

STROKOVNO SREČANJE
JESEN ŽIVLJENJA – STOMA, RANA, INKONTINENCA

Rimske Terme, 16. in 17. marec 2012

Zbornik predavanj z recenzijo

Organizator:



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



SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V ENTEROSTOMALNI TERAPIJI

Jesen življenja - stoma, rana, inkontineca

Rimske Terme, 16. in 17. marec 2012

Zbornik predavanj z recenzijo

Urednici:

mag. Tamara Štemberger Kolnik, dipl.m.s., ET

Suzana Majcen Dvoršak, viš.med.ses.,ET

Recenzentki:

mag. Tamara Štemberger Kolnik, dipl.m.s., ET

Nika Škrabl, viš.med.ses., uni.dipl.soc.ped.

Organizacijski odbor:

predsednica Renata Batas, Suzana Majcen Dvoršak, Majda Topler, Vanja Vilar, Irena Špela Cvetežar

Strokovni odbor: predsednica Božica Hribar, mag. Tamara Štemberger Kolnik, Anita Jelen, Anita Jelar Slatnar

Lektor: Natalia Gorenc

Grafično oblikovanje in priprava za tisk: Ksenija Pfeifer

Založila in izdala:

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

Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji

Tisk: Camera d.o.o

Naklada: 150 izvodov

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

616-008.22-083(082)

616-089.86-083(082)

STROKOVNO srečanje Jesen življenja - stoma, rana, inkontinenca
(2012 ; Rimske Toplice)

Zbornik predavanj z recenzijo / Strokovno srečanje Jesen življenja - stoma, rana, inkontinenca, Rimske Terme, 16. in 17. marec 2012 ; organizator Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji ; [urednici Tamara Štemberger Kolnik, Suzana Majcen Dvoršak]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 2012


ISBN 978-961-93253-1-5

1. Jesen življenja - stoma, rana, inkontinenca 2. Štemberger Kolnik, Tamara 3. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji

260727552

Kazalo

Uvodnik , Renata Batas	7
Jesen življenja – stoma, rana, inkontinenca	9
Urinska inkontinenca pri moških , Franc Kramer	11
Vloga zdravstvene nege pri zagotavljanju kakovostne obravnave starostnika z inkontinenco , Ljiljana Leskovic	16
Inkontinenca - pogosta spremljevalka starejših , Valerija Palkovič	28
Veselje do življenja ruši vse ovire in prepreke , Anita Jelar Slatnar	37
Zdravstvena nega pacienta z urinskim katetrom in cistostomo , Vesna Vrbanec	44
Medicinska sestra in pacient z intermitentno čisto samokateterizacijo , Mateja Zajc Čižman	51
Zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege pacienta s stalnim urinskim katetrom , Majda Topler, Sašo Šumer	62
Uporabnost procesa zdravstvene nege pri obravnavi pacienta z inkontinenco , Silva Dremelj, Irena Špela Cvetežar	72
Čustveni problemi starostnika z inkontinenco , Darja Gorjup Poženel	80
Zdravstvena nega starostnika s stomo v bolnišnici , Dragica Tomc	89
Sposobnost samooskrbe starostnika s stomo, ki se sooča z izgubljeno ročno spretnostjo, oslavljenim vidom in posebnimi potrebami , Renata Batas	100
Prehranske navade pacienta s stomo , Klavdija Prah Oprešnik	112
Pojav zgodnjih zapletov ob izločalni stomi pri starostnikih v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana , Anita Jelen	116
Starostnik z venko golenjo razjedo na domu – prikaz primera , Renata Batas	126
Starostnik s sladkorno boleznijo in diabetično stopalo , Barbara Maljevič	134




Obravnavo pacienta z razjedo zaradi pritiska v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, Vanja Vilar	142
Uporaba impregniranih umivalnih vrečk v Domu starjših Laško, Marcela Zabret	150
Oskrba rane pri pacientu s kroničnim obolenjem, Lojzka Prestor	157
Posebnosti zdravstvene nege starostnika z izločalno stomo, Jelka Obrez, Suzana Majcen Dvoršak, Marjana Jager, Danica Ladinek	164
Obremenitve gibalnega aparata pri zaposlenih v zdravstveni negi preventivno-kurativni pristop, David Ravnik	173

UVODNIK

Renata Batas, dipl. m. s., ET

Jesen življenja tako imenovano tretje življenjsko obdobje predstavlja začetek obdobja, v katerem vsa svoja znanja, izkušnje, rezultate dela, dosežke posredujemo naprej, mlajšim rodovom. Na ta način jim omogočamo lažjo in uspešnejšo pot, saj lahko razvijajo in dosežajo še višje cilje v življenju, ki temeljijo na bogatih in kakovostnih izkušnjah ter znanju starejših. Življenjska doba posameznikov se povečuje in s tem tudi težnja k čimbolj aktivnemu staranju. Generacija, ki se je rodila v povojnem obdobju, je sedaj dosegla to dobo. Njen cilj pa je, da živi kar se da zdravo in zadovoljno življenje. Želi ostati čim dlje delovno, družbeno aktivna in predajati svoje izkušnje mlajšim generacijam. Za uspešno sodelovanje med obema generacijama in s tem omogočanje aktivnega staranja je ključnega pomena medgeneracijska solidarnostna vez. Tako je letošnje leto poimenovano kot **»Evropsko leto aktivnega staranja in solidarnosti med generacijami – 2012.«** Pomembno je, da se zavedamo potrebe po izboljšanju možnosti za aktivno staranje in samostojno življenje starostnikov na različnih področjih, kot so zaposlovanje, socialne storitve, izobraževanje odraslih, prostovoljstvo in nenazadnje zdravstveno varstvo, kjer smo kot zdravstveni delavci aktivno udeleženi v procesu organizacije, izvedbe in pobude za aktivno staranje. Z evropskim letom želimo opozoriti na ta vprašanja, na iskanje rešitev in predvsem spodbuditi vse politike in udeležene k uresničevanju zastavljenih ciljev.

