mld. pred koristmi drugih in izvajanje posebnih ukrepov po ZZZDR,)
Posebne skrbi pri obravnavanju so deležne starejše osebe in invalidi (ZPND narekuje
pridobivanje specifičnih znanj in izdelavo posebnih metod dela z njimi),

Žrtev si lahko zbere spremljevalca,
Drž. Institucije in NVO morajo varovati identiteto žrtev in povzročiteljev nasilja,
Organi in organizacije ter NVO so dolžni žrtve nasilja v družini obravnavati prednostno,



strokovno in pri tem sodelovati.

CSD je nosilec primera, vse institucije in NVO so dolžne o primirih nasilja TAKOJ obvestiti CSD, če je žrtev otrok, pa tudi policijo in državno tožilstvo.

Prijava se NE poda, če polnoletna oseba eksplicitno nasprotuje prijavi in če ne gre za KD, ki se preganja po uradni dolžnosti,

Zakon ustanavlja regijsko službo za koordinacijo in pomoč žrtvam, ki bo imela tako analitične kot tudi operativne naloge.

Zakon zagotavlja večjo varnost predvsem preko treh ukrepov:

1. dolžnost policije, da zagotavlja žrtvino varnost ob njenem vstopu v stanovanje, iz katerega mora vzeti stvari,
2. sodišč v nepravdnem postopku povzročitelju nasilja, na predlog žrtve, prepove stike z žrtvijo,
3. sodišče lahko v nepravdnem postopku na predlog žrtve naloži povzročitelju, da mora stanovanje v skupni uporabi prepustiti žrtvi v izključno uporabo,

POGLAVITNE REŠITVE

V sodnih postopkih, ki jih žrtev lahko sproži z zahtevo po izreku ukrepov, ima žrtev pravico do BPP, ne glede na njeno premoženjsko stanje.

CSD so dolžni zbirati podatke o obravnavanih primerih in jih hraniti 10 let.

PRAVILNIK O SODELOVANJU ORGANOV TER O DELOVANJU CENTROV ZA SOCIALNO DELO, MULTIDISCIPLINARNIH TIMOV IN REGIJSKIH SLUŽB PRI OBRAVNAVI NASILJA V DRUŽINI določa postopke medsebojnega obveščanja in nudenja pomoči med državnimi organi, nosilci javnih pooblastil, izvajalci javnih služb, organi samoupravnih lokalnih skupnosti ter nevladnimi organizacijami (v nadaljevanjem besedilu: organi), organiziranost, sestavo in način dela multidisciplinarnih timov za obravnavanje nasilja v družini pri centrih za socialno delo, vlogo centrov za socialno delo pri obravnavi nasilja v družini, organiziranost regijskih služb za koordinacijo in pomoč žrtvam nasilja ter izobraževanje strokovnih delavcev.

4. člen

Vsi organi so ob zaznavi nasilja v družini dolžni v štiriindvajsetih urah od seznanitve z okoliščinami obvestiti CSD.

Kadar gre za okoliščine, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da je žrtev nasilja otrok, so organi v roku iz prejšnjega odstavka dolžni obvestiti CSD ali policijo ali državno tožilstvo. Informacijo o nasilju se posreduje v pisni ali elektronski obliki oziroma po telefonu. Informacijo dano po telefonu, je potrebno posredovati tudi pisno, najkasneje v treh dneh. V informaciji je potrebno navesti vsa strokovna opažanja, iz katerih je mogoče sklepati, da se izvaja nasilje v družini.



4. čl.(4)

- Po prejemu obvestila CSD:
- izvede vse potrebno za zaščito žrtve in pomoči v okviru svojih pristojnosti;
- zbira informacije o ogroženosti žrtve od vseh organov, od katerih se pričakuje, da bi s takimi informacijami razpolagali;
- če pri zbiranju informacij ugotovi obstoj okoliščin, ki kažejo na storitev kaznivega dejanja ali to izhaja iz obvestila, CSD obvesti policijo, s katero se medsebojno informirata o začetnih aktivnostih;
- v roku petih dni je organu, ki je posredoval obvestilo o zaznavi nasilja, dolžan posredovati povratno informacijo o opravljenih začetnih aktivnostih.

5. člen

1. V primeru neposredne ogroženosti, ko je potrebna takojšna zaščita žrtve, so vsi organi dolžni takoj po telefonu obvestiti CSD oziroma policijo. Informacijo po telefonu je potrebno posredovati tudi pisno, najkasneje v štiriindvajsetih urah.
2. CSD in policija takoj medsebojno izmenjata informacije o obvestilu iz prejšnjega odstavka v pisni oziroma elektronski obliki ali po telefonu in se informirata o začetnih aktivnostih.
3. V nadaljnji obravnavi primera CSD opravlja aktivnosti iz druge, tretje in četrte alineje četrtega odstavka prejšnjega člena.



II. SKLOP

VPLIV ZDRAVSTVENE NEGE NA VARNOST V DRUŽINI



PRVA FAZA PROCESA ZDRAVSTVENE NEGE – POMEMBEN ELEMENT ZA PREPOZNAVO OTROKOVEGA SOCIALNEGA OKOLJA

Renata Vettorazzi, dipl.m.s., univ. dipl.org, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

IZVLEČEK

Izhodišče: Prvi del članka predstavlja teoretične osnove o vplivih okolja na razvoj otroka, s poudarkom na družini, socialnoekonomskem stanju ter kulturnem okolju. V drugem delu članka je predstavljeno zbiranje podatkov in ocenjevanje stanja pacientov kot prvi korak procesa zdravstvene nege ter pot do negovalne diagnoze.

Namen prispevka je približati medicinskim sestram proces zdravstvene nege, predvsem na področju ocenjevanja življenjskih aktivnosti povezanih z okoljem otroka in mladostnika.

Metode: Opravljen je delni pregled domače in tuje literature s področja zdravstvene nege, psihologije in sociologije otroka in družine. Kriterij izbora so bile navedene ključne besede.

Zaključek: Eden od temeljnih elementov sodobne zdravstvene nege je tudi proces zdravstvene nege. Dokumentiranje procesa zdravstvene nege nam omogoča vidnost in avtonomnost, omogoča vrednotenje našega dela, zagotavlja kakovost.

Ključne besede:

zdravstvena nega, procesna metoda dela, otrok, mladostnik, socialno okolje

Uvod

Učinkovitost zdravstvenega sistema je odvisna od vseh strokovnjakov, ki sodelujejo v njem. Zdravstvena nega se je razvila v pomembno zdravstveno disciplino, ki temelji na lastnih in samostojnih raziskovalnih dosežkih. Sodobna zdravstvena nega naj bila usmerjena k pacientu kot celoviti osebnosti, toda v Sloveniji se še vedno močno čuti uporaba biomedicinskega modela zdravlja. Zelo dobro obravnavamo fiziološke temeljenje življenjske aktivnosti, medtem ko nam psihosocialne niso vedno blizu. Eden od temeljnih elementov sodobne zdravstvene nege je tudi proces zdravstvene nege. Dokumentiranje procesa zdravstvene nege nam omogoča vidnost in avtonomnost, omogoča vrednotenje našega dela, zagotavlja kakovost. Kljub temu se v praksi še vedno čuti odpor do dokumentacije zdravstvene nege. Medicinske sestre pogosto dojemajo dokumentiranje kot dodatno delo in ne vidijo pomena za to.

VPLIV OKOLJA NA RAZVOJ IN ZDRAVJE OTROKA

Otroci se razlikujejo glede na spol, višino, težo, telesno zgradbo in konstitutivne dejavnike, kot sta zdravje in energetska raven, v inteligentnosti, osebnostnih lastnostih in čustvenih odzivih. Pojavljajo se tudi razlike v njihovih življenjskih slogih in okoljih v katerih živijo



(dom, skupnost, širše družbeno okolje), v odnosih, ki jih imajo v šoli in načinu preživljanja prostega časa. Nekateri vplivi izhajajo predvsem iz dednosti, drugi prihajajo večinoma iz notranjega in zunanjega okolja (Papalia, Wenkos Olds, Duskin Feldman, 2003).

Otroka moramo dojemati v vsej njegovi celovitosti in enkratnosti, če želimo njegovo osebnost razumeti poglobljeno. Otrok je nedeljiva celota, v kateri se dinamično prepletajo telesni, psihični in socialni dejavniki. Socialni dejavniki predstavljajo vse dejavnike okolja, ki so v neposredni ali posredni povezavi s človekom: starši in družina (vzgoja, vrednote, socialno ekonomski status), širše življenjsko okolje, šola, prijatelji, družbene vrednote, predsodki. Vsi dejavniki so med seboj v intenzivni soodvisnosti, kar pomeni, da določena sprememba ali primanjkljaj na enem področju pomeni porušenje notranjega ravnovesja in spremembo na drugih področjih (Peljhan, 2002, cit. po Zadnikar, 2002).

Človek je družabno bitje. Za njegov razvoj je pomemben vpliv okolja. Vse od rojstva se razvija v družbenem in zgodovinskem okolju. Dojenčkovo neposredno okolje je seveda družina, na katero pa delujejo širši in spreminjajoči se vplivi soseske, skupnosti in družbe (Papalia, Wenkos Olds, Duskin Feldman, 2003).

Družina lahko v različnih obdobjih in različnih okoljih pomeni različno (Papalia, Wenkos Olds, Duskin Feldman, 2003). V sociologiji je najpogosteje opredeljena kot dvogeneracijska skupnost. Družina torej nastane z rojstvom otroka, sestavljajo jo otrok in »še nekdo« - ponavadi sta to oba biološka starša, pogoste pa so tudi druge oblike – enoroditeljske, posvojeni otroci, razširjene družine, reorganizirane in dopolnjene družine... (Pahor, 1999). Odnose v družini odraža in določa relativno trajna struktura statusov in vlog, oblikujejo se značilna struktura moči in vedenja. Izoblikuje se relativno trajna mreža komunikacij ter statusov in vlog posameznih družinskih članov (Čaćinovič Vogrinčič, 1998). Urbančičeva (2002) navaja, da bi medicinske sestre morale poznati družinske koncepte in delovanje družin, če želijo biti učinkovite pri svojem delu. Medicinske sestre, ki imajo znanje, osvojene spretnosti in poznajo delovanje različnih oblik družin, lahko spodbujajo zdravje družin.

Starši so v visoko industrializirani družbi stalno pod pritiskom. Rezultat teh pritiskov se kaže v tem, da otroštvo postaja projekt, ki potrebuje skrben nadzor in vodenje. Otrok postaja na nov način odvisno bitje, ki stalno potrebuje prisotnost odraslih oseb, ki definirajo, skrbijo, svetujejo, upravljajo s sedanjimi in prihodnjimi duševnimi in telesnimi potrebami otroka. Osredotočenost staršev okrog svojih otrok vodi vedno do novih zahtev do otrok. Veliko staršev si danes prizadeva z odkritim ali prikritim pritiskom doseči dobre učne uspehe svojih otrok in njihovo gladko poklicno pot. Če otrok ne ustreza ali ustreže zastavljenim pričakovanjem svojih staršev lahko privede do razočaranja, jeze, celo agresije do otrok (Ule, Kuhar, 2003).

Družbenoekonomski status združuje več povezanih dejavnikov, kot so dohodek, izobrazba



in poklic. Običajno sam po sebi ne vpliva na razvoj, ampak vplivajo dejavniki, ki so z njim povezani, na primer vrsta gospodinjstva, doma in soseske, v kateri živijo otroci, kakovost prehrane, zdravstvene oskrbe, nadzora, šolanja in drugih možnosti, ki so otrokom na voljo. Verjetnost čustvenih ali vedenjskih težav med revnimi otroki je višja kot pri drugih otrocih, še bolj pa so prizadeti njihovi spoznavni potenciali in uspešnost v šoli. Škoda, ki jo povzroči revščina, je lahko tudi posredna oziroma je posledica vpliva, ki ga ima revščina na čustveno razpoloženje staršev, slog vzgoje in domače okolje, ki ga ustvarijo (Papalia, Wenkos Olds, Duskin Feldman, 2003). V tabeli 1 so prikazane negativne posledice revščine na zdravje otrok. Pogoste zdravstvene težave revnih otrok so bolezni povezane z nepopolnim cepljenjem, pogoste infekcije, pomanjkanje spanja, okvare sluha in vida, slaba prehranjenost, zobozdravstvene težave, poškodbe, mladostniške nosečnosti, spolno prenosljive bolezni, mentalna obolenja, ... (Ball, Bindler, 2008).

Posledica	Verjetnost pojava med revnimi otroki v primerjavi z nerevnimi
otroška smrtnost	1,5 do 3 krat bolj verjetno
zaostanek v rasti	2,7 krat bolj verjetno
pomanjkanje železa v predšolski dobi	3 do 4 krat bolj verjetno
delna ali popolna izguba sluha	1,5 do 2 krat bolj verjetno
delna ali popolna slepota	1,2 do 1,8 krat bolj verjetno
resne telesne in duševne težave	približno 2 krat bolj verjetno
smrtne poškodbe v nezgodah	2 do 3 krat bolj verjetno
pljučnica	1,6 krat bolj verjetno

Tabela 1: Negativne posledice revščine na zdravje otrok (Children's Defense Found, 1998, cit. po Papalia, Wenkos Olds, Duskin Feldman, 2003).

Stopnja revščine se je v Sloveniji v obdobju 2000-2007 postopoma zmanjševala (leta 2000 je znašala 13%, leta 2007 11,5%). V EU pa je stopnja revščine vseskozi na isti ravni – 16% (Apohal Vučovič et al, 2009). Podatki se nanašajo na obdobje pred pričetkom svetovne gospodarske krize, zato se verjetno razlikujejo od trenutnega stanja v državi. Največje je tveganje revščine v gospodinjstvih z vzdrževanimi otroki, v katerih ni nihče zaposlen (54,5%), v enočlanskih gospodinjstvih žensk, starih 65 in več let (47,1%), pri brezposelnih (35,9%), v enostarševskih gospodinjstvih z vsaj enim vzdrževanim otrokom (28,6%) in pri najemnikih stanovanj (25,7%) (Apohal Vučovič et al, 2009).

Kultura in etičnost sta tudi dejavnika okolja, ki vplivata na razvoj otroka. Kultura se nanaša na način življenja določene družbe ali skupine, vključno z navadami, tradicijo, prepričanji, vrednotami, jezikom in predmeti, vse naučeno vedenje, ki prehaja iz roda v rod, s staršev



na otroke. Kultura se nenehno spreminja, pogosto v stiku z drugimi kulturami. Nekatere kulture zajemajo več subkultur, ki povezujejo določene etične skupine v družbi. Etično skupino sestavljajo ljudje, ki so povezani prek skupnih prednikov, rase, religije, jezika in/ali narodnostnega izvora, kar prispeva k občutku skupne identitete in oblikovanju skupnih stališč, prepričan ter vrednot. Otroci pogosto odraščajo v soseščinah, v katerih živijo drugi člani njihove etične skupine, kar krepi skupne kulturne vzorce. To pa lahko vpliva na sestavo gospodinjstva, njegove ekonomske in družbene vire, način medsebojnega delovanja, hrano, ki jo jedo, na otroške igre, učne navade in učni uspeh (Papalia, Wenkos Olds, Duskin Feldman, 2003). Kadar izvaja medicinska sestra zdravstveno nego pri pacientu, ki ni iz enakega kulturnega okolja kot ona, je pomembno, da ga že na začetku vpraša kakšne so njegove navade in prepričanja. Predvsem nas zanimajo njegove vrednote, vera, prehrabene navade, vrsta avtoritete v družini ter prepričanja in navade povezane z zdravjem in boleznijo (Taylor et al, 2008).

Socialna ranljivost je posledica neugodnega sovplivanja družbenih, socialnih in individualnih dejavnikov, med katerimi gre izpostaviti predvsem nižjo izobrazbeno raven in nižji socialni status z ogroženo materialno eksistenco, pomanjkanje socialno-odnosnih mrež. Ranljive skupine težje dosegajo postavljene storilnostne in socialne zahteve, ne izpolnjujejo normativnih družbenih pričakovanj, njihova ranljivost pa se kaže v odrinjenju, neuspešnosti, obrobnosti in odklonskosti (Kobolt, Rapuš-Pavel, 2004).

PROCES ZDRAVSTVENE NEGE

Proces zdravstvene nege je metoda dela, ki s svojimi značilnostmi zahteva sodoben način delovanja. Značilnosti omogočajo sistematičnost, dinamičnost, prožnost pri delu s pacientom, usmerjenost k pacientu, upoštevanje pacienta kot celovite in individualne osebnosti, njegove aktivne vloge in enakovrednost v zdravstveni negi (Hajdinjak, Meglič, 2006, Ackley, Ladwig, 2008).

Proces zdravstvene nege (PZN) zajema vrsto logičnih, sistematičnih in premišljenih, med seboj odvisnih aktivnosti. Predstavljen je lahko kot dinamičen krogotok ravnanj, ki se odvijajo preko posameznih faz procesa zdravstvene nege (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Faze procesa zdravstvene nege:

1. faza: ocenjevanje
2. faza: načrtovanje
3. faza: izvajanje
4. faza: vrednotenje

Dejansko faze procesa niso ločene, so deli celote, ki so potrebni za identifikacijo pacientovih potreb, za določanje prioritet negovalnih intervencij, za reševanje aktualnih in potencialnih negovalnih problemov ter za zagotavljanje zdravstvene vzgoje pacientov (Taylor et al, 2008).



Znotraj štirih faz procesa zdravstvene nege lahko razvrstimo šest korakov:

1. ocenjevanje
2. negovalna diagnoza
3. cilji
4. načrtovanje
5. izvajanje
6. vrednotenje

Na tem mest je potrebno opozoriti na različno poimenovanje faz PZN. Po različni literaturi opazimo, da je PZN razdeljen na štiri do šest faz, vendar če podrobno pogledamo te razdelitve vidimo, da je vedno zajetih vseh šest korakov. Ponekod sta združena ocenjevanje in oblikovanje negovalne diagnoze, pogosto pa opazimo, da je v tuji literaturi združeno postavljanje ciljev ter načrtovanje zdravstvene nege.

Ocenjevanje je prvi korak v PZN. Je dinamičen trajen proces, ki se začne ob prvem stiku s pacientom in se nadaljuje skozi vse faze. Ocenjevanje je bistvenega pomena za učinkovito delo v preostalih fazah procesa (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Še pred začetkom zbiranja informacij mora imeti medicinska sestra vizijo, katere podatke bo potrebovala, da bo lahko naredila dober načrt zdravstvene nege. Glede na pacienta se porabi več ali manj časa pri različnih komponentah negovalne anamneze. Npr. v pediatrični zdravstveni negi posvetimo več časa oceni otrokovega razvoja, da se lahko na oddelku spoštuje in promomovira otrokovo doseženo stopnjo. Kadar pri šolarju posumimo na možnost zlorabe, namenimo več časa zbiranju podatkov o razmerah doma in odnosu z družino (Taylor et al, 2008).

Ocenjevanje mora biti prilagojeno razvojni stopnji pacienta. Pri ocenjevanju dojenčka je poudarek na pridobivanju teže in rasti otroka, hranjenju in osnovnim življenjskim funkcijam, obdobju spanja in sposobnosti staršev skrbeti za otroka. Pri hospitaliziranem otroku je pomembno, da vemo pri katerih večščinah je že samostojen (izločanje in odvajanje, osebna higiena, oblačenje, hranjenje), katere besede uporablja, da izrazi potrebo po izločanju ali odvajanju, s čim se najraje igra,... (Taylor et al, 2008). Ocenjevanje v pediatrični zdravstveni negi vključuje zbiranje podatkov o pacientu in družini ter izvajanje ocenjevanja trenutnega stanja tako v dispanzerjih, patronažnem varstvu, kot tudi ob hospitalizaciji otroka. Medicinska sestra analizira in sintetizira podatke, da opredeli negovalne probleme (Ball, Bindler, 2008).

Viri informacij in podatkov se delijo na primarne in sekundarne. Primarni vir je pacient sam. Medicinska sestra pridobi informacije od pacienta s pogovorom, opazovanjem in merjenjem. Sekundarni viri podatkov so svojci, oziroma drugi pomembni, člani zdravstvenega tima, člani tima zdravstvene nege, dokumentacija zdravstvene nege,



medicinska dokumentacija (Hajdinjak, Meglič, 2006). V pediatrični zdravstveni negi so zelo pomembni sekundarni viri.

Negovalna anamneza je zbir podatkov o pacientu in družini, njegovih reakcijah na zdravstvene probleme in življenjske procese oziroma situacije. Podatki se nanašajo na različna časovna obdobja. Lahko segajo v preteklost, lahko so bližnji ali pa se nanašajo na sedanjost. Negovalna anamneza zajema podatke fizičnega, fiziološkega, psihološkega, kulturnega in socialnega področja (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Intervju je pomembna tehnika zbiranja podatkov, s katerim medicinska sestra pridobi veliko informacij o pacientu. Je načrtovan razgovor in podlaga za oblikovanje negovalne anamneze. Intervju mora biti vnaprej načrtovan, imeti mora določen namen in vsebino. Da bo intervju uspešen moramo pridobiti pacientovo zaupanje, odvijati se mora v takem okolju, kjer je možno vzpostaviti sproščeno in mirno vzdušje, brez motečih dejavnikov (Hajdinjak, Meglič, 2006). Predstavitve pred pričetkom intervjuja je ključnega pomena, ne samo za medicinsko sestro, ki izvaja intervju, vendar tudi za vse nadaljnje odnose pacient-medicinska sestra. Ob koncu predstavitve, naj bi pacient poznal ime medicinske sestre in kaj lahko pričakuje od zdravstvene nege, kaj so kompetence medicinske sestre ter kaj se pričakuje od njega pri nastajanju in izvajanju procesa zdravstvene nege (Taylor et al, 2008).

Predstavitve bi lahko bila takšna: »Dober dan, gospa Novak. Moje ime je Renata Vettorazzi in bom danes vaša medicinska sestra. Zdaj bi vam postavila nekaj vprašanj o vas, da bova skupaj naredili načrt zdravstvene nege. Sami se lahko odločite na katera vprašanja boste odgovorili. Pridobljeni podatki bodo zaupni med zdravstvenim osebjem. To nama bo vzelo 20 min. Ali je ta čas primeren za vas? Ali potrebujete še kaj preden začneva? (Taylor et al, 2008).

Med intervjujem opazujemo tudi interakcijo med starši in otrokom ter opazujemo njihove občutke. Če sta prisotna dva ali več odraslih, smo pozorni kdo govori (mama ali oče, straši ali stari starši, starši ali otrok), pozorni smo tudi na odseke, kjer izkazujejo strinjanje ali nestrinjanje. Kadar je primerno naslavljamo direktna vprašanja otroku in ga pri tem gledamo tudi kadar odgovarja odrasel (Ball, Bindler, 2008).

Pri ocenjevanju psihosocialnih dejavnikov zbiramo naslednje informacije (Ball, Bindler, 2008):

- Zgradba družine, odnosi med družinskimi člani, odnos družinskih članov do otroka, zakonski status staršev, osebe, ki sodelujejo pri skrbi za otroka, finančno stanje, dodatek za socialno ogrožene družine.
- Opis domačega okolja (atmosfera, čustven stres, družinske aktivnosti), opis otrokovega spalnega prostora, prostora za igro, domače živali, dostopnost elektrike, ogrevanja, hlajenja.