Za zagotavljanje aktivnega staranja pa je pomembno v prvi vrsti zdravje posameznika. Tu imamo zdravstveni delavci odgovorno nalogo, saj se srečujemo s starostniki, pacienti, ki imajo različne zdravstvene težave. Zelo pogost pojav je inkontinenca urina in blata. Zaradi vse večje incidence raka na debelem črevesu se posamezniki nemalokrat soočajo z novo telesno podobo, ko jim vsled operacije izpeljejo črevo skozi trebušno steno in naredijo stomo. V jeseni življenja, starostnem obdobju po 65 letu, se lahko pridružijo posamezniku/-ci različna kronična obolenja, kot so sladkorna bolezen, kronično vensko popuščanje ipd. Posledice le-teh,



če jih ne preprečujemo, so lahko zapleti na različnih telesnih organih, kar ovira proces aktivnega staranja, sposobnost samooskrbe in s tem kakovost življenja.

V zborniku predavanj so predstavljena tri najpogostejša področja zdravstvene nege, to so: inkontinenca, zdravstvena nega stom in kronične rane, ki lahko vplivajo na starostnikovo kakovost življenja, tj. na aktivno staranje. Predstavljena so vsa področja s stališča preventive in zdravljenja posameznih obolenj. Posebna pozornost pa je namenjena specifičnosti fizioloških pojavov staranja in vplivu le-teh na uspešnost preprečevanja, zdravljenja ter rehabilitacije starostnika. Hkrati pa nam poglobljeno znanje o starostnem obdobju daje nove vidike za boljši pristop k starostniku pri izvajanju zdravstvene nege in usposabljanju za samooskrbo v primerih težav z naštetih področij zdravstvene nege.

JESEN ŽIVLJENJA

*Prvi vdih, začetek življenja,
pomladni cvet, poln hrepenenja,
prvi plod nam kaže pot,
resnično, bili smo vsepovsod,
a vedno znova gremo od tam do tod,
vedno znova občudujemo prehojeno pot.*

*Je modrost ta, ki boža nam srce,
je znanje, strpnost in razumevanje,
zdaj jaz, zdaj ti in zdaj vi in mi,
se na tej poti življenja srečamo vsi.*

*Zato podajmo si roko,
v slogi mnogo lažje bo,
modrost vsem nam bo v oporo,
potrpežljivost, razumevanje,
zdaj boža dušo, mojo, tvojo.*

*Je srca luč, ki daje moč,
je sonca sij, ki prežene noč,
le nasmehni mlado se srce,
sledi luči, ki vir življenja in modrosti je.*

Avtor: Renata BATAS, dipl. m. s., ET

URINSKA INKONTINENCA PRI MOŠKIH

URINARY INCONTINENCE IN MEN

FRANC KRAMER, DR.MED. SPEC. UROLOG

Oddelek za urologijo

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec

franc.kramer@sb-sg.si

IZVLEČEK

Urinska inkontinenca pomeni vsakršno nehoteno uhajanje urina. Je stanje, ki ga lahko uspešno zdravimo. Prevalenca pri moških se povečuje s starostjo, vendar ni nujno povezana z njo. Obstaja več tipov inkontinence, najpogosteje se pojavlja stresna inkontinenca po radikalnem operativnem zdravljenju zaradi raka prostate. Prispevek obravnava problem urinske inkontinence pri moških s poudarkom na zdravljenju stresne pooperativne inkontinence.

ABSTRACT

Urinary incontinence means any involuntary leakage of urine. Urinary incontinence is treatable problem. The prevalence in men increases with age, but is not an inevitable part of aging. There are different forms of incontinence, most often occurs stress urinary incontinence after radical operative treatment for prostate cancer. This article address the problem of male urinary incontinence with emphasis on treatment of stress pooperative incontinence.