- Ureditev šole ali vrtca, opis soseske, še posebej igrišč, prevoza, semaforjev, pločnikov.
- Spremembe v družini oziroma življenjskem slogu od zadnjega srečanja, kolikokrat se je družina preselila, kako otrok in družinski člani doživljajo spremembe.

Pri ocenjevanju strukture družine nam je v pomoč, če narišemo družinsko drevo, ker nam pokaže povzetek informacij o družini na enostaven način, hkrati pa nam omogoča pregled nad spremembami v družini (Hemphill, Dearmun, 2006).

Psihosocialna negovalna anamneza pri starših novorojenčka naj bo osredotočena na pripravljenost staršev skrbeti za otroka doma. Zanimati nas mora ali imajo straši podporo, varen prevoz, ogrevanje doma, kako je z dostopnostjo do čiste vode (Ball, Bindler, 2008).

Pri adolescentih se osredotočimo na kritične točke njihovega življenja (domače okolje, izobraževanje/delo, prehranjevanje, aktivnosti, droge, spolnost, samomorilnosti, varnosti), ki ne zagotavljajo optimalnega okolja za rast in razvoj (Goldering & Rosen, 2004, cit. po Ball, Bindler, 2008). V pomoč nam je lahko vprašalnik za psihosocialno oceno pri mladostniku (Tabela2).

Domače okolje	<ul style="list-style-type: none"> • S kom živiš? Kje živiš? Ali imaš svojo sobo? • Kakšni so odnosi med družinskimi člani? • Kdo od domačih ti je najbližji? • S kom doma lahko pogovarjaš? • Ali se je pred kratkim kdo priselil oz. odselil od vas? • Ali si moral kdaj živeti drugje kot doma? (Zakaj?)
Zaposlitev/ šolanje	<ul style="list-style-type: none"> • Ali hodiš v šolo? • Kateri je tvoj najljubši predmet? In katerega ne maraš? • Kako je s tvojimi ocenami? Ali so se ti v zadnjem času kaj spremenile? • Ali si zamenjal šolo v preteklih letih? • Kakšni so tvoji plani za nadaljnje šolanje, zaposlitev? • Ali delaš? Kje? Koliko? • Pripoveduj o svojih šolskih prijateljih.
Prehranjevanje	<ul style="list-style-type: none"> • Kaj ti je na tvojem telesu všeč in kaj ne? • Ali se ti je v zadnjem času kaj spremenila teža? • Ali si imel v zadnjem letu kakšno dieto? Koliko? Kako pogosto? • Ali si poskusil še kaj za obvladovanje svoje teže? • Koliko se gibaš na dan, na teden? • Kaj misliš, kakšno naj bi bilo zdravo prehranjevanje? Kako se to ujema s tvojimi prepričanji?



Aktivnosti	<ul style="list-style-type: none">• Kako se zabavate ti in tvoji prijatelji? (s kom, kje, kdaj?)• Kako se zabavate ti in tvoja družina? (s kom, kje, kdaj?)• Ali se udeležuješ športnih oz. kakšnih drugih dejavnosti?• Ali si član kakšne organizacije, kluba, cerkve?
Droge	<ul style="list-style-type: none">• Ali kdo od tvojih prijateljev uživa tobak? Alkohol? Druge droge?• Ali kdo v tvoji družini uživa tobak? Alkohol? Druge droge?• Ali ti uživaš tobak? Alkohol? Druge droge?• Ali ste imeli kdaj v družini probleme z alkoholom in drogami?
Spolnost	<ul style="list-style-type: none">• Ali si že bil kdaj v zvezi s punco/fantom?• Povej kaj o ljudeh s katerimi si hodil ali opiši svoje spolno življenje?• Ali uživaš v spolnosti?• Kaj ti pomeni izraz »varna spolnost«?• Ali te zanimajo dekleta? Fantje? Oboje?
Samomorilnost	<ul style="list-style-type: none">• Ali si bolj žalosten in na tleh kot ponavadi?• Ali pogosto jokaš?• Ali se pogosto dolgočasiš?• Ali si kdaj premišljeval, da bi se poškodoval ali pa, da bi poškodoval drugega?
Varnost	<ul style="list-style-type: none">• Ali si bil kdaj resneje poškodovan? (Zakaj?)• Ali uporabljaš varnostni pas v avtu?• Ali si se že kdaj peljal s šoferjem, ki je bil pijan ali zadrogiran? Kdaj? Kako pogosto?• Ali uporabljaš zaščitno opremo pri športu in drugih fizičnih aktivnostih?• Ali je pri vsa doma prisotno nasilje? Ali kdaj to nasilje tudi fizično?• Ali je veliko nasilja v tvoji šoli? V tvoji soseski? Med tvojimi prijatelji?• Ali si bil kdaj fizično in spolno izrabljen?

Tabela 2: Vprašalnik za psihosocialno oceno pri mladostniku (Goldenring, Rosen, 2004 cit. po Ball, Bindler, 2008).

Ocenjevanje ekonomskega statusa v PZN je lahko zahtevno. Pogosto smo v dilemi, kako postaviti vprašanje, da ga bodo pacienti ali starši pravilno razumeli. Nesmiselno je spraševati po višini osebnega dohodka, predvsem nas zanima osebno zadovoljstvo pacienta z ekonomskim stanjem. Smiselno je postaviti tudi vprašanje, ali ima družina finančne težave? In v kolikor se izkaže, da težave obstajajo s podvprašanji poskušamo pridobiti potrebne podatke ter v obravnavo vključimo tudi socialne delavce.

Po končanem zbiranju informacij, medicinska sestra le te analizira in izlušči probleme



pacienta, za katere je pristojna in odgovorna, da jih rešuje. Z analizo tudi ugotavlja, če so podatki zanesljivi, usklajeni in če se ne izključujejo (Hajdinjak, Meglič, 2006). Sledi oblikovanje negovalne diagnoze. Informacije o dnevni rutini, psihosocialni dejavniki ter ostalih temeljnih življenjskih aktivnostih, so osnova za dobre negovalne diagnoze (Ball, Bindler, 2008).

V procesu zdravstvene nege je dokumentiranje nepogrešljivo v vseh fazah in zagotavlja kontinuiranost dela medicinskih sester. Poleg tega je nedvoumno in natančno zapisovanje podatkov pomembno za razvoj stroke (Šušteršič, Rajkovič, Kljajić, 2000). Za zapisovanje lahko medicinska sestra uporabi posebne strukturirane obrazce, ki so sestavni del dokumentacije zdravstvene nege. Informacije lahko zapisuje sproti med razgovorom ali po končanem razgovoru s pacientom (Hajdinjak, Meglič, 2006). Izkušene medicinske sestre zagovarjajo ročno narejen PZN z individualnim načrtom, toda današnji trend se kaže v standardih in računalniško podprtih tehnologiji. Uporaba računalnikov neposredno ob pacientu omogoča medicinskim sestram enostavno načrtovanje in dokumentiranje zdravstvene nege (Taylor et al, 2008).

RAZPRAVA

V Sloveniji imamo zelo nizko stopnjo umrljivosti dojenčkov v primerjavi z drugimi državami, vendar ostaja mnogo zdravstvenih težav v obdobju otroštva in mladostništva. Velika težava ostajajo poškodbe, ki so glavni vzrok umrljivosti. Naraščajo bolezni, kot so alergije, astma in sladkorna bolezen, veliko težav je na področju duševnega zdravja, kar bo v prihodnje ključno vplivalo na zdravje odraslih. Med šolarji in mladostniki je v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami malo resnih bolezenskih stanj, vendar je pojav različnih bolezenskih znakov kar pogost. Velikokrat se kažejo znaki izpostavljenosti stresu. V tem življenjskem obdobju se oblikuje življenjski slog od prehranskih navad, kajenja tobaka, pitja alkohola, telesne dejavnosti do spolnega vedenja (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«, 2008). Pomembno je, da medicinske sestre izkoristimo vsako priložnost in poskušamo odkriti patologijo v otrokovem okolju ter pravočasno delujemo na zdravstveno prosvetljenost otroka in družine.

Sodobna zdravstvena nega naj bi obravnavala pacienta celostno, za kar potrebujemo znanje iz zdravstvene nege, psihologije, sociologije ter drugih ved. Pri študentih zdravstvene nege pogosto opažamo, da imajo znanje iz omenjenih področjih, vendar jih slabo povezujejo med seboj. Pri izvajanju procesa zdravstvene nege se moramo zavedati, da okolja pacienta ni možno ocenjevati ločeno od temeljnih življenjskih aktivnosti, saj se prav z vsemi prepleta. Medicinske sestre z izvajanjem dobre zdravstvene nege veliko prispevamo k povrnitvi zdravja bolnih otrok in mladine, čeprav včasih ne prepoznamo pravih vzrokov za negovalne probleme. Šele, ko se otroci večkrat vračajo z enako simptomatiko pomislimo, da težave izhajajo iz okolja. Da bi preprečili take situacije je potrebno ciljno ocenjevanje otrokovega socialnega okolja. Starše in druge pomembne otrokove osebe premalo



vključujemo pri načrtovanju zdravstvene nege, kljub temu, da se zavedamo, da je večina današnjih staršev dobro informiranih in si želijo biti člani zdravstvenega tima, ko gre za njihovega otroka. Veliko se pogovarjamo o psihičnem hospitalizmu otroka, ne zanimajo pa nas stiske, ki jih ob hospitalizaciji otroka doživljajo starši, čeprav posredno tudi njihovo počutje vpliva na izid zdravstvene nege.

SKLEP

Spremembe so stalnica v današnjem življenju. Zdravstven sistem je zelo rigiden in počasi sprejema novosti. Kljub temu, da je procesna metoda dela dobro poznana, se v slovenskem prostoru dokumentacija zdravstvene nege počasi prijema. Opazi se trud posameznikov in skupin, ki promovirajo negovalno dokumentacijo. Medicinske sestre se rade izgovarjamo, da nimamo dovolj časa, vendar bi z rednim izpolnjevanjem negovalne dokumentacije le ta postala del »rutine« in bi zanjo porabil manj časa kot na začetku. Pri izvajanju procesa zdravstvene nege moramo imeti pred očmi, da le tako povečujemo kakovost našega dela ter zagotavljamo varnost tako za paciente kot zase.



LITERATURA:

1. Ackley B. J, Ladwig G. B. *Nursing diagnosis handbook: an evidence based guide to planning care*. Edinburgh: Elsevier Mosby, 2008.
2. Apohal Vučkovič L, Malnar B, Mandič S, Hanžek M. *Socialni razgledi 2008*. Ljubljana: Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj, 2009.
3. Ball J. W, Bindler R. C. *Pediatric nursing: caring for children*. Stamford: Appleton & Lange, 2008.
4. Čačinovič Vogrinčič G. *Psihologija družine*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče. Zbirka Sophia, 1998.
5. Hajdinjak G, Meglič R. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2006.
6. Hemphill A. L, Dermun A. K. *Working with Children and Families. V: Glasper A, Richardson J (ur). A Textbook of Children's and Young People's nursing*. Edinburgh (etc.): Churchill Livingstone/Elsevier, 2006: 18-32.
7. Kobolt A, Rapuš-Pavel J. *Večperspektivni diagnostični model*. *Socialna pedagogika*, 2004; 4, 3: 276-294.
8. Pahor M. *Sociologija za zdravstvene delavce*. Visoka šola za zdravstvo Ljubljana, 1999.
9. Papalia, E.D, Wenkos Olds, S, Duskin Feldman, R. *Otrokov svet*. Ljubljana: Educy, 2003.
10. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«*. Uradni list Republike Slovenije, št. 72/2008.
11. Šušteršič O, Rajkovič V, Kljajić M. *Nova kakovost, ki jo prinaša strukturiran zapis v dokumentiranju zdravstvene nege*. *Obzor Zdr N* 2000; 34: 185-92.
12. Taylor C, Lillis C, LeMone P, Lynn P. *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care*. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2008.
13. Ule M, Kuhar M. *Mladi, družina, starševstvo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2003.
14. Urbančič K. *Medicinske sestre in skrb za družine*. *Obzor Zdr N* 2002; 36: 125-127.
15. Zadnikar M. *Soodvisnost gibalnega in psihosocialnega razvoja otrok s posebnimi potrebami*. *Diplomsko delo*. Ljubljana, Visoka šola za zdravstvo, 2002.



VPLIV OKOLJA NA ZDRAVJE OTROK IMPACT OF ENVIRONMENT ON THE HEALTH OF CHILDREN

Magda Zupan, dipl.m.s.

Univerzitetni Klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika

IZVLEČEK

Okolje je ključni dejavnik za zdrav razvoj in rast ploda, dojenčka, otroka in mladostnika. Številne bolezni in razvojne anomalije pri otrocih so povezane z nevarnostmi v okolju, kjer otroci živijo, se igrajo in učijo.

Otroški organizem je še posebej občutljiv in kot tak bolj dovzeten od odraslega organizma za negativne učinke onesnaženega ozračja, neustrezne pitne vode in hrane, škodljivih kemijskih in fizikalnih dejavnikov ter neprimerne družbenega in socialnega okolja.

V svetu potekajo mnogi projekti za okolje in zdravje otrok, katerih cilj je zmanjšanje obremenilnega vpliva okolja na zdravje otrok.

Otroci predstavljajo prihodnost naše družbe. Z varovanjem njihovega zdravja in zagotavljanjem primerne okolja jim omogočamo doseganje optimalnega razvoja.

Ključne besede:

otrok, zdravje, okolje

ABSTRACT

Environment is a key factor for healthy development and growth of a fetus, an infant, a child and an adolescent. Numerous diseases and developmental anomalies in childhood are associated with dangers in environments where children live, play and learn.

Child organism is particularly sensitive and as such more vulnerable than an adult organism to negative effects of polluted atmosphere, inappropriate potable water and food, harmful chemical and physical factors and improper social surrounding.

There are multifarious ongoing projects concerning children environment and health that are aiming to reduce the incriminating influence of environment on the health of children.

Children are the future of our society. By protecting their health and with provision of proper environment we are giving them the opportunity for optimal development.

Key words:

child, health, environment



Uvod

Leksikon SOVA definira okolje kot skupek dejavnikov življenskega prostora, v katerem živi organizem. Okolje obsega naravne, socialne, kulturne, ekonomske in politične vidike življenja.

Povezanosti med okoljem in zdravjem se ljudje zavedamo že zelo dolgo in nihče ne dvomi v to, da sta ta dva dejavnika v tesni povezavi. Vendar pa so ti medsebojni odnosi med okoljem in zdravjem ljudi zelo zapleteni in pri postavljanju trditev je koristna uporaba načela previdnosti (Evropska Agencija za okolje). Svetovna Zdravstvena Organizacija kot glavne okoljske nevarnosti za zdravje otrok smatra: kakovost pitne vode, slabe higienske in sanitetne razmere, onesnaženost zraka ter izpostavljenost nevarnim kemikalijam.

Od rojstva pa do starosti 18 let lahko kar tretjino vsega bremena bolezni pripišemo nevarnemu in nezdravemu okolju (Ministerstvo za zdravje). Med bolezni otrok povezane z okoljem v industrializiranih državah prištevamo bolezni dihal, alergije, debelost oz. motnje hranjenja, nevrološke motnje, prirojene okvare, avtizem, bolezni odrasle dobe z izvorom v otroštvu, otroški rak ter hormonske motnje (vir: www.who.int/ceh).

Pri obravnavi problema vpliva okolja na otrokovo zdravje ne smemo pozabiti, da otroci niso pomanjšani odrasli in na škodljive učinke okolja so še posebej občutljivi. Prvič, glede na telesno maso zaužijejo sorazmerno več hrane in vode in dihalo sorazmerno več zraka, večja je tudi absorbcija snovi preko kože. Način izpostavitve okoljskim nevarnostim je pri otrocih drugačen, včasih edinstven (placenta, materino mleko). Poleg tega so otroci že po naravi bolj radovedni, imajo pa manj izkušenj in znanja, zato so v večji meri izpostavljeni škodljivostim v okolju. Drugič, razvijajoči se otroški organizem prehaja skozi »občutljivostna okna«. To so obdobja, ko so posamezni organi še posebej občutljivi za škodljive učinke specifičnih dejavnikov. Tretjič, pričakovana življenska doba je pri otrocih daljša kot pri odraslih zato je več časa za razvoj in trajanje bolezni. Ter četrtič, otroci so brez moči odločanja in se ne morejo sami zaščititi pred škodljivimi učinki okolja (Bitenc, 2006).

VPLIV NARAVNEGA OKOLJA NA ZDRAVJE OTROK

Razkroj naravnega okolja in pojav nenalezljivih bolezni vplivata na zdravje otrok tako v razvitem kot v razvijajočem se svetu. Glavne skrbi glede vpliva naravnega okolja na zdravje otrok v Evropi so povezane z onesnaženostjo zraka, slabo kakovostjo vode, nezadostno sanitacijo in nevarnimi kemikalijami. Nastajajoča okoljska in zdravstvena težava sta hrup in svetlobna onesnaženost (Evropska agencija za okolje).

ZRAK

Na kakovost zunanjega zraka vplivajo predvsem izpusti iz tovarn, kmetijskih dejavnosti in prevoza, ki v zrak izpuščajo drobne delce prahu, kemikalije in težke kovine. V zraku se nahaja tudi cvetni prah dreves, plevelov in trav, ki lahko povzročajo alergijske reakcije.

Kljub vse ostrejšim emisijskim standardom kakovost zraka v mestih ne dosega mejnih vrednosti, ki jih določajo evropski predpisi. Vzrok tega je predvsem cestni promet in njegov prispevek k onesnaženju, zlasti z dušikovim dioksidom, prašnimi delci in



prizemnim ozonom (Agencija Republike Slovenije za okolje).

Otroci, ki živijo v velikih mestih in se igrajo na ulici, lahko dosežejo raven benzena, podobno tisti, ki jo imajo delavci v petrokemični industriji (Pronczuk de Gabrino, 2003, cit.po Perharič, 2003).

Onesnaženost zraka vpliva pri otrocih predvsem na razvoj pljuč ter nastanek boleznih dihal. To je potrdila tudi raziskava, ki so jo predstavili ameriški raziskovalci z University of Southern Californija. V raziskavo je bilo vključenih 1759 osnovnošolcev iz 12 okrožij starih povprečno 10 let. Primerjava zbranih izvidov preiskav delovanja pljuč in podatkov o onesnaženosti zraka je pokazala, da je izpostavljenost dušikovemu dioksidu, kislinskim hlapom, trdim delcem in ogljiku pomembno vplivala na pričakovano povečanje pljučne funkcije v obdobju sledenja. Pri preiskovancih, ki so bili izpostavljeni največjemu onesnaženju, je bil izmerjen forsiran volumen zraka (FEV1) v starosti 18 let klinično in statistično pomembno zmanjšan (The New England Journal of Medicine, 2004 - povzeto po Juppline.net).

Vpliv življenja v bližini avtoceste na razvoj pljuč pri otrocih so raziskovali ameriški raziskovalci z University of Southern Californija v Los Angelesu. V študijo so vključili skupino 3677 otrok starih povprečno 10 let, ki so živeli v okrožjih z različno kakovostjo zraka. Ugotovili so, da je bil prirastek forsiranega volumna zraka (FEV1) pri otrocih, ki so živeli do 500m od avtoceste, za povprečno 81 ml manjši kot pri otrocih, ki so živeli vsaj 1500m od avtoceste (Lancet, 2007 - povzeto po Juppline.net). Lancet 2007; 369: 571-7

Kazalce okolja Slovenije spremlja, analizira in objavlja na svoji spletni strani Agencija Republike Slovenije za okolje. Junija 2009 je bilo objavljeno poročilo o izpostavljenosti otrok v Sloveniji prašnim delcem PM10. Prašni delci se nahajajo povsod, kjer živijo ljudje. Človek jih proizvaja s svojimi aktivnostmi, kot so promet, pridobivanje energije, ogrevanje in industrija. Otroci v Sloveniji so izpostavljeni povprečno koncentracijam 30-40 μ g PM10 /m³, kar je nad priporočeno vrednostjo svetovne zdravstvene organizacije (WHO), ki znaša 20 μ g /m³. Ta vrednost predstavlja pomembno tveganje za zdravje otrok, saj povišane koncentracije lahko vplivajo na nezadosten razvoj pljuč, poslabšanje astme in pojav dihalnih težav (Agencija Republike Slovenije za okolje, 2009).

VODA

Voda je univerzalno topilo, ki v kroženju sprejema ter bolj ali manj raztaplja večino snovi s katerimi pride v stik. Voda prenaša s seboj vse, kar pridobila in tako razširja v živem in neživem svetu nevarne kemikalije, radioaktivne snovi in mikroorganizme. Čeprav je v razvitih državah glavna skrb mikrobiološka onesnaženost pitne vode, so za javno zdravje pomembni številni kemijski onesnaževalci vode, predvsem: arzen, svinec, fluorid in pesticidi. Poleg teh pa je zaskrbljujoče tudi kloriranje, priporočeno za pitne in kopalne vode, kajti interakcija klora z organskimi snovmi povzroča nastanek halogeniranih stranskih produktov, ki lahko povzročajo zdravstvene težave.

V Sloveniji nimamo problemov z nezadostno količino pitne vode ampak z njeno kakovostjo. Javnozdravstveni problem predstavlja predvsem mikrobiološka onesnaženost, zlasti fekalna, ki je značilna za male sisteme oziroma oskrbovalna območja. Ti sistemi



večinoma nimajo ustreznega strokovnega upravljanja oziroma priprave pitne vode, ter določenih vodovarstvenih območij.

Pitje vode je najpogostejši način prenosa onesnaževalcev v organizem. Poleg tega lahko nevarne snovi iz vode vstopajo v telo preko dihalnega sistema (med tuširanjem, kopanjem v bazenu), kože in sluznic.

Simptomatika po okužbi z mikroorganizmi je odvisna od vrste povzročitelja. Pri otrocih največkrat pride do znakov s strani prebavil: bruhanje, driska, slabost, napenjanje in krči v trebuhu. Mikroorganizmi, ki vstopajo v telo preko dihal (Pseudomonas, legionele) povzročajo simptome vnetja v dihalih.

Kemijski onesnaževalci v vodi vplivajo akutno ali kronično, lokalno ali sistemsko, posredno ali neposredno na zdravje otrok. Snovi lahko delujejo strupeno, rakotvorno, genotoksično na zarodek, kot alergeni, dražljivci itd. (Inštitut za varovanje zdravja, 2009).

HRUP IN SVETLOBNO ONESNAŽENJE

Okoljski hrup vpliva na velik del Evropejcev. Javnost ga dojema kot eno izmed glavnih okoljskih težav. Vplivi hrupa na ljudi so lahko fiziološki in psihološki, saj posega v osnovne dejavnosti, kot so spanje, počitek, študij in komunikacija (Evropska Agencija za okolje).

Vpliv letalskega in prometnega hrupa na kognitivne dejavnosti in zdravje pri otrocih raziskovala skupina RANCH study team. Izsledke študije so bili predstavljeni v reviji Lancet. Skupina je mnenja, da šole v bližini letališč ne predstavljajo zdravega izobraževalnega okolja saj hrup vpliva na nekatere kognitivne sposobnosti pri otrocih (Lancet 2005, povzeto po Jupline.net). Lancet 2005; 365: 1942-9, povzeto po Jupline.net

Svetlobno onesnaženje pomeni vsak neposreden ali posreden vnos umetne svetlobe v okolje, kar povzroči povečanje naravne osvetljenosti okolja. Naravni bioritem dneva in noči je izrednega pomena za človekovo zdravje. Motnje spanja, ki jih povzroča svetlobno onesnaženje so eden izmed glavnih vzrokov in simptomov depresije (<http://www.temnonebo.org/>).