Ključne besede: urinska inkontinenca, moški, zdravljenje, radikalna prostatektomija, slingi

Key words: urinary incontinence, men, treatment, radical prostatectomy, slings

UVOD

Urinska inkontinenca (UI) po definiciji pomeni vsakršno nehoteno uhajanje urina, ki predstavlja socialni ali higienski problem in ga lahko objektivno dokažemo (Thueroff et al., 1999). V različnih starostnih obdobjih se pojavnost med spoloma razlikuje. Sprva se pogosteje pojavlja pri dečkih, ker deklice običajno hitreje razvijejo kontrolo mikcije, nato se v odrasli dobi, predvsem zaradi anatomskih razlik medenice in posledic zaradi nosečnosti ter porodov, dvakrat pogosteje pojavlja pri ženskah. Pri moških v odrasli dobi znaša med 10 in 26 %, večja se s staranjem, s starostjo pa ni nujno povezana (Irwin et al., 2006). Poleg starosti so rizični dejavniki za nastanek UI še simptomi spodnjih sečil (LUTS), vnetja, določene funkcionalne ali prirojene anomalije (npr. ekstrofije), nevrološke okvare (diabetes, kap, multipla skleroza, Parkinsonova bolezen, prekomerno aktiven sečni mehur itd.) in problemi s prostato (benigna hiperplazija prostate, prostataktomija). V današnjem času prispeva radikalna prostatektomija, kot oblika zdravljenja najpogostejšega raka pri moških - raka prostate, kljub izboljševanju tehnike, največje število primerov stresne UI (Bauer et al., 2009). UI lahko s pravim pristopom uspešno zdravimo, to pomeni, da izberemo ustrezno zdravljenje za pravilno postavljeno diagnozo. To je pomembno tako z vidika vpliva UI na kvaliteto življenja kot tudi z ekonomskega vidika.

VRSTE INKONTINENCE IN OBRAVNAVA BOLNIKOV

V osnovi ločimo več tipov UI. Stresna urinska inkontinenca (SUI) pomeni nehoteno uhajanje urina med aktivnostjo (pri kašljanju, kihanju, dvigovanju bremen, poskokih) oz. pri povečanju abdominalnega pritiska na mehur. Urgentna UI pomeni nekontrolirano uhajanje urina ob nenadnih močnih pozivih, ki jih ni mogoče zadržati. Tretji tip je mešana UI, ki pomeni kombinacijo prvih dveh tipov. Četrty tip je prepolnostna ali »overflow« inkontinenca, ki je redkejša in pomeni konstantno uhajanje manjših količin urina, običajno v povezavi z obstrukcijo odtoka urina iz mehurja ali oslabelosti detruzorja mehurja (Thuerhoff et al., 1999). Pri obravnavi moških z UI moramo razlikovati med bolniki primernimi za splošno obravnavo in tistimi, ki potrebujejo takojšnjo specialistično obravnavo. Bolniki za hitro specialistično obravnavo so bolniki s hematurijo, bolečinami, ponavljajočimi se uroinfekti, neuspešnim zdravljenjem inkontinence, bolniki s popolno inkontinenco, izrazitimi dizuričnimi težavami ali pa po obsevanju medenice (Schroeder et al., 2010). Začetno klinično obravnavo bolnika z UI predstavlja usmerjena anamneza, ki vključuje tudi upoštevanje komorbidnih stanj in jemanja zdravil, nadalje fizikalni pregled z oceno rekto-sakralnega nevrološkega statusa. Priporočljiva je tudi ultrazvočna določitev rezidualnega urina in analiza urina. V pomoč so nam tudi različni vprašalniki (npr. ICIQ-SF) in »pad« test, ki pomeni določitev količine uhajanja urina v zeleni enoti časa. Bolj

specializirano obravnavo pa predstavljajo preiskave, kot so citologija, uretrocistoskopija, ultrazvok trebuha ali pa urodinamske meritve.

ZDRAVLJENJE

Začetek ali osnova vsakega zdravljenja UI je konzervativni način, ki ne vključuje zdravil ali posegov in je načeloma enostaven pa tudi poceni. Sem spada sprememba načina življenja, uživanje določenih vrst hrane, zadostna količina tekočine in trening mehurja, tj. nadzorovano uriniranje. Eden od osnovnih ukrepov je tudi izvajanje vaj za krepitev medenične miškulature, lahko pa se uporabljajo še elektrostimulacije, »biofeedback«, magnetoterapija ali akupunktura.

Z zdravili lahko vplivamo na preprečevanje uhajanja urina na več načinov. Nekatera delujejo po principu blokade prenosa živčnih impulzov, ki povzročajo kontrakcijo detruzorja mehurja, druga manjšajo produkcijo urina; tretja delujejo relaksirajoče na mehur; spet druga manjšajo prostato ali pa dosežemo preprečevanje uhajanja s spremenjenim jemanjem že obstoječih zdravil. Čeprav so lahko zdravila zelo učinkovita, pa stranski učinki le-teh povzročijo tudi prekinitve jemanja. Najpogosteje uporabljana zdravila pri zdravljenju prekomerno aktivnega sečnega mehurja, kot vzroka UI, so antimuskariniki, v poštev pa lahko pridejo še zdravila s kombiniranim delovanjem: antidepresivi, alfa adrenergični antagonist, inhibitorji fosfodiesteraze, botulin toksin, dezmozepin. Pri stresni UI sta lahko učinkovita duloksetin ali imipramin, pri prepolnosti UI pa alfa blokerji ali inhibitorji alfa reduktaze.