VPLIV BIVALNEGA OKOLJA NA ZDRAVJE OTROK

Ljudje preživimo približno 90% svojega časa v zaprtih prostorih. To pomeni, da je zaprt prostor naše pomembno življsko okolje. Na onesnaženost notranjega okolja vplivamo uporabniki s svojimi razvadami in navadami ter značilnosti stavbe.

Kakovost zraka v bivalnem okolju je odvisna od lokacije stavbe, gradbenih materialov iz katerih je stavba zgrajena, biokontaminacije stavbe z različnimi mikroorganizmi ter snovi, ki nastajajo v gospodinjstvu. Onesnaženje zraka v zaprtih prostorih povzroča v največji meri sekundarni cigaretni dim, pa tudi uporaba bio goriv. V državah v razvoju je to velik javnozdravstveni problem, saj močno povečuje mortaliteto otrok v starosti do 5 let.

Nečistoče v notranjem zraku, ki vplivajo na počutje in zdravje otrok lahko razdelimo v tri skupine:

- Dražljivci, in sicer: hlapne organske spojine (smole, laki, lepila), prizemni ozon



(fotokopirni stroji, ionizatorji in čistilci zraka), dušikovi oksidi (plinski kuhalnik, kajenje), ogljikov monoksid ter benzen.

- Alergeni, in sicer: cvetni prah, plesni in gobe, hišni prah, pršica ter alergeni domačih živali.
- Tobačni dim (Butala, Košnik, 2003).

Onesnažen notranji zrak podobno kot zunanji vpliva pri otrocih predvsem na razvoj pljuč, dihalne težave in poslabšanje astme.

Veliko nevarnost v notranjem okolju predstavlja za otroke tudi možnost nastanka poškodb zaradi neprimerne opreme in ureditve bivalnega okolja. Opremo in sredstva za zaščito pred poškodbami je potrebno prilagoditi starosti otroka.

Otroci precejšen del svojega časa preživijo v vrtcih ali šolah in urejenost bivalnih razmer v teh institucijah lahko močno vpliva na njihov razvoj in zdravje.

Bivalno okolje je tudi bolnišnično okolje, ki predvsem pri kroničnih bolnikih in tistih, ki potrebujejo dolgotrajno bolnišnično zdravljenje pomembno vpliva na počutje in zdravje.

VPLIV KEMIČNIH SNOVI V OKOLJU NA ZDRAVJE OTROK

Različne kemične snovi so v 21. stoletju del našega vsakdana in so prisotne praktično v vsem, kar uporabljamo. Na trgu je danes dostopnih približno 70.000 različnih kemikalij, vsako leto pa se jim pridruži še po 1500 novih. Otroci so izpostavljeni številnim kemikalijam na mestih, kjer preživijo največ časa – doma, v šoli, v vrtcu, na igrišču, poljih, ulicah. Viri onesnaženja v bivalnih prostorih so cigaretni dim, izpusti grelnih peči, kuhalni plin, čistilna sredstva, antiseptična sredstva, pesticidi, vse vrste razpršil, aromatične snovi, emisije laka za pohištvo, preproge in drugi podi, zaščitna sredstva za les, lepila, barve itd. Otroci so izpostavljeni tudi strupenim snovem iz ovojnih materialov, igrač in drugih predmetov, ki jih lahko nesejo v usta. Izpostavitve kemičnim snovem v okolju je naraščajoč razlog za zaskrbljenost saj ima lahko resne posledice na njihovo zdravje in razvoj. Razvijajoči se organizmi predvsem v embrionalni in fetalni fazi, prvih letih razvoja in med puberteto so še posebej občutljivi za specifične dejavnike v okolju. Številne kemikalije, ki dokazano povzročajo škodljive učinke, brez težav prehajajo placento in lahko motijo razvoj ploda. Nekatera topila in pesticidi lahko povzročijo raka. Svinec, metilirano živo srebro in nekateri pesticidi povzročajo motnje razvoja živčnega sistema (Inštitut za varovanje zdravja, 2006).

Študija, ki dokazuje povezavo med izpostavitvijo matere organskim topilom med nosečnostjo in slabšim razvojem kognitivnih, jezikovnih in vedenjskih lastnosti otroka, je bila predstavljena v reviji *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, oktobra 2004. Skupina kanadskih raziskovalcev zajela v raziskavo skupino 32 nosečnic, ki so bile med nosečnostjo izpostavljene organskim topilom in kontrolno skupino nosečnic. Njihovi otroci so v starosti 3 do 9 let opravili testiranje kognitivnih dejavnosti. Raziskovalci so ugotovili, da so se otroci, ki so bili in utero izpostavljeni organskim topilom, slabše odrezali na testih kot otroci, ki med nosečnostjo niso bili izpostavljeni organskim topilom (*Arch Pediatr Adolesc Med* 2004, povzeto po Jupslines.net).



VPLIV DRUŽBENEGA OKOLJA NA ZDRAVJE OTROK

Družbeno okolje posameznika zajema življenske in delovne pogoje, dohodkovno in izobrazbeno raven in skupnosti, katerih del je. Vse to močno vpliva na njegovo počutje in zdravje.

Za otroka v prvih letih življenja najpomembnejši element družbenega okolja predstavlja zagotovo družina. Nega, vzgoja, pomoč, opora in spodbuda so osnovna dogajanja, ki omogočajo razvoj otrok in so odvisna od dejavnosti, pripravljenosti in ljubezni odraslih članov družine. Čustveno življenje posameznika se začne v družini, tukaj otrok pridobiva prve pomembne izkušnje za vse življenje. Pomembne funkcije družine so: zagotavljanje otroku fizične, socialne in duševne varnosti in omogočanje učenja večšin potrebnih za življenje. Družina vpeljuje otroka v svet bližnje in daljnje okolice (vrtec, šola, športna društva, gledališče...), vzbuja v otroku zanimanje za svet zunaj družinskega gnezda, pomaga pri vključevanju v širše družbeno okolje. Razvija v njim odnos do svojega telesa in zdravja ter odnos do sočloveka.

Družinsko okolje lahko vpliva na otroka pozitivno in mu nudi optimalne pogoje za napredek in zdravje ali negativno in povzroči pri otroku nepopravljivo škodo v čustvenem in telesnem razvoju. Na negativne preizkušnje v družini vplivajo problemi, ki izhajajo iz širšega okolja in iz družine same.

Gmotna ogroženost družine oziroma revščina je eden od problemov, s katerim se srečuje vedno več družin tudi v razvitem svetu. Revščina je večdimenzionalen, predvsem ekonomski in socialni problem, ki je v zvezi z dohodki, zaposlitvijo, zdravjem, stanovanjem, izobrazbo in še številnimi drugimi dejavniki, ki določajo blaginjo posameznika in družine (Stropnik, 1994, cit. po Šmitek, 2005). Učinki revščine zaradi pomanjkanja materialnih sredstev ogrožajo zdravje družinskih članov. Take razmere vplivajo na razvoj in možnost šolanja otrok (Morris, 2002, cit. po Šmitek, 2005). Revščina povzroča tudi psihološke obremenitve. Zelo občutljiva skupina so otroci, posebno mladostniki, ki so zaradi posledic revščine med svojimi sovrstniki pogosto izpostavljeni, zasmehovani in stigmatizirani, kar vpliva na njihovo samopodobo in občutek nesprejetosti. Posledica je lahko slabši učni uspeh ali zamujena priložnost za nadaljevanje izobraževanja (Šmitek, 2005).

Veliki problem predstavljajo tudi patološki pojavi v družini. Alkoholizem, nasilje v družini, spolno nasilje, kaznovanje, odvisnosti, posesivnost ter uresničevanje lastnih želja skozi otroke ima nedvomno negativen vpliv na otroka. Dokaj pogost patološki pojav v družini je trpinčenje otrok. najpogostejše oblike trpinčenja so: telesno trpinčenje, spolna zloraba in zanemarjanje (Uranker, 2000). Trpinčeni otroci utrpijo veliko telesnih poškodb, ki so različno hude in mnogo nepopravljivih čustvenih sprememb, ki jih spremljajo skozi celo življenje.

MEDNARODNE AKTIVNOSTI ZA ZAŠČITO OTROŠKEGA OKOLJA

Na področju varstva otroškega okolja so zelo aktivne številne nevladne organizacije: Mednarodna mreža otroškega okolja in zdravja in varnost (INCHES, <http://www.inchesnetwork.org>), Mednarodno društvo zdravnikov za okolje (ISDE, <http://www.isde.org/>) in druge.



Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) od leta 1999 razvija aktivnosti otroškega okolja in zdravja in povezuje udeležence iz industrijskih in razvijajočih se dežel, nevladnih organizacij in strokovnih združenj (<http://www.who.int/pehl/cehl/>). Septembra 2002 je WHO na Svetovnem vrhu trajnostnega razvoja v Johannesburgu v Južni Afriki dala pobudo za izboljšanje zaščite okolja otrok in ustanovitev Zveze globalnega gibanja za otroke (Healthy Environment for Children Alliance - HECA). V zvezi HECA (www.who.int/HECA) so med drugimi vključeni tudi Program za okolje združenih narodov – UNEP (<http://www.unep.org/>), Svetovna banka, (<http://www.worldbank.org/>) in fundacija združenih narodov za otroke - UNICEF (<http://www.unicef.org/>).

Na četrti evropski ministrski konferenci o okolju in zdravju v Budimpešti leta 2004 so se ministri in predstavniki držav evropske regije Svetovne zdravstvene organizacije, odgovorni za okolje in zdravje, skupaj z regionalnim direktorjem Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo, v prisotnosti komisarjev za zdravje in okolje Evropske komisije, strinjali, da je zdravje otrok v 52 evropskih državah vedno boljše, vendar izboljšanje ni homogeno. Udeleženci konference so se strinjali in obvezali, da je namen Akcijskega plana za okolje in zdravje otrok zmanjšanje bremena bolezni, ki nastane zaradi poglobitvenih dejavnikov tveganja iz okolja. Države naj bi opredelile te štiri glavne okoljske sklope, ki so pomembni za zaščito zdravja otrok v štirih prioritetnih ciljih:

- prioritetni cilj 1: Zagotoviti zdravstveno ustrezno pitno vodo in ustrezno oskrbo z njo ter ustrezno
- ravnanje s komunalnimi odpadnimi vodami,
- prioritetni cilj 2: Zagotoviti zaščito pred poškodbami in primerno fizično aktivnost otrok,
- prioritetni cilj 3: Zagotoviti boljše kvaliteto zunanjega in notranjega zraka,
- prioritetni cilj 4: Zagotoviti okolje s čim manj škodljivih kemijskih in fizikalnih dejavnikov za zdravje otrok.

Slovenija je v skladu s sprejeto deklaracijo na konferenci v procesu priprave Akcijskega plana za okolje in zdravje otrok za Slovenijo (Ministerstvo za zdravje).

Pri obravnavi tako pomembnega in obsežnega problema, kot je otroško okolje je potreben večsektorski pristop, ki mora združevati strokovnjake s področja epidemiologije, higijene, toksikologije, pediatrije in genetike ter različne vladne organizacije. Tak pristop je bistvenega pomena za pripravo učinkovite okoljske in javnozdravstvene politike države za izboljšanje zdravja otrok (Vračko, 2006).

ZAKLJUČEK

Zdravje omogoča in zagotavlja kakovostno življenje otrok, mladostnikov in njihovih družin ter je temeljni vir razvoja vsake družbe. Obolevnost in umrljivost otrok se je posebno v gospodarsko razvitih predelih sveta zmanjšala vendar je breme bolezni zaradi vplivov okolja še veliko. Tveganje za izpostavljenost strupenim onesnaževalcem iz okolja obstaja že pred oploditvijo, medtem ko jim je razvijajoči se zarodek lahko izpostavljen zaradi materinega poklica, življenjskega sloga in pomanjkljivega zavedanja o tveganjih iz okolja. Onesnaževalci, ki lahko predstavljajo tveganje za razvoj otrok se nahajajo v zraku,



zemlji, talnih oblogah in igračah (Pronczuk de Gabrino, 2003, cit.po Perharič, 2003). Otroci so prihodnost naše družbe. Za svojo rast in razvoj potrebujejo čisto, varno in zdravo okolje. Čisto okolje in izobrazba bosta omogočila otrokom, da v polnosti razvijejo svoj potencial kot posamezniki, člani družbe in kot nosilci trajnostnega razvoja (Vračko, 2006).



LITERATURA IN VIRI:

1. Bitenc K (2006). Kemične snovi v okolju- zaščitite svojega otroka. Inštitut za varovanje zdravja RS.
<http://www.ivz.si/index.php?akcija=tisk&n=1023>
2. Družbeno okolje. Zdravje-EU, Javnozdravstveni portal Evropske unije
http://ec.europa.eu/health-eu/my_environment/social_environment/index_sl.htm
<http://www.eea.europa.eu/sl/themes/human/about-environment-and-health>
<http://www.eea.europa.eu/sl/themes/noise/about-noise>
3. Izpostavljenost letalskemu hrupu zavira razvoj nekaterih kognitivnih dejavnosti pri otrocih (2005). *Lancet* 2005;
4. 365: 1942-9 <http://www.jupsline.net/showdoc.php?novica=1124007676>
<29.08.2009>
5. Izpostavljenost matere organskim topilom med nosečnostjo vpliva na razvoj živčevja pri otroku (2004). *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 956-61 <http://www.jupsline.net/showdoc.php?novica=1099389372> <3.09.2009>
6. Izpostavljenost otrok onesnaženemu zraku zaradi prašnih delcev PM10 (2009). Agencija Republike Slovenije za okolje. http://kazalci.arso.gov.si/?&data=indicator&ind_id=172 <1. 09. 2009>
7. Krajevna izpostavljenost cestnemu prometu škodljivo vpliva na razvoj pljuč pri otrocih (2007). *Lancet* 2007; 369: 571-7 <http://www.jupsline.net/showdoc.php?novica=1176450744> <3.09.2009>
8. Nova potrditev škodljivega vpliva onesnaženega zraka na razvoj pljuč (2004). *N Engl J Med* 2004; 351: 1057-67 <http://www.jupsline.net/showdoc.php?novica=1095062012> <3.09.2009>
9. O hrupu. Evropska Agencija za okolje
10. O okolju in zdravju. Evropska Agencija za okolje
11. Okolje in zdravje otrok, Ministrstvo za zdravje, 2009
12. http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/javno_zdravje/sektor_za_preventivo_in_razvoj_javnega_zdravja/okolje_in_zdravje/okolje_in_zdravje_otrok/ <28.08.2009>
13. Pogosta vprašanja o pitni vodi (2009). Inštitut za varovanje zdravja RS <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=849> <8.09.2009>
14. Pronczuk de Gabrino J (2003). Prevedla je Perharič L., *Zdrav Var* 2003; 42: 91-94.
15. Razsvetljava in javno zdravje (2004). <http://www.temnonebo.org/> <4.09.2009>
16. Šmitek J (2005). Revščina, ženske in zdravstvena nega. *Obzor Zdr N* 2005;39 :103-10.
17. Uranker N (2000). Trpinčen otrok v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 2000; 34: 33-8.
18. Vračko P (2006). Otroci in kemijska varnost. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. info.kemikalije.org/konferenca/2b_mitigation.../Pia%20Vracko.ppt <4. 09. 2009>



KO BOLNIŠNICA POSTANE DOM...

Sonja Poštuvan, viš.med.sr.,

Hojka Gregorič Kumperščak, dr.med., spec.pedopsihiater

UKC, Klinika za pediatrijo, Odsek za otroško in mladostniško psihiatrijo

Ljubljanska 5, Maribor

UVOD

V prispevku bom v prvem delu predstavila primer 15 letne Petre v luči otroškega in mladostniškega psihiatra, v drugem delu pa kot smo jo doživljale sestre po življenjskih aktivnostih zdravstvene nege, v zaključku pa bom predstavila aktivnosti na odseku za otroško in mladostniško psihiatrijo klinike za pediatrijo.

PRIKAZ PRIMERA

Pri dekletu gre za vedenjske in čustvene motnje, ki občasno rezultirajo v izrazito avto- in hetero-agresivno vedenje. Leta 2006 je bila vključena v vzgojno-izobraževalen zavod (VIZ) A, leta 2008 pa ji je matični center za socialno delo (CSD) pričel iskati rejniško družino, kjer bi bivala čez konec tedna. Dekle je odraščalo v izrazito disfunkcionalnih in travmatizirajočih družinskih razmerah, ki so zaznamovale njen osebnostno – emocionalni razvoj, motena so bila temeljna področja navezave, regulacije in doživljanja sebe. Nameščanje v rejniško družino je bilo vsekakor potrebno, je pa povečalo njeno notranjo stisko, konflikte in aktualiziralo njeno najhujšo bolečino – da je zavržena, da je nihče ne mara, da je nevedna.

V opisanem psihičnem stanju je bila zaradi groženj s samomorom iz VIZ A prvič pripeljana na hospitalizacijo marca 2008. Sledile so še tri hospitalizacije zaradi avto- in hetero-agresivnega vedenja (maj, november, december 2008), v katerih je ves čas izražala stisko glede domačih razmer in svojega bivanja pri rejnikih in v VIZ A. Izražala je željo po namestitvi v drugi VIZ B. Njeno željo smo posredovali CSD – ga. Ena. S strani CSD nam je bilo rečeno da bo to možno verjetno še pred božičem 2008, najkasneje pa v prvih dneh januarja 2009.

Novembra in decembra 2008 je bila zaradi izrazite avto in hetero- agresije dva krat potrebna premestitev dekleta na oddelek za odraslo psihiatrijo. Petra je ves čas izražala željo po premestitvi v drugi VIZ B in čakala, kdaj bo to možno.

Do namestitve v drugi VIZ B ni prišlo, dekle smo januarja 2009 po dogovoru s CSD nameščali nazaj v VIZ A. Vendar je po 5 dneh zaradi ponovnih groženj s samomorom bila sprejeta na drug oddelek otroške psihiatrije. Od tam so jo po tednu dni premestili nazaj na naš oddelek (6. hospitalizacija) z utemeljitvijo regijske razdelitve bolnikov in dejstva, da nimajo kapacitet za tako motene bolnike.



Tekom 6. hospitalizacije smo februarja 2009 sklicali razširjen timski sestanek, ki so se ga udeležili predstavniki VIZ A in CSD (ga. Dva). Ponovno smo predstavili Petrino željo, da bi rada šla v drugi VIZ B. Povedano nam je bilo, da gospa Ena, ki je urejevala to namestititev, ne skrbi več za Petrin primer ter da namestititev v drugi zavod ni možna, saj se Petrin oče z njo ne strinja. Obvestili so nas tudi o tem, da so rejniki dali odpoved rejništva. Na tem sestanku je bilo sprejeto:

- Petra bo hospitalizirana pri nas, dokler se njeno psihično stanje ne stabilizira. V tem času bo obiskovala bolnišnično šolo.
- Odpuščena bo v rejniško družino.
- CSD bo iskal novo rejniško družino, ker je sedanja dala odpoved.
- Ob koncu hospitalizacije se bo Petra vrnila nazaj v matično osnovno šolo na VIZ A, ki ji bo priskrbela zapiske in zanjo izdelajo individualen program.
- Septembra 2009 bo nameščena v VIZ C, ki sprejema srednješolce.

Druga polovica šeste hospitalizacije je potekala dokaj ugodno, dekle je vsak vikend izmenično obiskovala očeta ter rejnike in bila na zimskih počitnicah, prav tako izmenično pri očetu in pri rejnikih.

Marca 2009 je Petra prišla na dogovorjeno – sedmo- hospitalizacijo, v kateri smo imeli namen preveriti bivanje pri očetu in rejnikih ter ovrednotiti možnost odpusta. Petra je poročala o tem, da se je pri očetu dobro počutila, pri rejnikih pa je prihajalo do občasnih konfliktov. Zaradi tega si ni predstavljala bivanja pri njih čez cel teden. Začela je razmišljati o vrnitvi v VIZ A, če ni druge možnosti. Ponovno je iznesla močno željo po odpustu. Tako smo obvestili gospo Dva iz CSD, da je Petra pripravljena na odpust - predvidoma čez teden dni. Poročali smo o pomembnih premikih glede Petrinega vedenja v zadnjem mesecu dni. Sicer je še doživljala stiske glede svoje nastanitve, vendar je bil napredek v tem, da je stiske prepoznavna, pravočasno prosila za pomoč in tako sama preprečevala večje vedenjske izbruhe. Gospa Dva je povedala, da je to tudi sama opazila, saj je bila v času počitnic na obisku pri Petri in očetu. Hkrati nas je obvestila o pripravah na deložacijo očeta. Prosili smo jo, če jo lahko prestavijo z obrazložitvijo, da bi le-ta trenutno Petri močno poslabšala psihično stanje.

Na dan predvidenega odpusta, nas je poklicala gospa Dva iz CSD in vprašala, kdaj in kam mislimo Petro odpustiti. Seznanila nas je, da je bil pred dvema dnevoma timski sestanek v VIZ A, na katerem so sprejeli sklep, da je iz njihovega zavoda odpuščena. Sprejet je bil tudi sklep, da šolanje v 9. razredu zanjo ni obvezno, saj je lahko v septembru 2009 nameščena v VIZ C tudi brez dokončane osnovne šole. Povedala je tudi, da je bila izvedena deložacija Petrinega očeta. Rejniki, ki so sicer dali odpoved rejništva, naj bi se formalno strinjali, da je lahko do nadaljnjega Petra pri njih.

Rejnik, ki je prišel po Petro, je povedal, da naj bi bil šele na dan odpusta obveščen o



tem, da bo Petra odpuščena k njim. Petra in rejnik sta prišla takoj v konflikt, vendar je Petra vseeno odšla z njim. Njena motivacija za odhod je bila predvsem želja prisostvovati timskega sestanku, ki ga je napovedal CSD in jih prositi za namestitev v katerikoli zavod ali rejnikom, saj ima bivanja v bolnišnici dovolj.

Vendar je bila že dan po odpustu ponovno pripeljana v policijskem spremstvu za hospitalizacijo – tokrat že osmo. Pri rejnikih je ponovno prišlo do konflikta. Naj bi razbijala in grozila s samomorom.

Od osme hospitalizacije naprej se gospa Dva iz CSD ni več javljala na naše telefonske klice. Po tednu dni smo prejeli njihovo pismo, v katerem so nas obvestili, da Petrino izboljšano stanje in njena pripravljenost na odpust ni v skladu s smernicami timskega sestanka izpred meseca dni ter nam priporočili, kako in kdaj naj skličemo ponovni timski sestanek in koga naj nanj vabimo.

Kljub Petrinemu izboljšanem psihičnem stanju se je izkazalo, da dekleta nimamo kam odpustiti. Rejniki, ki so podali odpoved rejništva, se z nadaljnjim bivanjem Petre pri njih strinjajo le formalno, dejansko pa (ne)zavedno vedno znova provocirajo konflikte z njo. Oče, ki se z premestitvijo v VIZ B decembra 2008 ni strinjal, je bil v začetku marca 2009 deložiran in sedaj nima ustreznega prebivališča in Petra tako ne možnosti bivanja pri njem. VIZ A je Petro iz njihovega zavoda odpustili. CSD na naše telefonske klice od osme hospitalizacije naprej ne odgovarja, pač pa daje bolnišnici pisna navodila o nadaljnjih postopkih, ki bi jih naj bolnišnica izvajala. Primer ni izmišljen.

RAZPRAVA

Petra je le eden izmed primerov kršitve osnovnih otrokovih/mladostnikovih pravic, poskusov poseganja drugih inštitucij v delo zdravstvenih ustanov in zloraba le-teh za druge, nemedicinske primere.

1. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) v 11. členu opredeljuje kakovostno zdravstveno oskrbo, ki mora biti uspešna, varna, pravočasna, učinkovita in osredotočena na pacienta. Ko smo tak izid zdravljenja pri Petri dosegli, nam je CSD sporočil, da le-ta ni v skladu s slepi timskega sestanka.
2. Z Pac P v 12. členu opredeljuje, da je zdravstvena oskrba upravičena, če se v skladu z medicinsko doktrino upravičeno pričakuje, da bo pacientu koristna. Pri Petri je prišlo do izboljšane psihičnega stanja, ko ji nadaljnje bivanje v bolnišnici ni več koristilo. Vendar se je izkazalo, da je pravzaprav nimamo kam odpustiti.
3. ZPacP v 35. členu opredeljuje starost 15. let kot tisto, ko je otrok sposoben privolitve v zdravstveno oskrbo. Petra jasno že nekaj mesecev prosi za namestitev v drug VIZ in za odpust iz bolnišnice, vendar so te prošnje v prazno.
4. Konvencija o otrokovih pravicah (OZN) postavlja otrokove koristi pri vseh dejavnostih z otroki, bodisi da jih vodijo državne ali zasebne ustanove za socialno varstvo, sodišča, upravni organi ali zakonodajna telesa, kot glavno vodilo. V Petrinem primeru je



- vprašljivo, ali so njene koristi glavno vodilo inštitucij, ki vodijo njen primer.
5. Evropska konvencija o uresničevanju otrokovih pravic je jasna glede procesnih pravic otrok. Govori o pravici o obveščeni in izražanju lastnega mnenja, o upoštevanju otrokovega mnenja in o dolžnosti hitrega ukrepanja vseh organov vpletenih v posamezen primer. Vse naštetu je bilo grobo kršeno, ko so Petro izpisali iz VIZ A, ji odvzeli možnost končanja 9. razreda osnovne šole ter ji niso uredili bivanja izven bolnišnice.
 6. Organi, ki vodijo Petrin primer, tudi grobo kršijo integriteto zdravstvenih ustanov in lečečih zdravnikov, ko zahtevajo rezultate zdravljenja in pričakovani čas ozdravljenja v skladu s sklepi timskih sestankov in v skladu s svojimi (ne)aktivnostmi glede iskanja možne nastanitve Petre izven bolnišnice.
 7. V zakonu o duševnem zdravju (ZDZdr), ki bo stopil v veljavo avgusta 2009, je v 15. členu zapisano, da se mladoletnika praviloma ne sprejme na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom skupaj s polnoletnimi osebami, razen če bi bilo to zanj koristno. Petra je bila dvakrat hospitalizirana na oddelku za odraslo psihiatrijo.
 8. Pravica do šolanja je osnovna otrokova pravica. Petri so sredi dokaj uspešnega šolanja v 9. razredu osnovne šole (večinoma je šolanje potekalo v bolnišnični šoli) sporočili, da lahko šolanje kar zaključijo.

Opisan primer žal ni osamljen. Prošenj za hospitalizacijo in dejanskih hospitalizacij zaradi socialnih razlogov je vedno več, čeprav imajo ne-zdravstvene službe zanje predvidene možnosti namestitve (materinski dom, varna hiša, krizni center...). V večini primerov gre za telesno, psihično ali spolno zlorabljenе otroke/mladostnike, otroke/mladostnike, katerih družine so v težkih družinskih sporih ali ločitvenih postopkih, ali pa za otroke/mladostnike, pri katerih je predviden odvzem starševskih pravic ter namestitev v rejo.

V klinični praksi se velikokrat izkaže, da obstaja ob samem sprejemu teh otrok/mladostnikov medicinska indikacija za hospitalizacijo (poškodbe, podhranjenost, dehidriranost, grožnje s samomorom). Ko se psihofizično stanje otroka/mladostnika uredi do te mere, da bolnišnično zdravljenje ni več potrebno, pa se izkaže, da otroka/mladostnika ni moč nikamor odpustiti. Službe, ki naj bi prevzele skrb zanje, so podvržene dolgotrajnim birokratskim postopkom in naprošajo bolnišnice, da naj ostanejo hospitalizirani tudi naprej, čeprav brez medicinske indikacije. Npr. do ureditve domačih razmer (urediti družinske razmere je včasih nemogoče, vsekakor pa vedno dokaj dolgotrajno) ali do naslednjega šolskega leta, ko bo lahko otrok/mladostnik šel v naslednji VIZ, ali do zasedanja komisije za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami, ki bo otroka/mladostnika usmerila naprej... Tako se hospitalizacija z medicinsko indikacijo v bolnišnici iz nekaj dni trajajoče spremeni v nekaj mesecev ali več trajajočo hospitalizacijo z razlogi, ki niso medicinske narave. Še posebej so občutljive hospitalizacije s socialnimi razlogi na oddelkih za otroško in/ali mladostniško psihiatrijo. Velikokrat se izkaže, da imajo ne-zdravstvene službe, vladne in ne-vladne organizacije, ki prosijo za hospitalizacijo otroka/mladostnika, v mislih zaželen izid takšnega »zdravljenja«, ki je lahko daleč od otrokove/mladostnikove jasno izražene



volje in želje. Npr. da bi se ga naj pripravilo na bivanje s staršem, s katerim ne želi imeti stikov; ali pa dokler ne bo nehal z avto- in hetero-agresivnimi izbruhi, do katerih pa prihaja zaradi občutkov zavrženosti in manjvrednosti, ki jih dolgotrajna hospitalizacija lahko le še povečuje itd.

V vseh naštetih primerih gre za kršitev avtonomije otroka/mladostnika. Čisto drugačno stališče pa zdravniki zavzamemo, ko otrok/mladostnik jasno izrazi željo po smrti, stradanju (anoreksija nervoza) ali željo po uživanju psihoaktivnih substanc. Takrat njegovi avtonomiji in pravici do upoštevanja njegovih želja ne sledimo. Vendar imamo za to tudi pravno-etično podlago. Zaradi kliničnega vtisa, da narašča število prošenj in dejanskih hospitalizacij brez prave pravno-etične podlage, smo se odločili v prispevku predstaviti le tisto kršenja avtonomije otroka/mladostnika, ki je ne moremo medicinsko upravičiti.

PROCES ZDRAVSTVENE NEGE

Procesna metoda dela v zdravstveni negi, ki jo v pediatrični zdravstveni negi uporabljamo že več let, omogoča individualno, humano in strokovno obravnavo posameznika ali družine. Proces zdravstvene nege je v psihiatrični zdravstveni negi osvetlil tudi »nevidno« delo medicinskih sester – pogovore, poslušanje, tolažbo, svetovanje, varovanje, učenje, neverbalna komunikacija, kar je vse za otroka zelo pomembno. Pri obravnavi otroka z vedenjskimi motnjami mora biti na prvem mestu zagotovljena varnost otroka – mladostnika, strpnost sodelujočih v timu, kulturno medsebojno komuniciranje – zgled in vzgoja – spoštovanje različnih videnj problema, sprejemanje sebe in drugih, v poznavanju in spoštovanju sebe in drugih.

Virginija Henderson ugotavlja, da je zdravstvena nega utemeljena v vseh osnovnih potrebah človeka. Ne glede na to ali je otrok telesno ali duševno bolan, mora medicinska sestra pomagati otroku, da se bo lažje spoprijel s svojimi težavami.

VEDENJSKE MOTNJE

O njih govorimo kadar gre za konstanten vzorec vedenja, ki se pojavlja dalj časa v različnih socialnih situacijah. Ob tem bi poudarila, da je opis vedenja povezan s strpnostjo okolja in da lahko določeno vedenje v določenem okolju dalj časa tolerirajo kot običajno in normalno, kot bi se to zgodilo v drugem okolju.

Pri vedenjskih motnjah govorimo o spektru motenj, od najblažje, ponavadi omejene na družinski okvir, do najtežjih, ki že prehajajo v disocialna vedenja mladostnika.

ČUSTVENE MOTNJE

K strokovni pozornosti torej kličejo tiste značilnosti otrokovega čustvovanja, ki mu povzročajo neugodje in trpljenje, motijo njegovo optimalno psihosocialno delovanje in s tem ovirajo tudi njegov zdrav in celosten razvoj, moteče posegajo v otrokovo doživljanje sebe in sveta in mu zapletajo odnose ter dejavno in sproščeno v širši socialni prostor.

Ugotovljene negovalne probleme razdelimo na 14 življenjskih aktivnosti:



→ **Dihanje**

Dihanje je življenjska aktivnost, ki za človekovo preživetje najpomembnejša. Medicinska sestra mora biti pozorna kako otrok diha(frekvenca dihanja), na način dihanja, uporabo pomožnih dihalnih mišic i.

- Pri Petri v normalnih okoliščinah nismo opazili težav z dihanjem , razen pri napadih panike ali agresije. Ob napadih agresije je prihajalo do hiperventilacije.

→ **Prehranjevanje in pitje**

Hrana prinaša človeku prvo izkušnjo ugodja. V otroštvu je povezana s prispodobo sprejetosti, varnosti in ugodja. Medicinska sestra je pri obrokih ves čas prisotna, da lahko oceni, če otrok zaužije zadostno količino hrane in pijače.

- Petra je zajtrk največkrat prespala, kosila pogosto zavračala z izgovorom, da hoče shujšati, a je ves popoldan jedla vse, kar je »dobila«, najraje pa je jedla čokolado. V času hospitalizacij je njena telesna teža narasla za cca. 20 kg, kljub našim naporom, da bi se zdravo prehranjevala. Težnja po sprejetosti se je kazala tudi s »pridobivanjem« hrane od sester ali celo obiskovalcev.

→ **Odvajanje in izločanje**

Je tako kot hranjenje tesno povezano s čustvi. Medicinska sestra beleži odvajanje in večkrat dnevno opomni naj pijejo dovolj tekočine in naj bodo telesno aktivni.

- Petra z odvajanjem ni imela večjih problemov.

→ **Gibanje**

Otroci – mladostniki večinoma nimajo težav z gibanjem. Potrebujemo pa veliko spodbude in pohvale za aktivacijo v smislu telesne aktivnosti.

- Petra je bila pogosto upočasnjena, brez energije, kljub organizirani telesni vzgoji (3x tedensko v telovadnici ali na igrišču) je le redko aktivno sodelovala, večkrat motila druge in grozila s pobegom iz telovadnice. Ko se je odločila, da bo telovadila, je zahtevala vso pozornost sestre, če je samo zaslutila, da je sestra pozorna do drugih, je prenehala in nagajala.

→ **Spanje in počitek**

Spanje je ena od skrivnosti življenja. Človeku se zdi spanje nekaj samoumevnega, dokler ga zanj ne prikrajša bolezen. Pomembno je, da jih poučimo naj pred spanjem ne pijejo kave, čaja in drugih pijač, ki vsebujejo kofein in tein, da poskušajo zaspiti brez uspaval, le te dobijo med 23 in 2 uro zjutraj.



- Petra je imela probleme z jutranjim vstajanjem in dnevnim poležavanjem v postelji. Zelo težko jo je bilo motivirati za dnevne aktivnosti na oddelku. Ob izbruhih nejevolje in agresije je bila budna do jutranjih ur, motila ostale paciente pri nočnem počitku. Občasno so bile potrebne tudi intervencije varnostnikov.

→ **Oblačenje**

Mladostniki s tem nimajo težav in so samostojni. Lahko so nekritični. Obleka in urejen videz višata samozavest in ustvarjata boljše počutje.

Čas, ki ga mladostnik preživi v pižami je treba kar se da skrajšati, ter poskrbeti za to, da čim prej obleče svojo obleko (trenirko), ker ga to spodbuja k večji urejenosti.

- Petra je na oddelku kar večino časa preživela v pižami. Njena obleka je bila zelo skromna, ob pridobivanju telesne teže tudi premajhna. Samo posebni dnevi akcije (kino, izhod itd.), ko se je uredila in oblekla svoja oblačila.

→ **Čistoča in nega telesa**

Človekova urejenost je zunanje znamenje notranjega in zunanjega stanja. Mladostnika je potrebno pri opravljanju osebne higijene usmerjati in nadzorovati, ter ga spodbujati k pridobivanju dobrih higienskih navad.

- Petra je potrebovala veliko jutranje spodbude, a večinoma se je sama uredila. Zob si ni hotela nikoli umivati kljub spodbudam.

→ **Izogibanje nevarnostim v okolju**

V pedopsihiatrični zdravstveni negi je pomembna vloga medicinske sestre v zaščiti mladostnika pred poškodovanjem sebe in drugih, samomorom, da daje občutek varnosti in sprejetosti in tako pripomore k zmanjšanju nasilnega vedenja.

Medicinska sestra mora prepoznati znake samomorilnosti in pravilno ukrepati, opazovati in biti pozorna na vsako spremembo vedenja.

- V Petrinih »dobrih« dnevih in v času izhodov si je »nabrala« in shranila predmete, rezila od šilčka, federca od kulic, britvice itd. s katerimi je potem grozila, jih pojedla ali se z njimi porezala po rokah itd. Kljub stalnemu nadzoru in prisotnosti vseh na oddelku je pobegnila, zlomila vrata, odšla v podzemne hodnike, k reki, da bi skočila vanjo, grozila s samomorom.

→ **Odnosi z ljudmi**

Mladostnike spodbujamo k druženju z drugimi bolniki, ponavadi najdejo hitro družbo na oddelku, če ne, jim svetujemo in jim pomagamo pri komuniciranju.

Medicinska sestra mora biti pripravljena pogovarjati se z mladostnikom, le tako ji bo lahko zaupal in jo bo v stiski tudi poiskal.

- V odnosih je bila Petra povsem nepredvidljiva. Znala je biti zelo vljudna, prijazna,



komunikativna, se znala tudi opravičiti. V naslednjem hipu pa odklonilna, nespoštljiva do celotnega tima z grožnjami in žaljivkami, agresivna fizično in verbalno. Če je čutila, da se ji vrstnik poskuša upreti je postala do njega verbalno agresivna.

→ **Koristno delo**

Večina mladostnikov še obiskuje šolo, zato je pomembno, da jih usmerjamo in spodbujamo k učenju. Pri tem sodelujemo s šolo, poskušamo jih motivirati za učenje. Z urnikom pomagamo mladostniku sestaviti osnovni okvir in strukturo njegovega časa.

- Petra je imela povprečne učne sposobnosti, dober spomin, primanjkovalo pa ji je volje. Šolo je obiskovala na oddelku, takrat, ko je ona to želela, ko se je odločila, da v šolo ne gre, se je nikakor ni dalo prepričati drugače.

→ **Učenje in pridobivanje znanja.**

Učenje mladostnika pomeni, da le ta opusti neustrezne oblike vedenja in razvije nove. Naučiti se mora ustreznega odnosa do sebe, do bolezni, do terapevtskih zahtev, do svojcev in zdravstvenih delavcev. Problem predstavljajo pri mladostnikih različne vrste odvisnosti (kajenje, pitje alkohola in kajenje marihuane).

- Petra je pomagala pri določenih opravilih na oddelku, ko je bila pozitivno razpoložena pa tudi pri različnih delavnicah. Redno je kadila, zato je imela večkrat dnevno dovoljene izhode v spremstvu medicinske sestre na dvorišče.

Terapevtske dejavnosti na odseku za otroško in mladostniško psihiatrijo

DRUŽABNE IGRE

Igra omogoča, da zavrtimo čas nazaj in obenem, da iz njega izstopimo. V razvoju otroka imajo zelo pomembno vlogo izmenjave doživetij in mnenj. Igranje prinaša zadovoljstvo in družabnost, ki gradi skupnost. Tako postaja metoda, ki zajema celega človeka in omogoča učenje z vsemi čuti. Pomembna možnost, ki jo igra nudi je tudi sporazumevanje-komunikacija, opazovanje vztrajnosti in reakcije ob zaključku igre. Miselnost in vrednote, ki jih v igri utrjujemo, sprejemamo tudi v resničnem življenju kot nekaj samoumevnega. Dobra igra ni izguba časa. Skoznjo se naučimo deliti radosti in prenašati tegobe zelo spontano.

TELESNE AKTIVNOSTI

Slehernemu človeku pomeni telesno gibanje nekaj kar sodi med življenjske potrebe. Gibalne aktivnosti pravilno vplivajo na telesni razvoj, utrjevanje zdravja in splošno navajanje na zdrav način življenja, dela in razvedrila. Pri telesni aktivnosti je tudi terapevt vključen v sam proces- izvaja gibalne vaje skupaj s pacienti in je hkrati del skupine. To mu omogoča bolj pristen in empatičen odnos do skupine, razvije se sproščeno vzdušje, kjer se



pacienti počutijo sprejete, varne in razumljene.

Mesto, ki ga zavzamemo v prostoru- npr. v telovadnici- kaže na naš odnos do sebe in do sveta. Kadar smo vase usmerjeni in se želimo odmakniti od ljudi in okolja so naši gibi usmerjeni navznoter, k središču telesa. Kadar se čutimo povezane z drugimi in želimo navezovati stike so naši gibi odprti in široki.

Otroci in mladostniki pri katerih opažamo motnje pozornosti ali motnje vedenja ne zmorejo nadzorovati in usmerjati svojega gibanja. Depresivni so gibalno zavrti, slabo aktivni. Pogosto sedijo v klobčič zviti ob steni in pasivno spremljajo dogajanje.

PROSTOROČNE DELAVNICE

- Ker nimamo delovne terapevte v delavnicah dela vzgojiteljica ali sestra.
- Cilji teh delavnic so sledeči:
- vzpodbujanje k aktivnosti – vodljivost in aktivno sodelovanje
- vzpodbujanje in večanje samospoštovanja
- vzpodbujanje komunikativnosti- izražanja (likovno, oblikovalno..), pogovornost, vzpostavitev odnosov...
- vzdrževanje in usmerjanje k realnosti – preusmeritev pozornosti

ČVEKALNICA

Osrednja tema te skupine je pogovor o preživetem koncu tedna in spoznavanju.

PSIHOTERAPEVTSKE SKUPINE

Na le teh pacienti izmenjajo svoje izkušnje, občutke in spoznanja z drugimi člani skupine. Povratne informacije članov skupine pacientom pomagajo pri razreševanju in razumevanju ozadja težav. (vodita pedopsihiater in psiholog)

Delujejo tudi: likovna delavnica, dramsko literarna delavnica, socialno sprostitvene igre, ki jih vodijo učitelji iz osnove šole.

ZAKLJUČEK

Ker so našeti primeri tako občutljivi, bi bilo prav, da se v vsakem primeru posebej oceni, kdaj je hospitalizacija otroka/mladostnika v njegovo korist in kdaj v škodo. Takrat mora biti otroku/mladostniku omogočen odpust v primernejše okolje kot je bolnišnično, zdravniškemu osebju pa, da se ga ne sili k zavestnemu kršenju osnovnih otrokovih/mladostnikovih pravic. Država in njene službe, ki prevzamejo skrb za otroka/mladostnika, ko tega primarna družina ne zmore več, bi morala upoštevati njegovo pravico o obveščenosti in izražanju lastnega mnenja in o upoštevanju njegovega mnenja ter o dolžnosti hitrega ukrepanja v vseh svojih velikokrat nerazumno dolgih birokratskih postopkih.

Dejstvo je, da v Sloveniji nimamo primerne ustanove, kamor bi lahko namestili otroke in mladostnike z težkimi čustvenimi in vedenjskimi motnjami. To populacijo tako nameščajo(mo) od enega do drugega VIZ, z vmesnimi postanki na pediatriji, na odsekih



za otroško in mladostniško psihiatrijo ali pa na oddelkih za odrasle psihiatrične bolnike, od katerih eni niso strokovno, drugi ne kadrovske, nobeni pa prostorsko primerni za takšno delo.

Dejstvo je tudi, da nikjer v Sloveniji nimamo varovanega oddelka za otroško in mladostniško psihiatrijo, kjer bi dobili medicinsko pomoč vsi otroci in mladostniki z duševnimi motnjami, ko je njihovo psihično stanje tako slabo, da potrebujejo stalen nadzor in intenzivno psihiatrično zdravljenje. V praksi se tako dogaja, da so sprejeti na oddelke za odrasle psihiatrične bolnike. Ti bolniki po končani hospitalizaciji pogosto potrebujejo rehabilitacijo, vendar obstajata v Sloveniji trenutno le dva tri mesečna rehabilitacijska programa za otroke/mladostnike z motnjo hranjenja in z čustveno motnjo. Za vse ostale duševne motnje otrok in mladostnikov rehabilitacijskih programov nimamo. Različne zdravstvene in ne-zdravstvene ustanove, opozarjajo(mo) na ta primanjkljaj že leta, vendar še do danes ni prišlo do sprememb.

LITERATURA

1. Gregorič Kumperščak H. *18.posvetovanje Medicina in pravo na temo Pacientova avtonomija v novi zakonodaji in praksi*. Maribor, 27. – 28.3.2009
2. Henderson V. *Osnovna načela zdravstvene nege*. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Ljubljana, 1998:28-31
3. Ivanuša A., Železnik D. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, Maribor 2002
4. Kogovšek B., Škerbinek A. *Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 2002
5. Tomori M., Zihel S. *Psihiatrija*, Ljubljana: Planprint d.o.o., 1999



ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG MLADIH DRUŽIN HEALTHY STYLE OF LIFE IN YOUNG FAMILIES

*Beisa Žabkar, dipl.m.s., univ.dipl.org., Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič,
e-mail: beisa.zabkar@guest.arnes.si, 05 669 2009*

*Doroteja Dobrinja, dipl.m.s., Splošna bolnišnica Izola, Oddelek za pediatrijo
Andreja Črnetič, dipl.m.s., Zdravstveni dom Postoja, Patronažno varstvo*

IZVLEČEK

V prispevku avtorice predstavljajo zdrav življenjski slog mladih družin, kot nuja današnjega časa pri obravnavi otrok. Eden od pomembnih a še vedno zanemarjenih aspektov kakovosti življenja otrok in mladine je njihov življenjski slog. Življenjski slog v otroštvu je odvisen od staršev in njihovih izbir. Medicinska sestra v pediatrični zdravstveni negi izvaja promocijo zdravja po programu na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Metode: namen prispevka je proučevanje zavedanja pomena zdravega življenjskega sloga v družini ter primerjava pridobljenih rezultatov med primarno ravno v otroškem dispanzerju in patronažnem varstvu ter sekundarno ravno. Kontinuirana zdravstvena obravnava družine na primarni in sekundarni ravni ima vedno večji pomen za kakovostno obravnavo otroka. Rezultati: avtorice so ugotovile potrebo po načrtovanju ukrepov izboljšav na področju preventivnega programa zdravega življenjskega sloga družine na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva. Diskusija in zaključek temeljita na ugotovitvah, da je danes potrebno izvajati promocijo zdravja otroka in družine organizirano na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Poleg tega je treba zagotoviti različne oblike svetovanja, izobraževanja in drugih pomoči družinam, ki bi se izvajale v vrtcih, šolah, v delovnem ali bivalnem okolju.

KLJUČNE BESEDE:

pediatrična zdravstvena nega, zdrav življenjski slog otrok in mladostnikov, zdravstvena vzgoja, raziskovanje.