Operativno zdravljenje: UI pri moških, primerno za operativno zdravljenje, lahko klasificiramo glede na mesto oz. vzrok v sfinktru, sečnem mehurju ali pa je vzrok fistula (Schroeder et al., 2010). Pri sfinktru gre največkrat za problem po operacijah prostate, najpogosteje radikalni prostatektomiji, lahko pa tudi po radioterapiji, brahioterapiji ali pa po radikalni cistektomiji z ortotopno derivacijo urina. Sfinkter je lahko prizadet travmatsko, ob poškodbah medenice oz. medeničnega dna, nezdravljeni pediatrični UI pri ekstrofijah mehurja ali pri inkontinenčnih epispadijah. Vzrok v sečnem mehurju, ki lahko vodi do operativne terapije, je refraktarni sindrom prekomerno aktivnega sečnega mehurja (PASM) ali izrazito zmanjšana kapaciteta mehurja zaradi različnih razlogov. Vrste operativnega zdravljenja, ki jih izvajamo, so po naraščanju invazivnosti, naslednje: injekcijska terapija s kolagenom, silikonom, polimeri, v zadnjem času tudi matičnih celic. Rezultati so običajno lahko zadovoljivi le krajše časovno obdobje. Boljše pa tudi dolgotrajnejše rezultate lahko prinesejo vstavitve t. i. slingov. Bolj invazivne metode pa so rekonstruktivne operacije na mehurju ali sečnici, ena od oblik derivacije urina ali pa vstavitve umetnega urinskega sfinktra, ki je še vedno zlati standard operativne terapije z najboljšimi dolgoročnimi rezultati.

Glede na skokovito naraščanje radikalnih prostatektomij, kot posledico naraščanja incidence raka prostate, kljub izboljševanju same operativne tehnike, na koncu narašča število bolnikov s pooperativno SUI. Incidenca zgodnje pooperativne SUI po podatkih iz literature zelo variira, stopnja pomembne SUI, ki vztraja tudi po letu dni od operacije, pa lahko v večjih in boljših centrih pade tudi pod 2 % (Bauer et al., 2009). Faktorji, ki vplivajo na stopnjo SUI po prostatektomiji, so:

preoperativni - starost bolnika, stopnja preoperativne kontinence,

intraoperativni - izkušnost urologa, operativna tehnika in pooperativni.

Za operativno terapijo SUI po radikalni prostatektomiji se navadno odločimo po letu dni od operacije, v primeru vztrajanja pomembne oz. moteče inkontinence, neuspešnih konzervativnih ukrepov ali medikamentozni terapiji. Zlati standard še vedno (pri vseh stopnjah inkontinence) predstavlja vstavev umetnega sfinktra, ki pa je precej invazivna in tudi zelo zahtevna operativna metoda z možnostjo resnih zapletov. Tako se v zadnjem času čedalje več izvajajo manj invazivne metode, predvsem pri blagi in zmerni stopnji SUI, med njimi največkrat vstavitev slingov. Princip vstavitve slinga je kreacija stalne podpore in pritiska pod ali ob uretri. Poznamo več različnih tipov slingov, med sabo se razlikujejo glede na sestavo, način pričvrstitve, mesto podpore ali možnost ponovne prilagoditve pritiska. Redki se lahko dokaj uspešno uporabijo tudi pri težjih oblikah pooperativne SUI, med njimi vstavev Argus slinga, ki jo dve leti uspešno izvajamo tudi na našem oddelku, v svetu pa je metoda poznana dobrih pet let.

ZAKLJUČEK

Urinska inkontinenca je za moškega večinoma velik objektivni in subjektivni problem, ne glede na njegovo stopnjo. Izboljšanje lahko dosežemo na več načinov, običajno na začetku s konzervativnimi metodami, uporabo zdravil, v težjih primerih pa pride v poštev tudi operativna terapija. V zadnjem času se problem inkontinence pri moških največ omenja in pojavlja v povezavi z operativnim zdravljenjem raka prostate, najpogosteje uporabljena operativna metoda v takih primerih pa so postale vstavitev slingov.

LITERATURA

Bauer RM, Bastian PJ, Gozzi C, Stief CJ. Postprostatectomy Incontinence: All About Diagnosis and Management. Eur Urol; 2009; 55:322-33.

Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol*; 2006; 50(6):1306-14.

Schröder A, Abrams P, Andersson KE, Atribani W, Chapple CR et al. Guidelines On Urinary Incontinence. In: *EAU Guidelines*, edition presented at the 25th EAU Annual Congress, Barcelona; 2010.

Thueroff JW, Abrams P, Artibani W, et al. Clinical Guidelines for the Management of Incontinence. In: Abrams P, Khoury S, Wein A et al. *Incontinence*. Plymouth: Health Publications Ltd; 1999: 933-43.

VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE PRI ZAGOTAVLJANJU KAKOVOSTNE OBRAVNAVE STAROSTNIKA Z INKONTINENCO

ROLE OF NURSING CARE IN PROVIDING QUALITY TREATMENT ELDERLY WITH INCONTINENCE

MAG. LJILJANA LESKOVIC, VIŠ. PRED.