ABSTRACT

The article presents healthy style of life in young families like necessity in treating children of present time. One of the most still neglected aspects quality of life children and young people is their style of life. Style of life in childhood depend upon the parents and their choices. Pediatric nurse perform health education programme on every health care level. Methods: the purpose of the article is to examine conscious of importance healthy style of life in young families and comparision acquired results between primary and secondary health care level. Continually health treating of young families on primary and secondary healtha care level have more and more importancy on quality child treating. Results: the authors discovered the necessity to plan the measure improvements on fildes of preventive programm healthy style of life in young families on primary and secondary health care



level. The discussion and the conclusion is based on the findings that today is necessity to perform health education programme for children and in young families organised on every health care level. We have to assure different forms of advises, education and other assistance to families which can be preform in nursery school, schools, on works and residence society.

KEY WORDS:

pediatric nursing care, health style of live in young families, health education, research.

1. TEORETIČNA IZHODIŠČA

V Sloveniji imamo zelo nizko stopnjo umrljivosti dojenčkov v primerjavi z drugimi državami, kar je eden od kazalnikov za dobro urejen zdravstveni sistem. Kljub temu pa se nam povečujejo zdravstveni problemi v obdobju otroštva in mladostništva, prav tako kot v svetu. Naraščajo bolezni, kot so alergije, astma in diabetes tipa dva. Problem predstavlja problematika na področju duševnega zdravja. Vsa ta obolenja se bodo v obdobju otrok in mladostnikov v bodoče odražala na zdravju odraslih (Pišot, 2007). Poleg teh bolezni in stanj pesti mlado populacijo nova zboleznost, ki vključuje nezdravo koriščenje prostega časa, motnje prehranjevanja in nezadostna telesna aktivnost, zloraba drog in druge zasvojenosti, tvegano spolno vedenje, zanemarjanje, trpinčenje in zlorabe, motnje duševnega zdravja in dobrega počutja, ki se v težjih oblikah kažejo s slabim učnim uspehom, težavami pri komunikaciji z vrstniki, starši in odraslimi, nizko pozitivno samopodobo, depresivnostjo, samomorilnostjo in drugo. (Brcar, 2006).

Jeriček Klanščekova (2007) je primerjala telesno dejavnost Slovenskih otrok v šolskem obdobju in ugotovila, da le ta od leta 2002 do leta 2006 izrazito upade. Študijo je avtorica izvedela v okviru Inštituta za varovanje zdravja Slovenije med šolanima 11, 13, in 15 letniki. Stanje v Sloveniji kaže, da je potrebno zmanjšati tveganje za nastanek nezdravega življenjskega sloga in s tem tveganje za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni kar je tudi zapisano v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva od 2008 do 2013. Da bi celoviteje razumeli vzorce obnašanja mladih v zvezi z zdravjem, je potrebno raziskati njihove psihološke lastnosti, družino, šolsko okolje, vrstniške odnose in tudi socialno-ekonomsko okolje, v katerem mladostniki odraščajo.

Danes ima vedno več otrok težave s prekomerno telesno težo, zato močno narašča tveganje, da se kasneje razvije sladkorna boleznina tipa dva in težave s srcem in ožiljem. Pri otrocih, s prekomerno telesno težo, pa se pogosteje pojavljajo tudi psihične težave zaradi negativne samopodobe (Brcar, 2006).

Razvoj pediatrične zdravstvene nege temelji vsekakor na potrebah otroka in družine. Vloga medicinske sestre se je v zadnjih desetletjih krepko spremenila. Na te spremembe so vplivali številni dejavniki. Eden izmed dejavnikov je raziskovanje v zdravstveni negi, ki je pripomoglo razširjati strokovno znanje in promocijo zdravja. Na osnovi rezultatov raziskovalnega dela se izboljšuje učinkovitost strokovne prakse, bolj kakovostno delo medicinskih sester, uvajajo se novi postopki, metode in tehnike dela (Kvas, 2007). Ta proces je bil nujen in potreben. S tem so se namreč odprle možnosti bolj celovite obravnave



v zdravstvenem varstvu na različnih ravneh. Vstop novih znanj, veščin in usposobljenosti, ki jih je prineslo in jih še prinaša drugače opredeljeno izobraževanje medicinskih sester, pomeni za zdravstvo širšo ponudbo novih oblik storitev in obravnave uporabnika. To je pomembno tako zaradi spremljanja trendov na področju strokovnega razvoja v posamezni stroki, kot tudi zaradi izzivov, ki jih prinaša prihodnost – od zgodnje intervencije in promocije zdravja, pa vse do odgovorov na izzive demografskega prehoda pozne faze, kateremu smo priča tudi v Sloveniji (Albreht, 2006).

Na primarni ravni se v predšolskih dispanzerjih izvaja promocija zdravja individualno z metodo pogovora. Program se izvaja načrtno v okviru preventivnih pregledov in cepljenj. Na področju patronažnega varstva pa se izvaja promocija zdravja otrok v okviru zdravstveno-socialne obravnave celotne družine. V bolnišnicah pediatrična zdravstvena nega nima predpisanih in organiziranih programov promocije zdravja, ki bi jih medicinske sestre izvajale v okviru svojih delovnih obveznosti.

Namen raziskave je pridobiti podatke o zdravstveno vzgojnem delu medicinskih sester na področju pediatrije na primarnem nivoju v otroškem dispanzerju in patronažnem varstvu ter na sekundarnem zdravstvenem nivoju v obalno-kraški regiji. Drugi del raziskave smo izvedle z namenom ugotavljanja življenjskih navadah v družinah, odnos staršev do lastnega zdravja in zdravja otrok ter njihov pogled na zdrav življenjski slog.

Cilj raziskave so:

- ugotoviti v kolikšni meri starši otrok, ki obiskujejo otroško posvetovalnico ali obisku patronažne sestre na domu ali ob hospitalizaciji njihovih otrok v bolnišnici opazijo in upoštevajo zdravstveno vzgojno delo medicinskih sester na obeh ravneh zdravstvenega varstva,
- ugotoviti koliko se anketirane družine približajo standardom zdravega življenjskega sloga,
- primerjati pridobljene rezultate na primarnem nivoju med otroškim dispanzerjem ter patronažnim varstvom in sekundarnim zdravstvenim nivojem.

Zastavljene hipoteze:

1. medicinske sestre so ključne v zdravstvenem sistemu za spodbujanje zdravega življenjskega sloga družin
Pomožne hipoteze:
 - v otroškem dispanzerju starši dobijo dovolj informacij povezanih z zdravim življenjskim slogom s strani medicinskih sester
 - v domačem okolju starši dobijo dovolj informacij povezanih z zdravim življenjskim slogom s strani medicinskih sester
 - v bolnišnici starši dobijo dovolj informacij povezanih z zdravim življenjskim slogom s strani medicinskih sester
2. starši obalno-kraških družin z malimi otroci poznajo in v vsakdanjiku izvajajo ukrepe



za zdrav življenjski slog družine

Pomožni hipotezi:

- starši skrbijo za zdravo prehranjevanje družin
- starši skrbijo za zadostno gibanje družinskih članov

2. METODE

V raziskavi je uporabljena deksriptivna raziskovalna metoda dela. Podatki so zbrani z anketnim vprašalnikom. Vprašalnik je imel 26 vprašanj, katera so razporejena po tematskih sklopih. Demografska vprašanja so zajemala starosti in spol staršev, število otrok v družini. Prvi sklop vprašanj se je nanašal na dojemanje zdravstveno vzgojnega dela medicinske sestre, drugi sklop pa na zdrav življenjski slog anketiranih družin. Anketni vprašalnik so prejeli starši otrok različnih starosti in spola, ki so pripeljali svoje otroke v dispanzer za otroke zaradi bolezni pri otroku. Na Oddelku za pediatrijo Splošne bolnišnice Izola so vprašalnik izpolnjevali starši, katerih otroci so zaradi različnih vzrokov ležali v bolnišnici. Na terenu je patronažna medicinska sestra razdelila anketne vprašalnike družinam pri katerih je izvajala babiške obiske sorojencev. Na primarnem zdravstvenem nivoju je bilo anketiranih 55 staršev v Zasebnem dispanzerju za otroke in 52 staršev s strani patronažne službe na terenu ter 51 staršev v bolnišnici Izola na Oddelku za pediatrijo. Anketiranje je potekalo v mesecu marcu in aprilu leta 2009. Izpolnjevanje posameznega anketnega vprašalnika je trajalo približno 12 do 15 minut. Starši so se odločali za ocene po Likertovi lestvici od 1 do 5. Anketiranci so pri vsaki trditvi navedli, do kakšne mere se z njo strinjajo. Lestvica je pomenila sledeče: 1-se sploh ne strinjam, 2-se ne strinjam, 3-sem nevtralen, ne vem, 4-se strinjam, 5-se zelo strinjam.

Anketa je bila anonimna in prostovoljna. Izpolnjen vprašalnik so oddali v zbiralnik, nameščen v čakalnici Zasebnega dispanzerja in Oddelka za pediatrijo SB Izola. Vprašalnike, ki so bili razdeljeni na terenu pa smo prejele po pošti. Tako zbrane podatke smo obdelale v sistemu Windows, s programskim paketom Excel. Rezultati so predstavljeni v celih številih in odstotkih, v grafih in tekstu. Podana je primerjava odgovorov primarne in hospitalne ravni.

3. REZULTATI

Na primarni ravni v Zasebnem dispanzerju za otroke smo pridobile 55 od 60 vprašalnikov, s strani patronažnega varstva nam je bilo poslano 52 od 60 razdeljenih vprašalnikov. Na sekundarni ravni pa 51 od 61 razdeljenih vprašalnikov.

3.1 Demografski podatki

V raziskavi na primarnem zdravstvenem nivoju v dispanzerju za otroke je sodelovalo 55 staršev, od tega 42 mamic in 13 očetov v starosti od 20 do 50 let. Rezultati so pokazali, da je 44 anketirancev zaposlenih in 11 anketirancev nezaposlenih. V zunaj zakonski zvezi živi 18 anketirancev, v zakonski zvezi živi 34 anketirancev in 3 anketiranci so ločeni. Kar šestintrideset anketirancev ima dva otroke, dva anketiranca imata štiri otroke in ostali



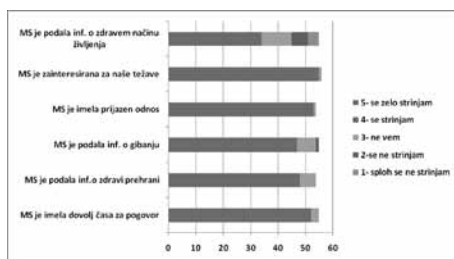
enega.

V raziskavi na primarnem zdravstvenem nivoju na področju patronažnega varstva je sodelovalo 52 anketirancev, od tega 50 mamic in 2 očeta, v starosti od 27 do 43 let. Večina anketiranih je zaposlena, samo 4 anketiranci so nezaposleni. V zunaj zakonski zvezi živi 21 parov, v zakonu 30 in ena anketiranka je samska. Največ anketirancev, 29 ima dva otroka, 14 vprašanih ima po enega otroka, 7 anketirancev ima tri otroke in dva anketiranca več kot tri.

V raziskavi na sekundarnem zdravstvenem nivoju je sodelovalo 51 anketiranih oseb, od teh 42 anketirancev ženskega spola in 9 anketirancev moškega spola, v starosti od 22 do 58 let. 44 anketirancev je zaposlenih, 7 anketirancev pa nezaposlenih. V zunaj zakonski zvezi živi 17 anketirancev, v zakonski zvezi je 30 anketirancev, 2 anketiranca sta ločena in 2 anketiranca sta samska. Največ, 28 anketirancev ima dva otroka, 16 anketirancev ima enega otroka, 7 anketirancev ima po tri otroke, in 2 anketiranca imata štiri otroke.

3.2 Sklop vprašanj vezan na zdravstveno vzgojo medicinske sestre na primarni ravni – dispanzer za otroke

Kar 90 odstotkov anketirancev se je odločilo za oceno 5, kar je pomenilo da je medicinska sestra imela dovolj časa za pogovor. Na trditev: »Medicinska sestra mi je posredovala dovolj informacij o zdravi prehrani« se je 58 odstotkov anketirancev odločilo za oceno 5, 34 odstotkov anketirancev se je odločilo za oceno 4 in 8 odstotkov anketirancev se je odločilo za oceno 3. Na vprašanja o gibanju je 54 odstotkov anketirancev odgovorilo, da so bili zadovoljni z informacijami o pozitivnih učinkih gibanja na zdravje družine in se je odločilo za oceno 5, 30,5 odstotkov anketirancev se je odločilo za oceno 4, 12,7 odstotkov anketirancev se je odločilo za oceno 3 in 1 anketiranec za oceno 2. Na trditev »Največ informacij o zdravem načinu življenja mi je posredovala medicinska sestra« se je 43,6 odstotkov anketirancev odločilo za oceno 5, 18,2 odstotkov anketirancev se je odločilo za oceno 4, 20 odstotkov anketirancev za oceno 3, 11 odstotkov anketirancev za oceno 2 in 7,2 odstotkov anketirancev za oceno 1. Da je medicinska sestra imela prijazen odnos do staršev, je 98 odstotkov anketirancev odločilo z oceno 5 in le en anketiranec se je odločil za oceno 3. Trditev »Medicinska sestra je bila zainteresirana za naše težave« je ocenilo 87 odstotkov anketirancev za oceno 5, 11 odstotkov anketirancev je ocenilo s 4 in le 1 anketiranec z oceno 3 (Slika 1). Na trditev, da je medicinska sestra posredovala dovolj informacij o zagotavljanju varnosti v družini je z oceno 5 odgovorilo 47,3 odstotka vprašanih, za oceno 4 se je odločilo 27,3 odstotka, z oceno 3 je odgovorilo 18,2 odstotka, z oceno 2 in 1 pa 3,6 odstotka vprašanih (Slika 7).



Slika 1: Rezultati vezani na zdravstveno vzgojo na primarni ravni-dispanzer za otroke

3.3 Sklop vprašanj vezan na zdravstveno vzgojo medicinske sestre na primarni ravni – patronažno varstvo

Le 52 odstotkov anketirancev je mnenja, da je medicinska sestra imela dovolj časa za pogovor, kar so ocenili z oceno 5, 32,7 odstotkov se je odločilo za oceno 4 in 13,5 odstotka anketirancev za oceno 3. Pri vprašanju o posredovanih informacijah o zdravi prehrani se je 48 odstotkov anketirancev opredelilo za oceno 5, 31 odstotkov za oceno 4 in 17 odstotkov za oceno 3. 44 odstotkov anketirancev je bilo mnenja, da so dobili dovolj informacij o pozitivnih učinkih gibanja in so se odločili za oceno 5, 21 odstotkov se je odločilo za oceno 4, 27 odstotkov za oceno 3, po 2 anketiranca pa za oceno 2 in 1. 73 odstotkov anketirancev je mnenja, da je medicinska sestra imela prijazen odnos in se je odločilo za oceno 5, 25 odstotkov se je odločilo za oceno 4 in le en anketiranec za oceno 3. Da je bila medicinska sestra zainteresirana za njihove težave se je opredelilo 60 odstotkov anketirancev z oceno 5, 25 odstotkov z oceno 4 in 13,5 odstotka z oceno 3. Najslabši so rezultati na trditev »največ informacij o zdravem načinu življenja mi je posredovala MS«; za oceno 5 se je odločilo le 23 odstotkov anketirancev, za oceno 4 – 25 odstotkov, največ se jih je odločilo za oceno 3 – 27 odstotkov, za oceno 2 – 13,5 odstotka in oceno 1 – 11,5 odstotka anketirancev (Slika 2). Na trditev, da je medicinska sestra posredovala dovolj informacij o zagotavljanju varnosti v družini je z oceno 5 odgovorilo 23 odstotka vprašanih, za oceno 4 se je odločilo 32,7 odstotka, z oceno 3 je odgovorilo 28,9 odstotka, z oceno 2 – 13,5 odstotka in z oceno 1 – 1,9 odstotka vprašanih (Slika 7).

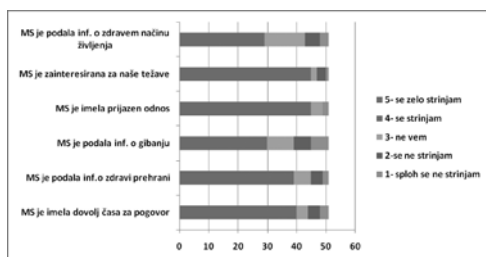


Slika 2: Rezultati vezani na zdravstveno vzgojo na primarni ravni-patronažno varstvo



3.4 Sklop vprašanj vezan na zdravstveno vzgojo medicinske sestre na bolnišnični ravni

Le 49 odstotkov anketirancev je bilo mnenja, da je medicinska sestra imela dovolj časa za pogovor in se je odločilo za oceno 5, 30 odstotkov anketirancev se je odločilo za oceno 4, 7,8 odstotkov za oceno 3, 7,8 odstotkov za oceno 2 in 5,4 odstotkov anketirancev za oceno 1. 33 odstotkov anketiranih je menilo, da jim je bilo posredovanih dovolj informacij o zdravi prehrani in se je odločilo za oceno 5, 43,1 odstotkov se je odločilo za oceno 4, 11,7 odstotkov se je odločilo za oceno 3, 7,8 odstotkov za oceno 2 in 3,9 odstotkov za oceno 1. Samo 20 odstotkov anketirancev je prejelo dovolj informacij o pozitivnih učinkih gibanja na zdravje družine in se je odločilo za oceno 5, 39,2 odstotkov anketirancev se je odločilo za oceno 4, 17,6 odstotkov anketirancev se je odločilo za oceno 3, 11,7 odstotkov za oceno 2 in 11,5 za oceno 1. 76 odstotkov anketiranih je bilo mnenja, da je bila medicinska sestra prijazna in je to potrdilo z oceno 5, 11,7 odstotkov anketiranih se je odločilo za oceno 4, 7,8 odstotkov anketiranih se je odločilo za oceno 3, 4 odstotki anketiranih so se odločili za oceno 2 in 4,5 odstotkov se je odločilo za oceno 1. 73 odstotkov anketirancev je menilo, da je bila medicinska sestra za njihove težave zainteresirana in se je odločilo za oceno 5, 15,6 odstotkov anketirancev se je odločilo za oceno 4, 4 odstotki anketirancev so se odločili za oceno 3, 4 odstotki anketirancev so se odločili za oceno 2 in 3,4 odstotkov anketirancev se je odločilo za oceno 1. Precej slabši je rezultat za trditev, da so prejeli največ informacij o zdravem načinu življenja od medicinske sestre, s tem se je popolnoma strinjalo le 24 odstotkov anketiranih, ti so se odločili za oceno 5. 33 odstotkov anketirancev se je odločilo za oceno 4, 27,5 odstotkov anketirancev se je odločilo za oceno 3, 9,8 odstotkov anketirancev se je odločilo za oceno 2 in 5,8 odstotkov anketirancev se je odločilo za oceno 1 (Slika 3). Na trditev, da je medicinska sestra posredovala dovolj informacij o zagotavljanju varnosti v družini je z oceno 5 odgovorilo 23,6 odstotka vprašanih, za oceno 4 se je odločilo 31,3 odstotka, z oceno 3 je odgovorilo 21,6 odstotka, z oceno 2 – 15,6 odstotka in z oceno 1 – 7,9 odstotka vprašanih (Slika 7).



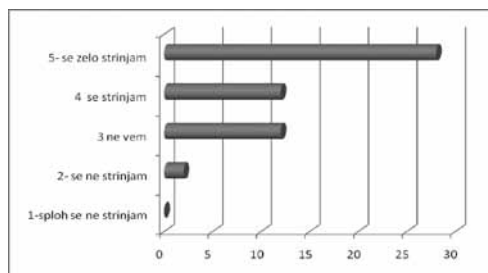
Slika 3: Rezultati vezani na zdravstveno vzgojo na sekundarni ravni

3.5 Sklop vprašanj vezan na zdrave življenjske navade v družini na primarni ravni – dispanzer za otroke

Le 15 odstotkov anketirancev pridelava nekaj hrane doma, 31 odstotkov anketirancev pa nima te možnosti. Le 25 odstotkov anketirancev pripravi vseh pet obrokov doma, štiri obroke



pripravi doma 17 odstotkov anketirancev, največ anketirancev 36 odstotkov pripravi tri obroke doma, dva obroka pripravi doma 13 odstotkov anketirancev in samo en obrok pripravi doma 9 odstotkov anketirancev. 4 odstotki anketirancev ne uživajo dnevno sadje in zelenjavo, 22 odstotkov anketirancev pa zaužije sadje in zelenjavo pri vsakem obroku. Pretežno dušeno in kuhano hrano pripravlja le 35 odstotkov anketirancev, 67 odstotkov anketirancev pri pripravi hrane uporablja zdrave nenasičene maščobe olivnega, repičnega ali bučnega olja. Pohvalno je, da kar 88 odstotkov anketirancev ne je v restavracijah hitre prehrane, zaskrbljujoče pa je, da 53 odstotkov anketirancev dnevno otroku nudi sladkarije. Dnevno poskrbi za rekreacijo 27,2 odstotkov anketirancev, kar so ocenili z oceno 5. V 30,9 odstotkih so se anketiranci odločili za oceno 4, 27,2 odstotkov anketirancev pa za oceno 3, 3 za oceno 2 in 3 za oceno 1. 67 odstotkov anketirancev je ocenilo zdravje kot največjo vrednoto v družini, 27,2 odstotkov se je strinjalo, da je zdravje skoraj največja vrednota v družini, 3 anketiranci so se odločili za oceno 3. Da mlade družine potrebujejo dodatna izobraževanja o zdravem načinu življenja se je 50,9 odstotkov anketirancev odločilo za oceno 5, 21,8 odstotkov anketirancev se je odločilo za oceno 4, 21,8 odstotkov anketirancev se je odločilo za oceno 3, 2 anketiranci pa za oceno 2 (Slika 4).



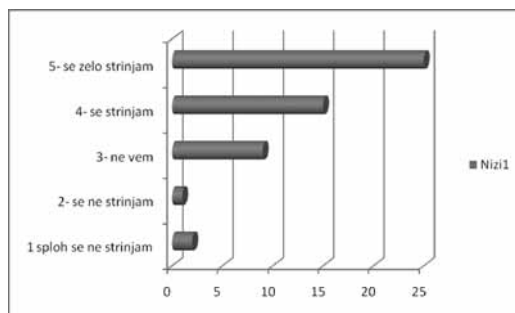
Slika 4: Rezultati trditve na primarni ravni-dispanzer za otroke »Mlade družine potrebujejo dodatna izobraževanja o zdravem načinu življenja«

3.6 Sklop vprašanj vezan na zdrave življenjske navade v družini na primarni ravni – patronažno varstvo

Le 29 odstotkov anketirancev pridelava vse sadje in zelenjavo doma, 50 odstotkov le delno (le-ti so se odločili za oceno 3 in 4), 21 odstotkov pa nima te možnosti, ker živijo v mestu. Zelo nizek je odstotek anketiranih 19, ki pripravijo 5 obrokov doma, 4 obroke pripravi 35 odstotkov in 3 obroke 29 odstotkov anketirancev. 73 odstotkov anketirancev dnevno uživa sadje in zelenjavo, vendar ne pri vsakem obroku. O uživanju pretežno dušene in kuhane hrane se je za oceno 5 odločilo 31 odstotkov anketiranih, za oceno 4, 44 odstotkov in za oceno 3, 25 odstotkov vprašanih. Olivno, repično ali bučno olje pri pripravi hrane redno uporablja 36 odstotkov vprašanih, občasno pa 29 odstotkov. Večina anketirancev se prehranjuje doma, kar 90 odstotkov, 10 odstotkov vprašanih pa včasih zaide v restavracijo. Pri 17 odstotkih anketirancev so sladkarije vsak dan na jedilniku. Dnevno poskrbi za rekreacijo le 27 odstotkov vprašanih, nekajkrat na teden pa 70 odstotkov (ocena



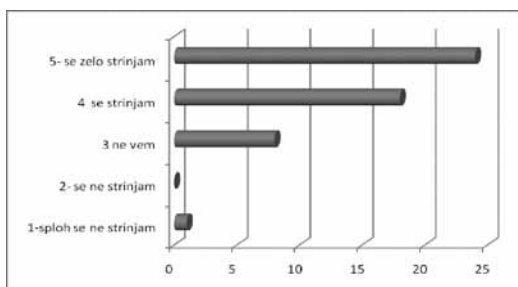
3 in 4). 60 odstotkov anketirancev je mnenja, da živijo v zdravem življenjskem okolju. Za 67 odstotkov vprašanih je zdravje največja vrednota, 48 odstotkov pa je mnenja, da potrebujejo dodatna znanja o zdravem načinu življenja (Slika 5).