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

lleskovic@vszn-je.si

IZVLEČEK

Prispevek govori o inkontinenci in ustrezni obravnavi starostnika, ki ima težave z inkontinenco. Inkontinenca je še vedno tabu tema in je zaradi tega pomembno govoriti o njej odprto, predvsem v imenu starostnikov, zavedajoč se, da so določene sposobnosti starostnikov omejene in je vloga medicinske sestre v zdravstveni negi starostnikov na področju zagovorništva toliko večja. Potrebe po kakovostni zdravstveni negi starostnika z inkontinenco so iz dneva v dan večje, saj populacija starostnikov nad 80 let nenehno narašča, s tem pa je tudi njihova odvisnost pri samostojnem zadovoljevanju aktivnosti izločanja v večji meri odvisna od strokovnega znanja zdravstveno negovalnega kadra.

Cilj: Namen raziskave je bil raziskati usposobljenost in obstoječe znanje zdravstveno- negovalnega kadra pri zdravstveni negi starostnika z inkontinenco v domovih za starejše občane.

Metode: Uporabili smo kvantitativno metodo dela, podatki so bili zbrani na osnovi anketnega vprašalnika, ki je imel 35 vprašanj zaprtega tipa o vzrokih za nastanek neustrezne obravnave starostnika z inkontinenco. Anketiranci so se lahko pri odgovorih odločili za eno od danih možnosti (da, ne, ne vem). Poslano je bilo sto vprašalnikov v štiri enote domov za ostarele v Ljubljani. Pridobljene podatke smo predstavili z grafi, deleže odgovorov pa v odstotkih.

Rezultati: Pokazali so, da zaposleni upoštevajo strokovna navodila pri izvajanju postopkov zdravstvene nege pri starostniku z inkontinenco. Ravno tako pozna-

jo medicinsko-tehnične pripomočke in njihovo smotrno uporabo. Zavedajo se vloge obveščanja nadrejenih v primeru nastalih sprememb na koži. Samo izvajanje zdravstvene nege ocenjujejo zelo visoko, saj je ocena od 4-5. Rezultati so pokazali, da zaposleni nadzirajo starostnike, ki so samostojni pri izvajanju osebne higiene in imajo težave z inkontinenco.

Zaključek: V domovih starejših občanov je zagotovljena ustrezna obravnava starostnika z inkontinenco. Zdravstveno negovalno osebje upošteva strokovna navodila pri obravnavi starostnika z inkontinenco. Zaposleni se zavedajo vpliva zdravstvene nege na kakovost izvedene aktivnosti. Pomanjkljivost raziskave je v tem, da smo jo izvajali samo v štirih enotah domov za starejše v ljubljanski regiji. Zanimivo bi bilo raziskavo ponoviti na večjem vzorcu in številu vključenih domov za pridobivanje realnejših podatkov o oskrbi starostnikov z inkontinenco.

ABSTRACT

This contribution is about incontinence and appropriate treatment of the elderly who have problems with incontinence. Incontinence is still a taboo subject and it is therefore important to talk openly, especially on behalf of older people, recognizing that some older capacity is limited and the role of nurses in nursing care of elderly people in the greater area of advocacy. The need for quality health care for the elderly with incontinence from day to day increasing as the population older than 80 years, constantly increasing and this is their reliance on independent activities to meet the elimination largely depends on the expertise of the health of nursing personnel. Goal: The aim of this study was to investigate the qualifications and background health nursing personnel in the health care of elderly people with incontinence in homes for elderly. Methods: We used a quantitative method of work, data were collected on the basis of the research tools of questionnaire, which had 35 questions closed the causes of inadequate treatment of the elderly with incontinence. Respondents were able to find answers to choose one of the available options (yes, no, I do not know). Sent questionnaires was 100 units in four nursing homes in Ljubljana. Acquired data are presented in graphs and answers are shared in percentages. We included five seniors, who were randomly selected in each division at home. Their answers are presented descriptively. Results: showed that employees follow professional guidance in the implementation of medical procedures with elderly with incontinence. Also familiar with the medical technical aids and their rational use. Aware of the role of informing their superiors in the case of the changes in the skin. Only the practice of nursing rated very high as the score of 4-5. The results showed that employees monitor elderly who are independent in carrying out personal hygiene and have problems with incontinence. Reply interview older persons living in the home are positive.

The implementation of the nursing staff have no comments. Conclusion: In nursing homes, adequate treatment of the elderly with incontinence. Health-care personnel take into account expert advice in dealing with elderly people with incontinence. Employees are aware of the impact of nursing on the quality of implemented activities. The disadvantage of this research is that we have a survey carried out in only four units, homes for the elderly in the Ljubljana region. It would be interesting to repeat the study in a larger sample and included the number of homes to obtain more realistic data on care of older people with incontinence.

Ključne besede: zdravstvena nega, kakovost, starostnik, inkontinenca

Keywords: Health care, quality, elderly, incontinence

UVOD

Staranje je proces, ki doleti vsa živa bitja. Je pojav, ki s seboj prinaša problematiko vezano na sposobnost samooskrbe, zato se ljudje za namestitev v dom odločajo predvsem zaradi želje po varnem preživetju starosti in zagotavljanju kakovostne gerontološke zdravstvene nege. Dom za ostarele je institucija, ki zadovoljuje osnovne življenjske potrebe starejših ljudi.

Vizija in poslanstvo zaposlenih je, da svojim stanovalcem zagotovijo boljšo kakovost življenja, boljše pogoje bivanja in kakovostne storitve. Inkontinenca je nezmožnost zadrževanja urina ali/in blata, je velika socialna, medicinska, ekonomska težava in tabu tema. Ker ljudje težko spregovorijo o svoji težavi ali jo prikrivajo, običajno ne poiščejo strokovne pomoči dovolj zgodaj. Ljudje se zaradi strahu in sramu pred neprijetnim vonjem začnejo izogibati družabnemu življenju in se umikajo v osamo. Odstotek starostnikov glede na stopnjo inkontinence v domovih za starejše je: v srednji stopnji inkontinence jih je diagnosticiranih 17,69 %, v težki stopnji 17,14 % in v zelo težki stopnji 65,16 %.

Spremenjena telesna podoba starostnika zahteva od zdravstveno negovalnega osebja celostno obravnavo, predvsem pa podporo, pomoč in sprejetje v vseh fazah bolezni. Spremenjena zdravstvena struktura nastanjenih starostnikov v domovih za starejše občane od zaposlenih zahteva kontinuirano izobraževanje in poznavanje medicinsko-tehničnih pripomočkov, ki jih pri delu s starostnikom uporabljajo, ko ima le-ta težave z nehotnim izločanjem vode in blata. So poslušalci in spremljevalci ljudi, prizadevajo si za izboljšanje njihove kvalitete življenja. Cilj zaposlenih je nuditi strokovno obravnavo starostnikov z inkontinenco, jih sproti obveščati o razvoju novih izdelkov in ostalih pripomočkov za nego kože ter jim ustrezno svetovati in izbrati pripomoček, ki bo ustrezal starostnikovemu

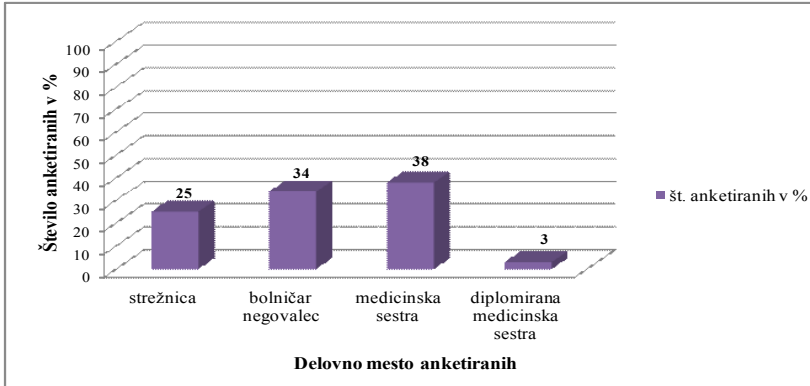
zdravstvenemu stanju, stopnji inkontinence, potrebam in željam. Današnji način življenja in družba podpirata prepričanje, da moramo vedno imeti nadzor nad sabo. Ljudje z inkontinenco pogosto doživljajo strah pred iztekanjem urina in jih ta negotovost sili v socialno izolacijo. Starostniki so obremenjeni in svoje težave skrivajo pred drugimi, se umikajo v osamo, izogibajo se športu in raznim delavnicam, ki so organizirane v domu. Zaradi strahu pred neprijetnim vonjem se izogiba bližini drugih ljudi in je nesproščen pri komuniciranju.

Inkontinenca pomeni za posameznika in njegovo okolico veliko spremembo, ki zahteva celostno obravnavo, saj lahko povzroči veliko škode na koži. Inkontinenca, če ni obravnavana skladno s strokovnim navodilom, lahko privede do nastanka razjede zaradi pritiska pogosto pri nepomičnih in slabše gibljivih starostnikih v domu starejših občanov. Pri samostojnejših starostnikih pa lahko izzove spremembe na koži. Kot posledica inkontinence se večkrat pojavi dermatitis. S tem ima koža slabšo sposobnost zaščite pred silami trenja, strižnimi silami in pritiskom.

Najmanj zapisanega, povedanega in znanega je o samem doživljanju inkontinence, saj jo vsak starostnik doživlja drugače. Življenje v času in družbi z raznovrstnimi ter nasprotujočimi si pritiski je lahko zelo zahtevno. Inkontinenca je nezmožnost zadrževanja urina ali/in blata, z njo so povezani tudi znaki depresije, nastanek stresa, socialna izolacija, stigmatizacija, osamljenost, slabše splošno počutje in zmanjšana samozavest. Inkontinenca ni le zdravstveni in higieniski problem, temveč tudi socialni. Starostniki jo velikokrat zanikajo ali le težka priznajo komurkoli,, zato se je s starostnikom o tem težko pogovarjati. Inkontinenca lahko privede do velikih psiholoških težav, ki vodijo v socialno osamitev. Velikokrat so v proces osamitve vključena tudi družina in bližnji prijatelji.