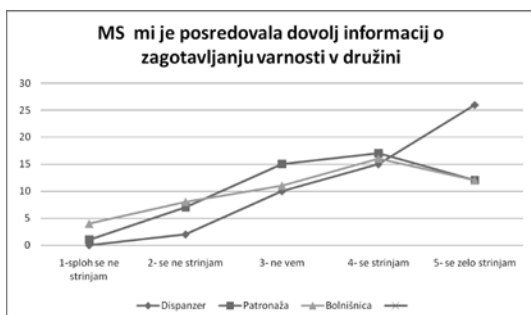
Slika 5: Rezultati trditve v patronažnem varstvu »Mlade družine potrebujemo dodatna izobraževanja o zdravem načinu življenja«

3.7 Sklop vprašanj vezan na zdrave življenjske navade v družini na bolnišnični ravni

Le 45 odstotkov anketirancev pridelava hrano doma. Toda odstotek anketirancev, ki pripravljajo pet obrokov dnevno doma je nizek, saj predstavlja le 68 odstotkov. Rezultat pri vprašanju o zaužitju sadja ali zelenjave pri vsakem obroku, je nizek, saj to počne samo 54 odstotkov anketiranih. Malenkost višji je odstotek anketiranih, ki uživa pretežno dušeno in kuhano hrano, ta predstavlja 64 odstotkov anketirancev, kar 72 odstotkov anketirancev pri pripravi hrane uporablja olivno, bučno ali repično olje. Statistično pomemben je podatek, da 4 odstotki anketiranih trikrat tedensko jedo v restavracijah hitre prehrane in podatek 8 odstotkov tistih anketirancev, ki ima dnevno na jedilniku sladkarije. Dnevno poskrbi za rekreacijo samo 22 odstotkov anketirancev, medtem ko 53 odstotkov anketirancev meni, da živi v zdravem bivalnem okolju. Za 74 odstotkov anketirancev je zdravje največja vrednota in 82 odstotkov anketirancev meni, da mlade družine potrebujejo dodatna izobraževanja o zdravem načinu življenja (Slika 6).



Slika 6: Rezultati trditve na sekundarni ravni »Mlade družine potrebujemo dodatna izobraževanja o zdravem načinu življenja«



Slika 7: Primerjava odgovorov na trditev »Medicinska sestra mi je posredovala dovolj informacij o zagotavljanju varnosti v družini«, na treh področjih zdravstvenega varstva

4. RAZPRAVA

Vsem, ki delujemo na področju pediatrije je skupna skrb za uresničitev temeljnega cilja našega poslanstva. To je skrb za krepitev zdravja otrok, učenje zdravega načina življenja in motivacija svojcev. Sodobno zasnovan dispanzer za otroke je inštitucija, ki zbira vse podatke o zaupni populaciji in usmerja dispanzersko doktrino ter delo v širšem regionalnem pomenu. V sodelovanju z bolnišničnimi, pediatričnimi oddelki skrbijo za zaščito dojenčkov, predšolskih in šolskih otrok (Verlak, 2009).

V raziskovalnem delu smo prikazale medicinsko sestro, kot ključno osebo pri izvajanju zdravstveno vzgojnega dela na primarni ravni v otroškem dispanzerju ter na terenu in na sekundarni ravni.

Preverjanje hipoteze:

- **medicinske sestre so ključne v zdravstvenem sistemu za spodbujanje zdravega življenjskega sloga družin**

Pomožne hipoteze:

- v otroškem dispanzerju starši dobijo dovolj informacij povezanih z zdravim življenjskim slogom s strani medicinskih sester
- v domačem bivalnem okolju starši dobijo dovolj informacij povezanih z zdravim življenjskim slogom s strani medicinskih sester
- v bolnišnici starši dobijo dovolj informacij povezanih z zdravim življenjskim slogom s strani medicinskih sester

Hipotezo smo preverjale z več trditvami, ki smo jih postavile staršem otrok, ki so izpolnjevali vprašalnik. To so vprašanja iz prvega sklopa od 1 do 10. Za pozitivno mnenje smo upoštevale odgovore 5- se zelo strinjam in 4- se strinjam.

Na primarni ravni – v dispanzerju za otroke je bilo kar 90 odstotkov staršev mnenja, da je medicinska sestra imela dovolj časa za pogovor z njima, na domu pri obisku



patronažne sestre je bilo tega mnenja 85 odstotkov, medtem ko je v bolnišnici to potrdilo 79 odstotkov anketirancev. Presenetljivo je, da so starši več dni na oddelku z otrokom in imajo občutek, da bi se morala medicinska sestra z njimi več pogovarjati. Rezultat je vezan na preobremenjenost medicinskih sester, pomanjkanje kadra in še vedno nedorečene normative za sekundarni nivo zdravstvenega varstva. Lahko je še posledica kadrovske strukture saj je večina medicinskih sester v bolnišnici na pediatričnem oddelku s srednješolsko izobrazbo. O zdravi prehrani je prejelo dovolj informacij 92 odstotkov staršev v otroškem dispanzerju, na domu 79 odstotkov staršev, na sekundarni ravni pa 76,1 odstotkov. O pozitivnih učinkih gibanja je bilo zadovoljnih z informacijami prejetimi v dispanzerju 84,5 odstotkov staršev, na domu 65 odstotkov in 59,2 odstotka na sekundarni ravni. Največ informacij o zdravem načinu življenja je posredovala medicinska sestra 61,8 odstotkom staršev v otroškem dispanzerju, 57 odstotkov na sekundarni ravni ter samo 48 odstotkov na domu, glede na to, da patronažna sestra obišče družino v primeru babiškega obiska sorojencev ali po naročilu pediatra, ker je družina zdravstveno ali socialno ogrožena. Na podlagi pridobljenih rezultatov, da so medicinske sestre ključne v zdravstvenem sistemu za spodbujanje zdravega življenjskega sloga družin, zastavljeno hipotezo in pomožne hipoteze lahko potrdimo.

Preverjanje hipoteze:

- **starši obalno-kraških družin z malimi otroci poznajo in v vsakdanjiku izvajajo ukrepe za zdrav življenjski slog družine**

Pomožni hipotezi:

- starši skrbijo za zdravo prehranjevanje družin
- starši skrbijo za zadostno gibanje družinskih članov

-

Hipotezo smo preverjale z več vprašanji, ki smo jih postavile staršem otrok, ki so izpolnjevali vprašalnik. To so vprašanja iz drugega sklopa od 1 do 10. Rezultati so pokazali, da le malo katera družina pridelava sadje in zelenjavo doma, na vprašalnike razdeljene v otroškem dispanzerju je pritrtilno odgovorilo le 15 odstotkov staršev, na terenu 52 odstotkov in v bolnišnici 45 odstotkov. Prav tako so starši v otroškem dispanzerju odgovorili, da v 36 odstotkih pripravijo dnevno le 3 obroke doma, z odgovori dobljenimi na sekundarni ravni pripravi 68,6 odstotkov staršev 4-5 obrokov doma, na terenu pa pripravi 4-5 obrokov doma 54 odstotkov staršev. 18,1 odstotkov vprašanih staršev na primarni ravni dnevno ponudi otrokom sladkarije, na terenu 17,3 odstotkov in na sekundarni ravni 9,8 odstotkov staršev. Starši dnevno poskrbijo za gibanje svojih otrok na primarni in sekundarni ravni ter na terenu v približno 60 odstotkih. Izrazito velik odstotek staršev anketiranih meni, da je zdravje največja vrednota na primarni ravni z odgovori dobljenimi v dispanzerju 94,2, na terenu 96,1, na sekundarni ravni pa 92,1 odstotkov. Z zavedanjem, da za morajo za zdravje poskrbeti sami so izrazili mnenje, da potrebujejo dodatni zdravstveno vzgojni program o zdravem življenjskem slogu družine na primarni ravni v dispanzerju 72,7 odstotkov, na terenu 77 odstotkov in 82 odstotkov na sekundarni ravni. Na podlagi pridobljenih rezultatov smo dokazale, da starši obalno-kraških družin z malimi otroci poznajo in v



vsakdanjku izvajajo ukrepe za zdrav življenjski slog družine, zastavljeno hipotezo in pomožni hipotezi lahko potrdimo.

5. SKLEP

Za raziskavo smo se odločile zaradi pomembnosti promocije zdravja, dela medicinske sestre v bolnišnici, otroškem dispanzerju ter patronažne medicinske sestre na terenu. Analiza rezultatov je pokazala, da je zdravje za mlade družine največja vrednota. Promocija zdravja na primarni ravni je v večji meri organizirana, medtem ko se v bolnišnici povečini srečujemo z nujnimi primeri in težje bolnimi otroki, zato je tudi zdravstvena vzgoja, vezana na življenjske aktivnosti, usmerjena in odvisna od trenutnega obolenja otroka. Na terenu se zdravstvena vzgoja izvaja priložnostno ob babiških obiskih sorojencev ter po naročilu pediatra. Pohvalno je, da imajo anketirani pozitivno mnenje o prijaznosti medicinskih sester ter zainteresiranosti za njihove težave, v zelo visokem odstotku na vseh treh področjih zdravstvenega varstva. Potrebni so sodobni izobraževalni programi za medicinske sestre v pediatrični zdravstveni negi. Rezultati raziskave kažejo še na primanjkljaj programov promocije zdravega življenjskega sloga in zagotavljanja varnosti, namenjenih mladim družinam na vseh nivojih zdravstvenega varstva. Vse naštetto nas vodi k skupnemu cilju, doseči višji nivo kakovosti v zagotavljanju zdravstvene oskrbe otrokom in njihovim družinam.

Vsekakor so zelo pomembni vzorci, vrednote in navade, ki jih starši in bližnji sorodniki ukoreninijo otrokom v prvih letih življenja (Oplotnik J Ž, 2005). Pridružijo se jim še vplivi prijateljev iz vrtca, sošolcev in modnosti, ki jo poudarijo reklame na televiziji in v drugih javnih medijih. Rezultati raziskave prikazujejo sodoben način življenja mladih družin, uživanje hitre hrane, sladkarij in posledično čezmernim vnašanjem kalorij. V hrani je premalo sadja in zelenjave, preveč maščob in veliko umetnih dodatkov. Otroci in družine premalo časa posvečajo telesni dejavnosti. Pogostnost s prehrano povezanih bolezni se povečuje (Kamenčič, 2009).

Ker za to populacijo nimamo organiziranih učnih delavnic promocije zdravja, ki pomagajo razvijati zdrav življenjski slog je razumljivo, da si anketiranci želijo tovrstnih programov saj čutijo pomanjkanje znanja na tem področju, kar je nuja današnjega časa (Ministrstvo za zdravje 1998)

Za profesionalne, ekspertne in odgovorne odločitve v praksi medicinske sestre potrebujejo znanje, pridobljeno na osnovi najnovejših znanstvenih dognanj. V praksi s tem zagotavljamo zaupanje otrok in staršev ter njihovo zavedanje o varni, zanesljivi in gospodarni zdravstveni negi. Najpomembnejše je, da je otrok deležen individualne in celovite obravnave, ki je zanj najboljša (Pajnkihar, 2006).



6. LITERATURA

1. Brčar P. Zdravje otrok, mladostnic in mladostnikov. Inštitut za varovanje zdravja RS; <http://www.ivz.si/index.php?akcija=kategorija&k=4> (01.03.2009)
2. Kamenčič J. Zbornik predavanj *Debelost pri otrocih in mladostnikih; Slovenj Gradec, Marec 2009. Slovenj Gradec: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009:45-55.*
3. Ministrstvo za zdravje. *O predlogu Plana zdravstvenega varstva 2007-2013. 2007;1-2. Dostopno na: <http://www.mz.gov.si/nc/si/splosno/cns/novica/article/12106/5442> (01.03.2009)*
4. Ministrstvo za zdravstvo RS. *Navodila za izvajanje nacionalnega programa preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list R Slovenije št.1998: 1263-8.*
5. Jeriček Klanšček H. *Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC). Izzivi javnega zdravja v tretjem tisočletju .4. slovenski kongres preventivne medicine, Portorož, 17. do 19. maj 2007. Ljubljana : Sekcija za preventivno medicino Slovenskega zdravniškega društva, 2007. Str. 122.*
6. Kvas A. *Zdravstvena nega včeraj, danes, jutri, ... Klemenc D. (ur), Keršič Ramšak I. (ur), Požun P. (ur). Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2007: 78-79.*
7. Oplotnik J Ž. *Otroci in mladina v prehodni družbi. V: Črnak-Meglič A (ur), Šircelj M. (ur.). Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, Urad Republike Slovenije za mladino, 2005: 5-15.*
8. Oštir M. *Zbornik predavanj Simpozija enterostomalne terapije v obdobju otroka in mladostnika; Portorož, Oktober 2008. Portorož: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008:15-17.*
9. Pajnkihar M. *Razvoj koncepta »praksa osnovana na znanstvenih dokazih« v pediatrični zdravstveni negi. V: Gregorič A (ur), Bigec M (ur). Zbornik predavanj XVI srečanje pediatrov in III. srečanje medicinskih sester, Maribor 7.-8. April 2006: Splošna bolnišnica Maribor, 2006: 163 – 164.*
10. Verlak L. *Zbornik predavanj Debelost pri otrocih in mladostnikih; Slovenj Gradec, Marec 2009. Slovenj Gradec: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009:19-24.*



III. SKLOP

OTROK S POSEBNIMI POTREBAMI



INKLUZIVNI PRISTOP ZDRAVSTVENO – VZGOJNE OBRAVNAVE PRI SOCIALNO OGROŽENIH OTROCIH IN OTROCIH S POSEBNIMI POTREBAMI

Aleksandra Horvat, dipl.m.s.

Zdravstvena vzgoja, Zdravstveni dom Ravne na Koroškem

*Izogibajte se prisile,
začetna vzgoja naj bo zabavna.
Majhni otroci se učijo z igro,
nasilna vzgoja pa ne obrodi sadov
Platon*

KLJUČNE BESEDE:

zdravstvena vzgoja, socialna ogroženost, integracija, inkluzija, otroci s posebnimi potrebami

IZVLEČEK:

Socialna ogroženost in z njo pogosto povezan neustrezen in nezdrav način življenja lahko pri otroku pogojuje pojav številnih zdravstvenih in drugih problemov. Programirano zdravstveno vzgojno delo, ki ga medicinske sestre izvajamo v vzgojno – izobraževalnih institucijah, postaja kot del vzgojno – izobraževalnega procesa pomembno orodje v smislu promocije in varovanja zdravja. Načrtovanje in izvajanje zdravstvene vzgoje dobiva s procesoma integracije in inkluzije socialno ogroženih otrok in otrok s posebnimi potrebami v šole posebno in dodatno strokovno težo. Uspešnemu doseganju ciljev zdravstvene vzgoje ne zadostijo več le znanja in izkušnje iz ožjega zdravstvenega področja. Pomembno je dobro poznavanje pedagoških, psiholoških, komunikacijskih in drugih veščin in pomemben je otrok v središču.

V prispevku, so za lažje razumevanje širšega pomena programirane zdravstvene vzgoje, ki jo izvajajo medicinske sestre v učnem procesu pri osnovnošolskih otrocih iz socialno ogroženih družin in otrocih s posebnimi potrebami, razloženi nekateri pojmi in pristopi.

Uvod

Zdravstvena vzgoja je odraz splošne izobrazbe in kulture posameznika in celotne populacije, je strokovna in znanstvena disciplina, ki jo opredeljujejo cilji, načela, vsebine, metode, sredstva, kadri, organizacija dela in raziskovalno delo. Cilji zdravstvene vzgoje so: spodbuditi ljudi k doseganju dobrega zdravja, boriti se proti boleznim, izvajati samopomoč, vzajemno pomoč in domačo oskrbo in poiskati zdravniško pomoč ko je to potrebno.



Povečevanje brezposelnosti, oteženo zaposlovanje, izrazita tekmovalnost na vseh nivojih življenja in bivanja so stalnica sodobnega časa. V zadnji letih so številne spremembe prispevale k razslojevanju slovenske družbe, s tem pa k nastajanju ranljivih in depriviliranih skupin. V storilnostno naravnanim svetu narašča število »drugačnih«
otrok, ki izkazujejo čustvene, socialne težave in vedenjska odstopanja. Te nemalokrat pogojuje vedno bolj prisotna socialna ogroženost otrok.

Navzven moteči otroci, so v sebi razdvojeni in ranjeni. Težave, ki jih imajo, so največkrat posledica odraščanja v nespodbudnem okolju. Ob poznavanju tega dejstva, sta postala vzgojno izobraževalni proces in sodobna zdravstvena vzgoja kot njegov del, v družbi s trenutno klimo in vrednostnimi atributi, bolj naporen a dosegljiv izziv.

Prisotna multikulturalnost otrok, ki se kaže kot rasna, kulturna, verska drugačnost, obstoječe okolje vznemirja. Lahko je pogost vzrok nastajanju predsodkov in konfliktov. »Revni«
otroci so uvrščeni med ranljive skupine prebivalstva in so bolj izpostavljeni tveganjem socialne izključenosti, hkrati pa je zaradi revščine ogrožen njihov telesni, duševni/čustveni in socialni razvoj. Takšni otroci zahtevajo v zdravstveno vzgojno obravnavi posebno pozornost. Izvajanje zdravstvene vzgoje v vzgojno izobraževalnih institucijah postaja proces, ki zahteva večjo mero občutljivosti, večji angažma in nove pristope.

DEFINIRANJE POJMOV: SOCIALNA OGROŽENOST, INTEGRACIJA, INKLUZIJA, OTROCI S POSEBNIMI POTREBAMI

Evropski ministrski svet opredeljuje, da so revni tisti posamezniki, družine in skupine, katerih viri (materialni, kulturni, socialni in drugi) so v tolikšni meri omejeni, da so zaradi tega izključeni iz še sprejemljivega minimuma načina življenja države, kateri pripadajo. Med objektivne kazalce revščine sodijo dohodek, dosežena izobrazba, delovni status, materialni standard, bivalne razmere, zdravje in način preživljanja prostega časa. Pokazatelj nižjega socio-ekonomskega statusa otroka oziroma družine, ki ji pripada, je brezplačen obrok hrane (malice) v šoli. Število otrok, pri katerih starši ne zmorejo plačila malice, (znesek plačila znaša 20 eurov mesečno) v zadnjih letih narašča. Pred desetletjem je imelo brezplačen obrok po slovenskih osnovnih šolah okoli 14% otrok. V Zgornji Mežiški dolini ima danes brezplačen obrok v šoli skoraj 25 % otrok (upoštevani so podatki šol, pridobljeni na podlagi vlog za regresirano šolsko prehrano).

Zdravstveno vzgojo vključujemo v proces izobraževanja v vrtcih, osnovnih in srednjih šolah, pa tudi pri otrocih v višjih razredih OŠ Juričev Drejček s prilagojenim izobraževalnim programom, kar pomeni, da je pouk prilagojen sposobnostim vsakega posameznega učenca. Šolo obiskuje skupno 27 otrok, od tega je 80% otrok socialno ogroženih.

Šola je prostor, kjer je družbeno razslojevanje na tiste, ki »imajo«, in tiste, ki »nimajo«, vedno bolj vidno. Marginalizirani otroci iz socialno ogroženih družin so prikrajšani za moč, zaradi česar so veliko bolj izpostavljeni krivici, izkoriščanju, negativnim vplivom



na zdravje in pogostejšemu zbolevanju. Zanimiv je podatek študije primera otrok tretjega razreda Osnovne šole Juričevega Drejčka z Raven na Koroškem, ki je pokazal, da so otroci (socialno ogroženi), od pouka izostali zaradi bolezni 136 učnih ur od skupno realiziranih 436 ur, medtem ko drugi otroci od pouka niso izostali.

Za otroke iz socialno ogroženih družin je značilno, da so negotovi v lastne sposobnosti, imajo nizko samopodobo, pomanjkljive izkušnje funkcionalnih socialnih spretnosti za uspešno komunikacijo ter strah pred neuspehom, brezposelnostjo in s tem povezano socialno izključenostjo. Pri mladostnikih se omenjeni strahovi odražajo v patoloških oblikah bodisi v obliki umika (kronična anksioznost, depresija, socialna osamitev) ali napada (agresivnost, napadalnost, izzivanje), kar je pogosto posledica pomanjkljivih socialnih možnosti kot slabo razvitih strategij spoprijemanja in reševanja teh težav.

Interdisciplinarnost je v današnjem procesu vzgoje in izobraževanja otrok nujna. Izobrazba je edina možna pot, da se otroci iztrgajo iz revščine in naredijo preboj do drugačnega in boljšega življenja. Zdravstveni strokovnjaki, izvajalci zdravstvene vzgoje, lahko veliko prispevamo, da bodo potrebe posameznega otroka celovito zaznane in upoštevane pri načrtovanju aktivnosti za njegov celosten in zdrav razvoj.

INTEGRACIJA

Družba, v kateri živimo, je zahtevna. Je tekma za uspeh, ki postaja najpomembnejši in težko dosegljiv cilj te družbe. Število tistih, ki v tej tekmi izgubljajo, narašča. Veča se število otrok, ki so stigmatizirani, etiketirani, izstopajoči, ki zaradi »neprimerne opremljenosti¹ tvegajo odklone v vedenju in čustveno drugačnost, ker vsega pač ne zmorejo tako dobro kot drugi.

Družba je postala zahtevnejša tudi za izvajalce zdravstvene vzgoje v smislu obvladovanja znanj in različnih spretnosti.

Slovenija se pridružuje mnogim državam v svetu z omogočanjem enakih možnosti za kakovostno vzgojo in izobraževanje ob spoštovanju različnosti in človekovih pravic.