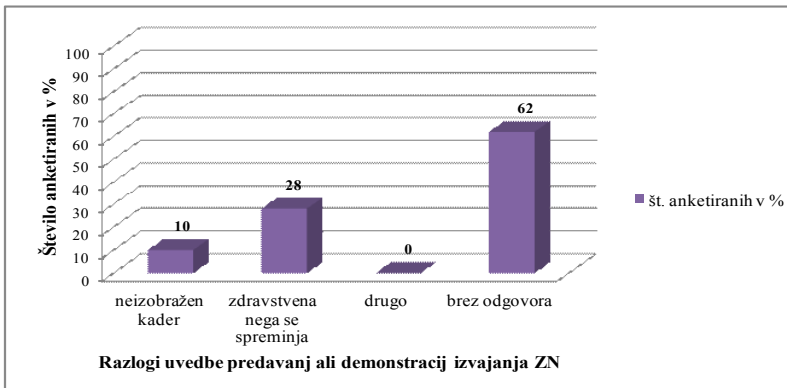
V raziskavo smo vključili pet naključno izbranih starostnikov iz vsake enote doma. Odgovore, ki smo jih pridobili z intervjujem, smo opisno prikazali.

Zastavljena vprašanja so se nanašala na kakovost izvajanja zdravstvene nege (v nadaljevanju ZN).



Graf 1. Delovno mesto

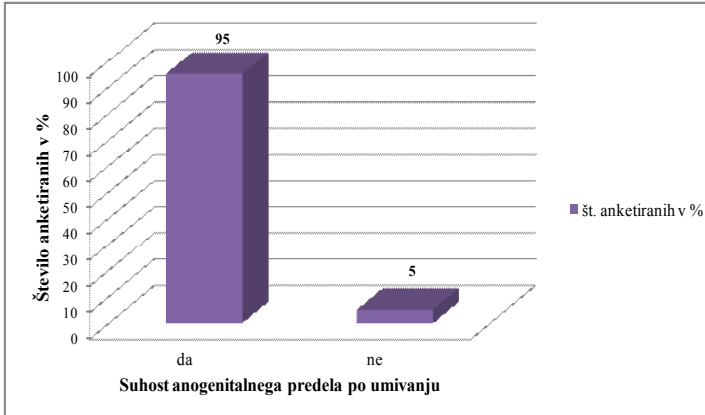
Graf 1: 38 % zaposlenih dela na delovnem mestu srednje medicinske sestre, sledi v 34 % bolničar negovalec, 25 % strežnic in samo 3 % diplomiranih medicinskih sester.



Graf 2. Naštajte razloge uvedbe predavanj ali demonstracij izvajanja ZN

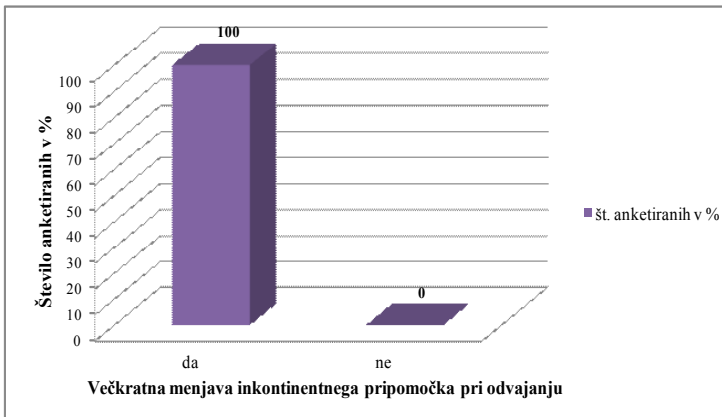
Graf 2: Ostali anketiranci, ki so pri prejšnjem vprašanju bili mnenja, da bi bilo potrebno uvesti različna predavanja zaradi razvoja in uvajanja sprememb pri izvajanju vse bolj zahtevne zdravstvene nege pri starostniku.

V domovih imajo na voljo različne pripomočke za izvajanje anogenitalne nege. Pri izvajanju anogenitalne nege uporabljajo različne pripomočke.



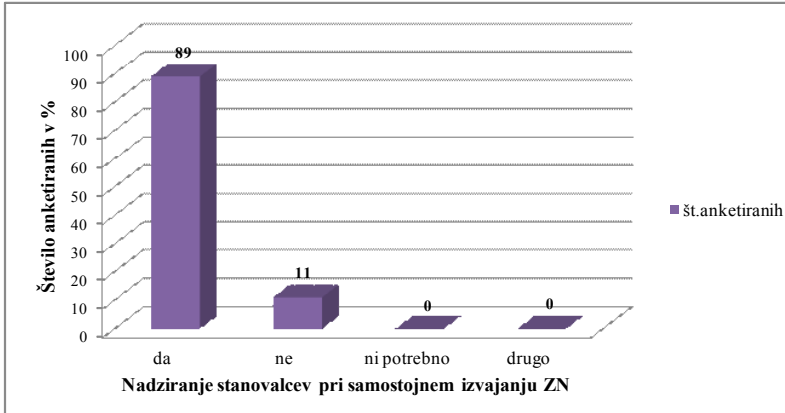
Graf 3. Ali pri izvajanju anogenitalne nege posušite predel do suhega?

Graf 3: Večina zaposlenih pri izvajanju zdravstvene nege vedno obriše anogenitalni predel do suhega.