Slovenska zakonodaja opredeljuje zahtevo po integraciji (vključevanju) otrok s posebnimi potrebami. **Otroci s posebnimi potrebami** so vsi tisti, ki imajo ovire, primanjkljaje, slabosti, težave in motnje na področju gibanja, zaznavanja, govora, spoznavanja, čustvovanja, vedenja in učenja. To so otroci z motnjami v duševnem razvoju, slepi in slabovidni, gluhi in naglušni otroci, otroci z govornimi motnjami, gibalno ovirani otroci, dolgotrajno bolni otroci in otroci z motnjami vedenja in osebnosti (po novem otroci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami), ki potrebujejo prilagojeno izvajanje izobraževalnih

¹ Primerno opremljen otrok pomeni otroka, ki je odraščal v socialno spodbudnem in varnem okolju, kjer so mu starši stali ob strani, a so bili sposobni tudi postavljati meje. V takšnem okolju se tak otrok enakovredno sreča z vrstniki, z njimi razširi svoje socialno polje, se nauči zavzemati perspektive drugih in s tem empatije, kar mu omogoča vzpostavljanje in vzdrževanje socialne in podporne mreže. V njej se čuti pripadnega, nudi mu novo varnost in omogoča eksperimentiranje in postopno razširjanje socialnega prostora in osebne rasti ter razvoja. Tak otrok razvije različne in raznovrstne spoprijemalne strategije, za spoprijemanje s stresom in življenjskimi izzivi. »Oprema se torej nanaša na individualne dimenzije, ki se izražajo in razvijajo v socialni interakciji in odnosni izmenjavi (A.Kobolt)



programov z dodatno strokovno pomočjo ali prilagojene izobraževalne programe oziroma posebni program vzgoje in izobraževanja ter učenci z učnimi težavami in posebej nadarjeni otroci.

Med otroke s posebnimi potrebami, za katere je potrebna usmeritev v izobraževalni program (na podlagi odločbe), uvršča tudi otroke s primanjkljaji na posameznih področjih učenja.

Omenjeni otroci zaradi svojih posebnosti otežujejo uspešno zdravstveno vzgojno delo, zato je dobro poznavanje teh posebnosti za izvajalca zdravstvene vzgoje ključna.

V Zgornji Mežiški dolini je v program zdravstvene vzgoje vključenih 132 otrok s posebnimi potrebami, med njimi je 7 otrok, ki so težje gibalno ovirani, 13 otrok z dolgotrajno boleznijo, 1 otrok s slepoto, 1 slaboviden otrok, 3 otroci z izgubo sluha oziroma naglušnostjo, 8 otrok s čustvenimi in vedenjskimi težavami, 6 otrok z govorno jezikovnimi motnjami, 1 otrok z lažjo psihozo, 1 otrok z zmernim avtizmom. Ostali otroci so otroci s primanjkljajem na posameznih področjih.

Priprava in izvedba zdravstveno vzgojnega dela pri otrocih s posebnimi potrebami zahteva timsko delo, sodelovanje in usklajevanje na različnih nivojih. Izvajalec zdravstvene vzgoje mora, za uspešno zdravstveno vzgojno delo pri teh skupinah otrok, biti pripravljen na veliko dodatnega dela in izobraževanja, na prilagoditev okolja, ki poudarja empatijo do otroka, na prilagoditev metod in oblik poučevanja (individualni pristopi), na prilagoditev učne vsebine, gradiv ter učnih in tehničnih pripomočkov.

Delo z otroci s posebnimi potrebami zahteva od izvajalca zdravstvene vzgoje pozitivno naklonjenost do različnosti in predstavlja velik strokovni izziv.

INKLUZIJA

Inkluzija spada med temeljne vrednote in ideale demokratične družbe. Je pravica posameznika do socialnega, intelektualnega, kulturnega in osebnega vključevanja.

Inkluzija je proces, ki poudarja takšno prilagoditev okolja otroku, da omogoča otroku razvoj njegovih potencialov. Gre za proces odstranjevanja ovir v izobraževanju, kjer se vzgojno izobraževalni proces prilagaja otroku in ne obratno. Središče inkluzije je pozitiven, strpen, pravičen odnos do različnosti in raznolikosti. Ne gre za ukvarjanje s specifično nezmožnostjo otroka, temveč kako otroka uspešno poučiti in mu prilagoditi učni pristop, ki hkrati omogoča otroku zagotavljanje lastnega občutka vrednosti. Otroci s posebnimi potrebami niso več »predmet« specializiranih strokovnjakov in specializiranih institucij, temveč del celotne družbe. Proces inkluzije pomembno pripomore k vzgoji tolerance do drugačnih in k razvijanju človeške solidarnosti.

Želeti in ostati zdrav, je osnovni cilj zdravstveno vzgojnega poučevanja vsakega posameznega otroka, tudi otrok s posebnimi potrebami. Zdravstveno vzgojno ne moremo biti uspešni, če ne upoštevamo otrokovih individualnih potreb, če otrok ne zmore dojeti tistega, kar od njega pričakujemo. Sodobnejši pristop zdravstvene vzgoje je pozitivno naravnano, osrednji cilj je krepitev zdravja.



UČINKOVITI IZOBRAŽEVALNO VZGOJNI PRISTOPI PRI DELU S SOCIALNO OGROŽENIMI OTROCI IN OTROCI S POSEBNIMI POTREBAMI

Izkušnje učiteljev kažejo, da so med najbolj učinkovitimi pristopi za premagovanje ovir pri delu s socialno ogroženimi otroci in otroci s posebnimi potrebami :

- Skrbno načrtovan program dela,
- Individualni pristop,
- Sprejemanje celovite osebnosti otroka, pozitivna spodbuda in pohvala,
- Interdisciplinarno delo, sodelovanje in povezovanje različnih strokovnjakov,
- Uporaba posebnih metod in tehnik obravnave teh otrok,
- Ustrezna komunikacija in strpnost,
- Otrokom prilagojeno spodbudno učno okolje.

Inkluzivno poučevanje zahteva:

- osredotočenost na usmerjanje učenja,
- dajanje možnosti otroku, da dokonča nalogo,
- razvijanje zaupanja v otrokove lastne sposobnosti,
- upoštevanje otrokovega predznanja,
- pritegnitev otrokove pozornosti,
- upoštevanje otrokovega kulturnega, jezikovnega, socialnega ozadja,
- spodbujanje vrstniške pomoči.

ZAKLJUČEK

Neformalna zdravstvena vzgoja se nanaša na znanja, ki jih otroci pridobijo znotraj svojega družinskega okolja oziroma skupnosti od staršev, prijateljev, sorodnikov, vrstnikov. Otroci iz socialno ogroženih družin in otroci s posebnimi potrebami, v fazi zgodnje socializacije (do prihoda v šolo), običajno niso deležni potrebne pozornosti in največkrat ne oblikujejo zdravju prijaznih vedenjskih vzorcev. Zato postane pomen formalne zdravstvene vzgoje (programirana zdravstvena vzgoja zdravstvenih strokovnjakov v izobraževalnih institucijah) toliko bolj pomemben. Dobro načrtovane aktivnosti, profesionalno in odgovorno delo izvajalcev zdravstvene vzgoje, lahko pomagajo »ranljivim skupinam otrok« in širše, doseči tak vedenjski vzorec obnašanja in ravnanja, ki bo v pomoč varovanju in ohranjanju njihovega zdravja in zagotavljanju višje kakovosti življenja. Predpogoj za doseg tega cilja pa je poleg večjega angažmaja zdravstvene stroke in izvajalcev zdravstvene vzgoje, tudi v večji podpori širše družbene skupnosti.



LITERATURA:

1. Brenčič I., Rapuš Pavel J.: *Izkušnje učiteljev in strokovnih delavcev pri delu z UPP in učenci s čustvenimi in vedenjskimi težavami v osnovni in srednji šoli. V Problemi inkluzivne obravnave vedenjsko izstopajočih, socialno in kulturno depriviligiranih učencev in dijakov. Zaključno poročilo v okviru ciljnega raziskovalnega programa Konkurenčnost Slovenije 2006 – 2013, Univerza v Ljubljani – pedagoška fakulteta, Ljubljana 2008., 154 – 160.*
2. Jenko M.: *Mladostniki med vedenjsko in razvojno motenostjo. V Zbornik referatov, Družbena skrb za vzgojo, izobraževanje in socialno varstvo oseb s posebnimi potrebami. Portorož, 2000; 543 – 545.*
3. Kavkler M.: *Modeli in strategije za obravnavo učencev z učnimi težavami – vpliv na spremembe v poučevalni. Dostopno na internetu www.ucne-tezave.si, 18.08.2009*
4. Kobolt A. et al.: *Problemi inkluzivne obravnave vedenjsko izstopajočih, socialno in kulturno depriviligiranih učencev in dijakov. Zaključno poročilo v okviru ciljnega raziskovalnega programa Konkurenčnost Slovenije 2006 – 2013, Univerza v Ljubljani – pedagoška fakulteta, Ljubljana 2008.*
5. Košak Babuder, M.: *Povezanost revščine z učno uspešnostjo in socialno vključenostjo otrok. Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani. Magistrska naloga, 2004.*
6. Lujinovič Kocen V.: *Problematika revščine v osnovni šoli. V Šolsko svetovalno delo na Koroškem, Slovenj Gradec, Osnovna šola Franja Goloba Prevalje, Zavod RS za šolstvo enota Slovenj Gradec, 1999; 157 – 165.*
7. Lujinovič Kocen V.: *Revščina kot determinanta pri prešolanju na osnovno šolo s prilagojenim programom, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana. Magistrsko delo, 2003.*
8. Premik M.: *Socialno medicinski vidik zdravstvene vzgoje. Dostopno na internetu <http://www.animus.mf.uni-lj.si> 26.08.2009*
9. Opara B.: *Kako v Sloveniji uresničujemo spremembe v konceptiji vzgoje in izobraževanja oseb s posebnimi potrebami. V Zbornik referatov, Družbena skrb za vzgojo, izobraževanje in socialno varstvo oseb s posebnimi potrebami. Portorož, 2000; 21 – 27.*
10. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve: *Ranljive – ogrožene skupine prebivalstva. Dostopno na internetu <http://www.mdds.gov> 24.08.2009*
11. Schmid M.: *Sodelovanje in skupinsko delo strokovnjakov v inkluziji. V Zbornik referatov, Družbena skrb za vzgojo, izobraževanje in socialno varstvo oseb s posebnimi potrebami. Portorož, 2000; 444 – 446..*



TANKOČUTNOST KOMUNIKACIJSKE INTERAKCIJE S SOCIALNO OGROŽENIM OTROKOM

Anka Stropnik, dipl. m. s.

Zdravstveni dom Velenje, Predšolski dispanzer

IZVLEČEK

Zadovoljstvo pacientov kot uporabnikov zdravstvenih storitev je predvsem odvisno od zdravstvenega osebja, ki s svojimi sposobnostmi lahko obvladuje njihove stiske. Zaupanje kot temeljni odnos med bolnim otrokom, njegovimi starši in medicinsko sestro je odvisno od uspešne, profesionalne komunikacije. Profesionalno delo medicinske sestre, ki obravnava otroka, vseskozi poteka pod nadzorom in v luči zahtev s strani staršev. Njeno osnovno delovanje je usmerjeno na otroka in na odnos do njegovih staršev. Vseskozi pa se mora zavedati občutljivosti komunikacijskih procesov, zlasti s socialno ogroženim otrokom in njegovimi starši.

KLJUČNE BESEDE:

komunikacija, komunikacija z otrokom, socialna ogroženost.

UVOD

Medicinske sestre največ komuniciramo s pacienti in smo z njimi v stiku več časa kot katerikoli drug, ki sodeluje v procesu zdravljenja. Komunikacija je neizbežen del zaupanja, ki ga želimo vzpostaviti s pacientom in z njegovimi bližnjimi. Prijazna komunikacija je etiketa, ki je velikokrat uporabljena v povezavi z medicinsko sestro; prijazno zdravstvo, prijazna bolnišnica, prijazni ljudje. V tem enostavnem pojmu se skrivajo profesionalnost, empatija, odgovornost, spoštovanje posameznika, njegovih pravic in prepoznavnost discipline zdravstvene nege (Klemenc, 2006). Medsebojni odnosi so odvisni od našega znanja, vljudnosti, kulturnosti, intuitivnosti in srčnosti, saj bolniki ocenjujejo našo strokovnost skozi vidik naše prijaznosti in pripravljenosti za nudenje pomoči. Prav pomoč pa je temeljno načelo našega poklica. Pomanjkljiva komunikacija se nahaja na prvem mestu kot razlog nezadovoljstva pacientov.

KOMUNIKACIJA

Človek se preko komunikacije izraža. S komunikacijo omogočamo izmenjavo informacij, mnenj, stališč, želja, izkušenj in potreb. Na uspešnost ali neuspešnost medsebojnega sporazumevanja vplivajo številni dejavniki: namen, vsebina pogovora, osebe, ki so vključene v komuniciranje, način, čas in kraj, okoliščine,...V zdravstveni negi je komunikacija eden od osnovnih procesov zdravstvene obravnave pacienta; gre za obojestranski, večplasten, vsebinsko in oblikovno zahteven in potreben del celostne obravnave posameznika (Klemenc, 2006). Zavajajoča je misel, da smo vsi ljudje obdarjeni



s komunikacijskimi spretnostmi. Sposobnost za komunikacijo ni naravna danost, je produkt naše socializacije, vraščanja v življenjsko okolje, v katerem se večšina komuniciranja razvije. Gre za spretnost, ki se je moramo naučiti; gre za veščino, ki jo potrebujemo, če želimo vzpostaviti dobre medsebojne odnose. Profesionalne komunikacije pa se da do neke mere tudi naučiti.

SOCIALNO OGROŽEN OTROK

Revščina oropa otroke normalnega otroštva. Neposredne posledice revščine so lakota, brezdomstvo in pomanjkanje osnovnih dobrin, kar vodi v socialno izključenost, večjo obolevnost in večjo umrljivost. Prva žrtev revščine so otroci. Revščina jih ne oropa samo igrač, lepih oblek, prestižnih šolskih potrebščin in počitnic, ampak tudi ljubečih staršev in zdravega načina življenja. Finančna stiska v družinah pogosto vodi v porast nasilja in zlorabo alkohola, otroci zaradi neprestanega boja staršev za golo preživetje ostajajo prepuščeni sami sebi, brez pravih vrednot in z vzgojo ulice. »Smernice in vzorce uspeha« med mladimi oblikujeta televizija in internet ter mediji s tržno naravnostjo. Če imaš, kar je v trendu, si »in«, drugače te ni, si reven, neuspešen in nesposoben.

Kako globoko lahko revščina prizadane otroke?

PRIDOBIVANJE UČNIH IZKUŠENJ ZUNAJ DOMA

Že malček, ki od rojstva živi v okolju, kjer dobi dovolj primernih vzpodbud in razumevanja, razvije več socialne prilagojenosti in pozitivnih značilnosti. Tu se otrok uči interakcije, spoznava, kaj pomeni čustveno dajati in sprejemati. Socialno kompetentni malčki imajo visoko razvite socialne spretnosti, so čustveno zreli za svojo starost ter so priljubljeni med vrstniki. Pomembno vlogo pri izoblikovanju pozitivnega vedenja ima tudi vključenost otroka v vzgojno varstveni zavod. Nasprotno pa se predšolski otroci, ki v svojem vedenju v socialni skupini pretežno razvijejo vzorec potrnosti, anksioznosti, osamljenosti in odvisnosti, razvijajo v smeri ponotranjanja težav (LaFreniere in dr., 2001). To predstavlja dejavnik tveganja v razvoju samostojnosti ter prezrtosti tako med vrstniki kot tudi med odraslimi. Otroci, ki pretežno razvijejo vzorec jeze, agresivnosti, egoizma in nasprotovanja, pa se razvijajo v smeri pozunanjanja težav. Slednje pa predstavlja dejavnik tveganja v razvoju vedenjskih težav. Takšni otroci so med vrstniki manj zaželeni, so večkrat zavrnjeni s strani vrstnikov in odraslih.

Otroci iz revnih družin so prikrajšani za učne izkušnje, ki bi jih lahko pridobili pri različnih obšolskih, pristočasnih aktivnostih, v kolonijah, na taborih, ekskurzijah in izletih.

SLABŠA USPEŠNOST V ŠOLI

številne študije, ki so raziskovale vpliv revščine na otroke v različnih razvojnih obdobjih, navajajo, da je pri otrocih, ki se soočajo z revščino v predšolskem in zgodnjem šolskem obdobju, manj verjetno, da bodo uspešno zaključili šolanje. Zaradi nespodbudnega okolja ne razvijejo znanja, sposobnosti in spretnosti, potrebnih za uspešno šolanje. Starši imajo zaradi pogosto manjše izobraženosti in svojih stisk manj interesa za ukvarjanje z otrokom, kar slabo vpliva na njegovo sposobnost pozornega poslušanja, komunikacijo in obseg



njegovega besednjaka.

NIZEK NIVO SAMOZAUPANJA

Zaradi zavedanja revščine se zunaj domačega okolja otroci počutijo negotovo in nesproščeno ter so najraje doma. Izgubijo zaupanje v svoje sposobnosti in spretnosti, kar se odraža v nizki samopodobi in slabšem socialnem vključevanju v okolje. Slabša sposobnost socialnega vključevanja se kaže v občutenju večjega strahu pred prizadetostjo, ponižanjem in zaničevanjem, težavah pri navezovanju stikov z vrstniki ter manjši priljubljenosti med vrstniki.

ZDRAVJE IN PREHRANA

od ustrezne prehrane so odvisni otrokov telesni, intelektualni in socialni razvoj, zato lahko revna prehrana ali celo pomanjkanje hrane v otroštvu pusti tako hude posledice, kot je okrnjena rast. Otroci iz revnih družin so zaradi slabše imunske odpornosti tudi bolj dovzetni za razne bolezni.

ODNOSI MED STARŠI IN OTROKI

revščina pogosto povzroči nižjo kakovost povezanosti in ukvarjanja z otroki. Zaradi osebnih stisk staršev, zlasti mater samohranilk, je statistično več tudi fizičnega kaznovanja in zlorabe otrok.

DUŠEVNO ZDRAVJE STARŠEV

revne družine pogosto trpijo za socialno in psihološko osamljenostjo. Starši, ki so revnejši, so verjetneje čustveno in telesno manj zdravi. Razlogi so samoumevni, saj zaradi hudih in številnih stisk v revščini marsikdo klone ter obupa. Brezupnost položaja slabo vpliva na samopodobo staršev, ki prenašajo svojo stisko na otroke.

NASILJE NAČENJA OSEBNO IN TELESNO INTEGRITETO OTROKA

Doživljanje nasilja v družini otroke zaznamuje s hudimi psihičnimi posledicami, ki se kažejo v njihovem vedenju, načinu komunikacije ter doživljanju sebe in drugih. Otroci, ki so izkusili nasilje v lastnem domu, so obremenjeni z občutki manjvrednosti, imajo slabo samopodobo, so nesamozavestni, ne zaupajo sebi in drugim, nimajo občutka varnosti, počutijo se drugačne, zaznamovane, niso večji sproščenege navezovanja stikov in vzpostavljanja odnosov. Posledice nasilja so lahko tudi depresija, motnje spanja (močenje postelje, nočne more), prehranjevalne motnje, različni strahovi, samodestruktivnost, nasilje. Pogoste so tudi telesne posledice nasilja (kronične bolezni, modrice, bolečine, zlomi). Nasilje v družini pušča globoke rane v otrokovem razvoju. Otroci zelo neradi spregovorijo o svojih izkušnjah z nasiljem zaradi sramu, strahu, zaradi nerazumevanja svoje situacije, zaradi nezaupanja v druge, predvsem pa zaradi ponotranjenih občutkov krivde. Otroci prevzemajo krivdo za nasilje v družini nase, poleg tega pa tudi veliko staršev odgovornost za nasilje preloži na otroke, zato da opravičijo svoje vedenje. Otroci



molčijo o nasilju, ki ga preživljajo, tudi zato, da starše zaščitijo pred posledicami razkritja nasilja. Otroci so pri zagotavljanju svojih pravic odvisni od odraslih. Če sumite, da se otroku dogaja nasilje, je prav, da pokažete skrb za otroka in raziščete situacijo. Bolje je, da se zmotite, kot da otrok ostane sam v svoji stiski! Ponudimo mu pomoč, naša zakonska dolžnost pa je, da nasilje prijavimo ustreznim institucijam: centru za socialno delo in policiji (Horvat, 2008).

KOMUNICIRANJE Z OTROKOM

otrok doživlja strah in tesnobo že ob prvem vstopu v zdravstveno ustanovo. Vsak poseg v intimnost otroka, bodisi telesno intimnost, bodisi socialno, družinsko, osebno intimnost, je tudi poseg v njegovo identiteto. Zdravstveno osebje lahko te strahove uravnoteži z izkazovanjem spoštovanja do otrokove osebnosti, strah se postopno lahko umakne občutku varnosti. Občutek varnosti pa je predpogoj za zaupanje otrok; zaupanje je osrednji pojem vsakega poglobljenega komunikacijskega procesa in zdi se, da je ravno pomanjkanje zaupanja tisto, kar v današnjem svetu najbolj ogroža odnose v zdravstvu in javnem življenju nasploh. Moramo se zavedati delikatnosti in ranljivosti komunikacijskega procesa. Medicinska sestra mora vzpostaviti terapevtsko vzdušje, ki bo vzdrževalo zaupanje in razumevanje. V procesu komunikacije aktivno in partnersko sodeluje tudi otrok. Medicinska sestra mora ustvariti pogoje za izvajanje otrokom prijazne zdravstvene nege. Profesionalno delo medicinske sestre se kaže v spoštovanju in zaščiti otroka, spoštovanju staršev in zagotavljanju celovitosti posameznika.

SPLOŠEN BONTON KOMUNICIRANJA

Takojšnja pozornost je prvi element odnosa, s čimer pokažemo spoštovanje. Upoštevajmo individualnost otroka in njegovih staršev; za razgovor je potrebno imeti prostor, v katerem niso prisotni drugi ljudje. Predstavimo se, ko se z družino prvič srečamo. Otroku in staršem razložimo bistvo pogovora in kaj bi radi od njega izvedeli in zakaj. Glejmo sogovorniku v oči. Nasmehnimo se, otroku razložimo pomen dotika, če je potreben. V zdravstveni negi je dotik pomembna komunikacijska prвина, pogosto kritična vsebina izvajanja zdravstvene nege, saj lahko otrok dotik povezuje z bolečino. Naša vprašanja naj bodo kratka, razumljiva, taktna in spodbudna. Govorimo z otrokom v njemu razumljivem jeziku. Odzivajmo se na otrokova vprašanja in prošnje. Ne segajmo otroku po nepotrebnem v besedo. Otroka vzpodbujamo k postavljanju vprašanj, razgovoru in udeleženiosti. Dovolimo, da otrok izrazi svoje misli in občutja. Medtem ko govori, spremljajmo njegove neverbalne znake sporočanja. Med razgovorom se ne ukvarjajmo z drugimi aktivnostmi. Ne vstajamo od mize, ne obračajmo se in ne oddaljimo se od pacienta. Pozorno in spoštljivo poslušamo, saj je poslušati več kot samo slišati. Dodajmo še stalno iskanje povratne zveze, s katero preverjamo razumljivost. Ne ustvarjajmo konfliktnih situacij, ki ovirajo dobro komunikacijo. Obvladujemo razne komunikacijske tehnike in z njimi pokažimo otroku in staršu, da resnično delimo z njim skrb za njihovo dobro počutje. Izražajmo se optimistično in vzbujajmo upanje. Pozorni bodimo tudi na majhne uspehe in jih pohvalimo, saj pohvala spodbudi otroka in starša k večjemu prizadevanju za reševanje problemov. Otroku ne



smemo lagati. Če nas starši prosijo, da otroku ne smemo predstaviti resnosti njegove bolezni, to upoštevamo. Včasih se tudi izognimo strogemu redu in dopustimo sprostitve s primerno šalo in smehom, predvsem pa pri manjših otrocih poskušajmo čim več komunicirati z igro.

SPECIFIČNOST KOMUNIKACIJE S SOCIALNO OGROŽENIM OTROKOM IN NJEGOVIMI STARŠI

Medicinske sestre se pogosto srečamo s socialno ogroženim otrokom, bodisi kot bolnikom, varovancem, bodisi se nam zaupa otrok ali starš. Da bo otrok spregovoril, rabi občutek varnosti in zaupanja v nas. S pomočjo empatije, ki temelji na intelektualni in emocionalni sposobnosti postavljanja se v položaj drugega, zlasti ob visoko razviti čustveni inteligenci, medicinska sestra razume otroka, razume njegove težave in razume njegova dejanja. Otroku pustimo čas, da je pripravljen sodelovati z nami. Dajmo mu občutek, da smo ga pripravljene poslušati, da ga sprejemamo in spoštujemo, da je tisto, kar želi povedati, pomembno. Pogovor je potrebno prilagoditi otrokovi starosti ter njegovim sposobnostim razumevanja in izražanja. Otroka spodbujamo k temu, da spregovori o svojem »notranjem dogajanju«, o svojih strahovih, dvomih, potrebah, željah. Otroku povemo, da so njegova čustvena, psihična in vedenjska stanja normalne reakcije na preživeto nasilje ter da se mu jih ni treba sramovati. Verjemimo otroku! V primerih nasilja nad otrokom ga ne zaslišujemo, če je res žrtev. Ne opravičujemo nasilja! Razložimo mu, da ni prav, kar se mu je zgodilo. Če nasilje izvajajo starši, ne kritizirajmo staršev, ampak dejanja sama.

Doseči moramo razbremenitev otrokove čustvene stiske in ga razbremeniti občutka krivde. Otroku ne obljublajmo ničesar, česar ne moremo izpolniti. Otroku tudi zagotovimo, da mu bomo na voljo, če nas bo potreboval. Skozi vse naše interakcije z otrokom in njegovimi starši pa nas morajo voditi etični standardi Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005).

ZAKLJUČEK

in vendar so otroci prožni kakor vrba. Zaradi vrste notranjih in zunanjih zaščitnih varovalnih dejavnikov se večina revnih ali trpinčenih otrok prilagodi stresu in kljub svojim težavam razvije družabno življenje, saj imajo globoko razvito čustvovanje. Profesionalne komunikacije večča medicinska sestra se zaveda različnosti vsakogar, ceni modele vrednot drugih in pomaga otroku, da se čim bolje vključi v socialno sredino, da bo imel priložnost razvijati svoje sposobnosti in spretnosti, ki jim bodo pomagale pri oblikovanju prijateljstev, šolanju in zaposlovanju.



LITERATURA:

1. Bohinc M. Zadovoljstvo bolnikov kot element menedžmenta v zdravstveni negi. *Obzor. Zdr.*; N 1999; 33: 159 – 63.
2. Dumič D, Pajnikihar M, Brumen M. Humana obravnava in vzajemno sodelovanje med medicinsko sestro in pacientom med prvim srečanjem. V: Filej B (ur.). ... (et al). *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj in posterjev. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006.*
3. Horvat D. Pomoč otrokom, ki preživljajo nasilje v družini. Dostopno na: <http://www.mladinska.com/Zastarse>.
4. Klemenc D. Komunikacija kot element kakovostne zdravstvene obravnave z vidika etičnih načel in pacientovih pravic. V: Filej B (ur.). ... (et al). *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj in posterjev. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006.*
5. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 2005.*
6. Košak Babuder M. Povezanost revščine z učno uspešnostjo in socialno vključenostjo otrok (magistrska naloga). Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani; 2004.
7. Knapp M L. *Nonverbal communication in human interaction* London: Wadsworth/Thomson Learning, cop., 2002.
8. La Freniere P. J., eds. *Vprašalnik o socialnem vedenju otrok. SV-Opriročnik. Ljubljana: Center za psihodiagnostična sredstva. Družba za svetovanje in založništvo; 2001.*
9. Leskošek V. *Izkoreninjenje revščine otrok in pospeševanje socialne vključenosti otrok. študija nacionalnih politik. Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije, 2007. Dostopno na: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/network-of-independent-experts/2007/reports>.*
10. Rungapadiachy D M. *Medosebna komunikacija v zdravstvu. Ljubljana: Educy; 2003.*
11. Šimenc M. *Vsak osmi Slovenec živi v bedi. Dostopno na: <http://www.dnevnik.si/novice/slovenija/281130>.*
12. Trček J. *Medosebno komuniciranje-kontaktna kultura. Ljubljana: Korona Plus; 1998.*



PROBLEM USTNEGA ZDRAVJA PRI OTROCIH S POSEBNIMI POTREBAMI V ZUDV DORNAVA

*Jožica Brenčič, dipl.m.s., Ivanka Limonšek, dipl.m.s., univ dipl.org
Zavod za usposabljanje, delo in varstvo Dr. Marijana Borštnarja Dornava
Dornava 128, 2253 Dornava*

KLJUČNE BESEDE:

otroci z motnjami v duševnem in telesnem razvoju, zobno zdravje, skrb za zobno zdravje, izkušnje pri delu z otroki s posebnimi potrebami, socialna izključenost

IZVLEČEK

Otroci z motnjami v razvoju so tisti, ki se telesno ali duševno ne razvijajo tako kot njihovi vrstniki. Ena od oblik nujenja socialne pomoči je institucionalno varstvo. Oseba z motnjami v telesnem in duševnem razvoju je veliko bolj izpostavljena tveganju socialne izključenosti, kot oseba, ki živi v krogu svoje družine. Problemi se lahko pojavljajo na več področjih. Eno od njih je tudi področje oralnega zdravja. Oralno zdravje otrok z motnjami v duševnem in telesnem razvoju je enako pomembno kot pri njihovih zdravih vrstnikih. Skrb za zobno zdravje in vzdrževanje zobnega zdravja zahtevata poseben pristop, strokovno znanje in izkušnje. Razlike so zaradi posebnih potreb in težje identifikacije problemov. Če osebe z motnjami v razvoju nimajo enakih možnosti lahko pride do možnosti socialne izključenosti. Zdravstveno varstvo ima pri tem pomembno vlogo. V ZUDV Dornava smo k temu problemu pristopili sistematično in načrtovano.

UVOD

Za osebe z motnjami v telesnem in duševnem razvoju je ena od oblik nujenja socialne pomoči institucionalno varstvo. Ta oblika zajema vse oblike pomoči v zavodu, v drugi družini ali drugi organizacijski obliki. Namen takšnega varstva je, da se odrasli osebi, ki varstvo potrebuje, nadomesti ali dopolni funkcija doma ali lastne družine, zlasti pa bivanje, prehrana, varstvo in zdravstveno varstvo. Otrokom in mladostnikom, prikrajšanim za normalno družinsko življenje je glede na njihove potrebe zagotovljena še vzgoja in priprava na življenje, otrokom in mladostnikom z motnjami v telesnem in duševnem razvoju pa tudi usposabljanje, oskrba in vodenje.

Za otroke in mladostnike in odrasle osebe do 26. leta starosti, ki so usmerjene v posebni program vzgoje in izobraževanja, obsega institucionalno varstvo tudi usposabljanje, ki se izvaja po predpisih s področja šolstva. Storitve institucionalnega varstva je lahko trajna, začasna ali občasna.

OSEBE Z MOTNJO V TELESNEM IN DUŠEVNEM RAZVOJU

otroci z motnjami v razvoju so tisti, ki se telesno ali duševno ne razvijajo tako kot njihovi



vrstniki. Vzroki razvojnih motenj so lahko prirojene bolezni ali anomalije, ob porodne komplikacije ali so posledica težjih obolenj v zgodnjem otroštvu. Zaradi številnih težav, ki so kompleksne narave predstavljajo ti otroci in mladostniki velik socialni in zdravstveni problem tako pri nas kot tudi po svetu. Posledica razvojnih motenj so motnje gibanja, motnje vida, sluha in govora, kakor tudi motnje v telesnem in duševnem razvoju. Glede na naravo in stopnjo motenosti potrebujejo ti otroci njim prilagojeno usposabljanje, ki jim omogoča čim boljše funkcioniranje v okviru njihove družine in širše okolice.

V strokovni literaturi se uporablja za opis različnih motenj številni izrazi, kot so: abnormalnost, defektnost, hendikepiranost, retardiranost, invalidnost, prizadetost v psihomotoričnem razvoju, psihomotorna retardacija. Po dogovoru različnih strokovnjakov se sedaj uporablja enoten izraz otrok z motnjami v razvoju.

UPORABNIKI V ZUDV DORNAVA IN POMEN ZOBNEGA ZDRAVJA

Otrok, ki je moten v svojem razvoju zaradi kakršnega koli vzroka, živi podobno pa vendar drugačno življenje v določenem bivalnem okolju.

Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja (ZUDV) Dornava je sodobna ustanova, kjer živijo in se usposabljaajo otroci, mladostniki in odrasle osebe z zmerno, težjo in najtežjo motnjo v duševnem razvoju, kot tudi tisti, ki imajo dodatne motnje.

Bivanje v zavodu se prične z odločitvijo staršev oz. skrbnika, ki pridobijo potrebna mnenja in odločbe, potrebne za sprejem v zavod.

Namestitev v zavod je lahko za posameznika in svojece travmatična, ali pa tudi podporna. To je odvisno od okoliščin, mnenja družine in prijateljev, od obravnave osebja in vrste sprejema.

Za namestitev v zavod se starši odločijo kadar ne zmorejo več skrbti za otroka, bodisi zaradi slabšanja njegove osnovne motnje ali pa raznih drugih dejavnikov (socialnih, psihičnih...).

Oseba z motnjami v telesnem in duševnem razvoju je veliko bolj izpostavljena tveganju socialne izključenosti, kot oseba, ki živi v krogu svoje družine. Že njihova osnovna motnja pomeni neke vrste socialno izključenost, saj so prikrajšani za vključevanje v različne aktivnosti, s tem pa za veliko dražljajev iz vsakdanjega življenja.

Eno od področij, kjer je za zdravo populacijo dobro poskrbljeno je tudi področje zobnega zdravja.

Zobna higiena in higiena ustne votline je za nas, ki smo zdravi vsakdanja stvar in o njej več ali manj v vsakdanu niti ne razmišljamo. Za osebe z motnjami v razvoju pa moteno oralno zdravje pomeni dodatne probleme in poslabša celotno njihovo funkcioniranje.

Oralno zdravje otrok z motnjami v razvoju je eden od temeljev njihove rehabilitacije.

Preventiva zobnega zdravja je za otroke z motnjo v duševnem in telesnem razvoju enako,



če ne še bolj pomembna, kot za njihove zdrave vrstnike, saj so delno ali popolnoma odvisni od pomoči druge osebe, da lahko izvedejo osnovne procese, ki zagotavljajo preprečevanje zobnih bolezni.

Vzpostavljeno in ohranjeno oralno zdravje zagotavlja tudi pogoje za razvoj govora in zadostno žvečenje hrane, kar je potrebno za otrokovo rast in razvoj. Izboljšan estetski videz poveča otroku samozavest in pripomore k njegovi psihični stabilnosti. Vse to še bolj velja za osebe z motnjami v razvoju. Njim je potrebno posvetiti vso potrebno skrb, prav je da sodelujejo starši, otrok, zavod in zobozdravnik.

PROBLEM USTNEGA ZDRAVJA V ZUDV DORNAVA

S težavami, ki že v začetku ne dajo dobre popotnice za zdrave zobe, se srečujejo naši otroci že kot dojenčki. Na žalost se že v zgodnjem obdobju rasti in razvoja otroci s posebnimi potrebami srečujejo s kariesom, vnetjem dlesni in poškodbami zob oz. čeljusti.

Vzroki za to, so lahko naslednji:

- velikokrat niso dojeni (pri sesanju močno delajo mišice obraza in ust, kar vpliva na pravilno rast in razvoj čeljusti ter zob), hranjenje po steklenički je lahko vzrok za razvoj dizgnatij-nepravilnosti čeljusti;
- imajo težave pri hranjenju in pitju, pri dojenčkih je lahko odsoten požirali refleks, hrana se zaletava, otrok pri tem kašlja, hranjenje je težavno in dolgotrajno, zato se prilagaja konzistenca hrane, ki je v večini primerov pasirana, oz. drobno sesekljana; nimajo stika s trdo hrano, ni počasnega in temeljitega žvečenja;
- usta so večinoma odprta, ne dihajo skozi nos, ustna sluznica je suha, ni ustničnega stika;
- prevladuje mišljenje, da je zdravje dlesni in zobovja zanemarljivo (ob vseh velikih zdravstvenih težavah, s katerimi se srečujejo starši in njihov otrok);
- možne so že prirojene anomalije čeljusti;
- so nemirni, veliko je poškodb že pri mlečnih zobkih, lahko pride do poškodbe korenin ali zametkov stalnih zob, kasneje si zaradi poškodb pri padcih lahko poškodujejo tudi stalne zobe, predvsem zgornje sekalce;
- težave so pri fini in grobi motoriki, prisotni so nehotni gibi, ki otežujejo izvajanje ustne higiene (nekateri se ne zmorejo se učiti samostojnega umivanja zob, so delno ali popolnoma odvisni od pomoči druge osebe);
- slabe izkušnje pri navajanju na umivanje zob (prisotnost bolečine);
- velika količina zdravil;
- pogostejši stik z sladko hrano (velikokrat je sladka hrana nagrada za doseganje nekih drugih ciljev);
- estetski izgled še bolj pripomore k njihovi drugačnosti;
- narava njihove osnovne bolezni oz. motnje.

Posledice nepravilnega razvoja zob, čeljusti, možnih poškodb in zgodnjega kariesa so velikokrat dodaten vir težav in problemov pri posameznikih.

V primeru odsotnosti verbalne komunikacije in nezmožnostjo pokazati na problem,



se lahko ta težava manifestira še na druge načine, kot samo z jokom, stokanjem ali odklonilnim vedenjem. Zobobol je zelo huda bolečina, ki sčasoma postaja neznosna. Takrat se lahko pojavijo razne oblike heteroagresije, pogosteje avtoagresije. Da se v čim večji meri izognemo takšnim situacijam in zmanjšamo vsaj tiste dejavnike, za katere vemo, da lahko vodijo v negativne oblike vedenja, moramo biti še posebej pozorni na oralno zdravje naših uporabnikov.

Pri izvajanju in skrbi za zobno zdravje se srečujemo z naslednjimi težavami:

- nehotni gibi,
- strah pri umivanju zob,
- bolečine,
- težave pri hranjenju,
- odklanjanje umivanja zob,
- možnost avtoagresij in heteroagresij (udarci, ugrizi, ščipanje, puljenje las...).

Pri osebah z motnjo v telesnem in duševnem razvoju, ki živijo v ZUDV Dornava je problem zobnega zdravja zelo velik. Veliko je zamujenega in se ne da nadoknaditi. Klasična oblika zobne preventive pri naših uporabnikih ni izvedljiva. Da bi popravili zamujeno pri naših uporabnikih in bi pri novo sprejetih upoštevali vsa načela preventivne vzgoje smo v preteklem letu začeli aktivno delati na področju zobne zdravstvene vzgoje.

PROJEKT »SKRBNOSTNA USTNA HIGIENA OB ZDRAVI PREHRANI«

Prioritetne naloge pri vzdrževanju zobnega zdravja so nam naslednje:

- Skrb za redno umivanje zob
- Redni obiski pri zobozdravniku
- Zdrava hrana
- Zdravstvena vzgoja

V okviru promocije zdravja imamo organizirane delavnice skrbi za lastno zdravje. V te delavnice so vključene osebe z višjo stopnjo razumevanja. V teh učnih delavnicah je velik poudarek na umivanju zob in skrbi za zobno zdravje. Delavnice so prilagojene stopnji njihovega razumevanja in stopnji koncentracije. Vodijo jih diplomirane medicinske sestre.

Da bi problem ustnega zdravja zmanjšali, smo k aktivnostim pristopili bolj organizirano. V prejšnjem šolskem letu je tako v ZUDV Dornava steklo aktivnejše sodelovanje z institucijami, ki imajo na tem področju veliko strokovnih izkušenj. Posledica obojestranskega sodelovanja je nastal projekt »SKRBNOSTNA USTNA HIGIENA OB ZDRAVI PREHRANI.« Sodelovali smo z javnim Zavodom ZD Ptuj - zobozdravstveno preventivno dejavnostjo.

Izhodišče našega sodelovanja je bilo spoznanje, da so naši uporabniki glede zagotavljanja zobne preventive enakovredni njihovim zdravim vrstnikom.

Začetki sodelovanja segajo v drugo polovico leta 2008. Začelo se je s predavanjem



specialistike pedontologinje iz zobozdravstvene službe Ptuj na temo »Zobozdravstvena preventiva.«

V dejavnosti zdravstvene nege se je vzpostavilo poglobljeno sodelovanje z zobozdravstveno preventivno službo. Izvajanje preventivne zobozdravstvene vzgoje v našem zavodu je temeljilo na naslednjih aktivnostih:

- Redni obiski medicinske sestre iz zobozdravstvene preventive,
- Edukacija članov negovalnega tima,
- Učne delavnice in predavanja (demonstracijo pravilne tehnike čiščenja zob, pomen zdrave prehrane).

Sčasoma se je izkazalo, da je pomen zobozdravstvene vzgoje zelo velik in potreben pri vsakodnevnem delu z našimi uporabniki. Delo medicinske sestre iz preventivnega kabineta zobozdravstvene vzgoje se je skorajda v celoti preneslo na diplomirano sestro v zavodu.

Projekt se je začel na dveh delovnih enotah in v varstveno delovnih centrih.

Namen projekta je bil:

- Čim več čistih, zdravih zob in manj krvavečih dlesni
- Povečati motivacijo pri uporabnikih v okviru individualnih psihofizičnih sposobnosti
- Zmanjšati strah pred obiskom zobozdravnika
- K sodelovanju pritegniti starše uporabnikov in zdravstveno vzgojno vplivati na starše, da bodo zmogli in znali pomagati svojim otrokom

S projektom so bili seznanjeni vsi člani negovalnega tima, ki v okviru svojega dela izvajajo tudi ustno higieno. Aktivnosti skrbi za ustno higieno so potekale že pred projektom, s projektom samim pa so uporabniki in člani negovalnega in strokovnega tima pridobili še dodatna znanja s področja zobozdravstvene vzgoje.

Z uvedenim načinom dela smo se hoteli približati sodobnim pristopom izvajanja:

- pravilne tehnike čiščenja zob
- pravilnega rokovanja s pripomočki za izvajanje ustne in zobne higiene.

Vrednotenje:

- Pri uporabnikih je bil zelo pozitiven odziv, aktivnosti so z navdušenjem sprejeli in sodelovali v okviru svojih sposobnosti.
- Zmanjšale so se krvavitve iz dlesni,
- Zmanjšale so se bolečine ob samem umivanju zob
- Podaljšal se je čas ščetkanja
- Zmanjšal se je strah in odpor pred umivanjem zob



Naša skupna naloga je nadaljevati zastavljeno delo in doseči, da skrb za ustno zdravje postane del našega vsakodnevnega življenja.

ZAKLJUČEK

V skrbi za osebe z motnjami v razvoju bi si morali deliti strokovno znanje in izkušnje v širšem strokovnem krogu. Osebe z motnjami v razvoju bi morale imeti enake možnosti kot njihovi zdravi vrstniki. Že v zgodnjem obdobju bi morali biti vključeni v vse preventivne aktivnosti, ki potekajo na primarni ravni ne glede na stopnjo prizadetosti in okolje iz katerega izhajajo (družina, zavodi). Majhne težave, ki se ob težavnosti osnovne motnje zanemarijo lahko kasneje v njihovem življenju predstavljajo velik problem, ki dodatno ogroža zdravstveno stanje posameznika.

Velikokrat slišimo, da se kultura neke družbe meri po tem, kako skrbi za duševno manjrazvite osebe.

Če osebe z motnjami v razvoju nimajo enakih možnosti lahko pride do možnosti socialne izključenosti. Socialna izključenost pa je pogojena že zaradi nekaterih deficitov, ki se pojavljajo pri posameznikih z motnjami v razvoju (gibalna oviranost). Zdravstveni delavci moramo zaradi svojega poslanstva enakovredno postopati v vseh strokovnih merilih in biti zagovornik tistih, ki to potrebujejo.

LITERATURA:

1. Seme- Ciglencečki P., Koražija K.. *Preživeti ne pomeni vedno tudi kakovostno živeti. Revija za ljudi s posebnimi potrebami. Ljubljana, 1995;30:14-15.*
2. *Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami. Uradni list RS št. 54, 2000.*
3. *Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami. Uradni list RS št. 54, 2000.*
4. Unterlechner S.: *Zdravje zob in zdravje ustne votline. Zdrav Obzor 1999, 33: 275-79*
5. Božič M. *sodobna komunikacija. Revija za ljudi s posebnimi potrebami. Ljubljana:1995;29;23-26.*
6. Rant A. *zobozdravstveno varstvo otrok z motnjami v razvoju. I. pedontološki dnevi. Ljubljana, 1991.*



Klinično potrjena*
UČINKOVITOST IN VARNOST
od 6. meseca starosti dalje!

*Vsaj 8 študij objavljenih v pomembnih strokovnih revijah. Študije so skupno zajele več kot 600 pacientov z blagim in zmernim AD ter KD.



ATOPICLAIR®

KREMA BREZ KORTIKOSTEROIDOV

Obvladovanje simptomov in dolgoročna vzdrževalna terapija blagega in zmernega ATOPIJSKEGA DERMATITISA (AD) ter KONTAKTNEGA DERMATITISA (KD)



www.atopiclair.si

Nanos na žarišča 3-krat dnevno:

- občutno ublaži srbenje in druge simptome AD
- zmanjša potrebo po uporabi lokalnega kortikosteroida
- tudi za najboljčutiljiveše predele (npr. obraz)

OBNAVLJA

ŠČITI

POMIRJA

Brez recepta v lekarnah in prek spleta na: nakup.dr-gorkic.si

Dr. Gorkič



Frutek

Da bi iz majhnega zraslo veliko.



*Iz najbolj kakovostnih plodov jabolk,
skrbno pregledanih v laboratorijih,
predelanih na sodobni liniji,
nastane jabolčni sok.*

100%
sok

100%
varen za
vašega
otroka

BREZ DODANEGA
SLADKORJA

NAJBOLJ PRILJUBLJEN
OKUS MED NAŠIMI MALČKI



FRUCTAL

v sodelovanju z naravo

www.frutek.si

BREZ IGELNI KONEKTI

- **Osnovni namen** - zmanjšanje poškodb zaradi vbodov
- **Drugi namen** - zmanjšanje pogostosti kateterske sepse

Za kontinuiran pretok

CLAVE®



MICRO CLAVE®



Za intermitentni pretok

CLC2000™



Ventil s pozitivnim premikom in ki ob prekinitvi pretoka **prepreči** retrograden tok krvi nazaj v lumen.





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



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

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

- Mladinskemu zdravilišču in letovišču Debeli rtič
- Beisi Žabkar, dipl.m.s., univ.dipl.org., vodji zdravstvene nege in oskrbe v MZL
- Rdečemu križu Slovenije
- Kolegicam izvršilnega in razširjenega odbora Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji
- FRUCTAL, d.d., Ajdovščina
- Dr.GORKIČ, d.o.o.
- PHARMAMED-MADO, d.o.o.

Debeli rtič, 25.9.2009

Predsednica sekcije medicinskih sester
in zdravstvenih tehnikov v Pediatriji
Anica Vogel