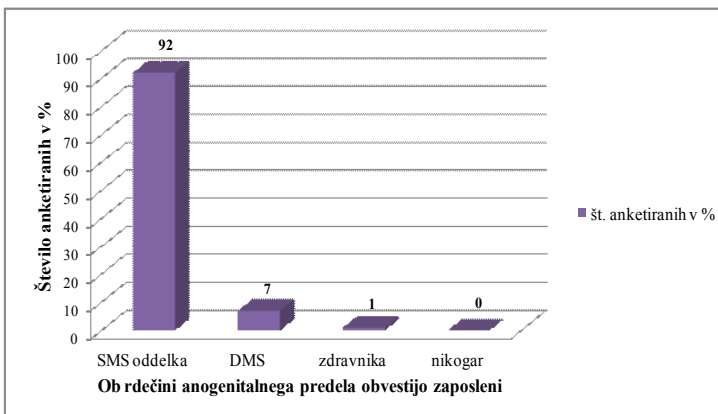
Graf 4. Stanovalcem, ki večkrat dnevno odvajajo, zamenjate plenico bolj pogosto?

Graf 4: V 100 % so anketiranci odgovorili, da vedno zamenjajo inkontinenčni pripomoček stanovalcem, ki večkrat odvajajo.



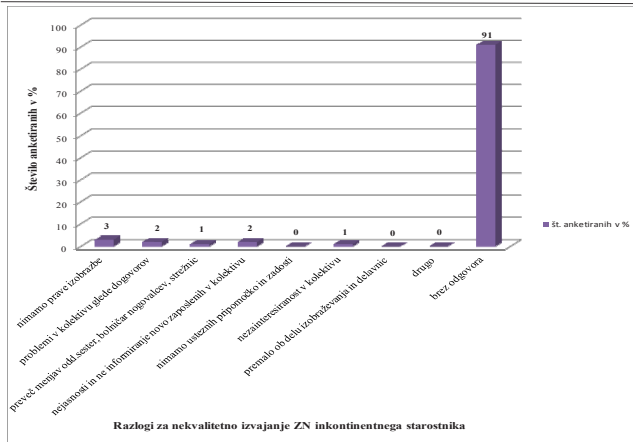
Graf 5. Stanovalece, ki sami skrbijo za svojo osebno higieno, nadzirate pri izvajanju ZN anogenitalnega predela?

Graf 5: Na vprašanje je 89 % odgovorilo, da zaposleni izvajajo nadzor nad stanovalcem, ki so samostojni pri oskrbi.



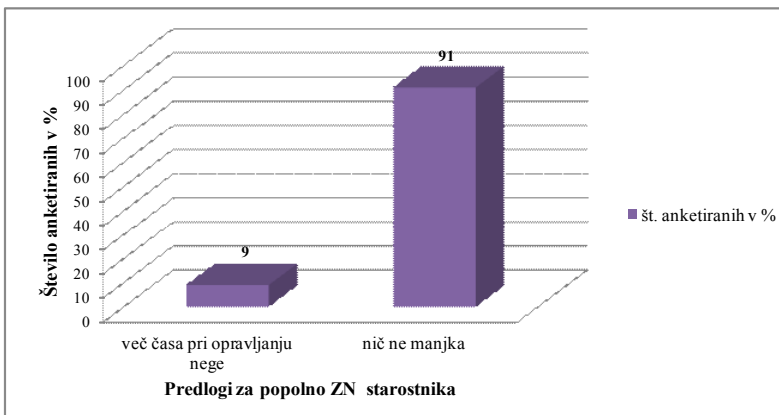
Graf 6. Ali v primeru rdečine v predelu anogenitalnega predela koga obvestite?

Graf 6: Zaposleni v primeru rdečine anogenitalnega predela obvestijo srednjo medicinsko sestro v 92 %, diplomirano medicinsko sestro v 7 % in zdravnika v 1 % primerov.



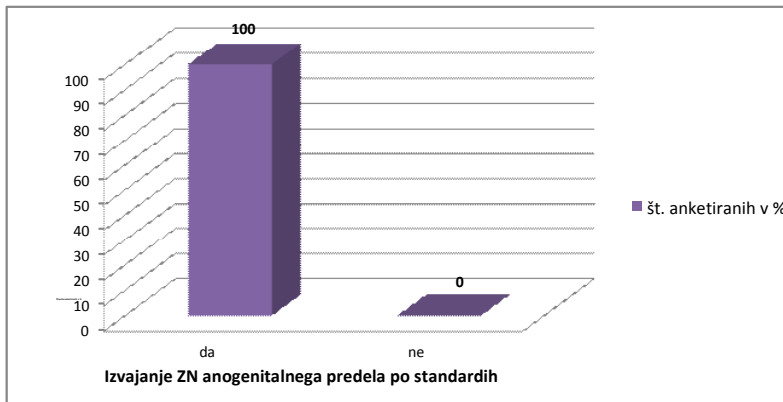
Graf 7. Menite, da vi in ostali člani negovalnega tima kakovostno ZN

Graf 7: V 9 % anketirancev je mnenja, da oddelek, na katerem delajo, ne opravlja kvalitetne zdravstvene nege. Menijo, da ne izvajajo kakovostne ZN zaradi neustrezne izobrazbe, problemov v kolektivu glede dogovorov, nejasnosti in neinformiranja novo zaposlenih, le en anketiranec je odgovoril, da je posledica nekakovostne ZN v nezainteresiranosti kolektiva.



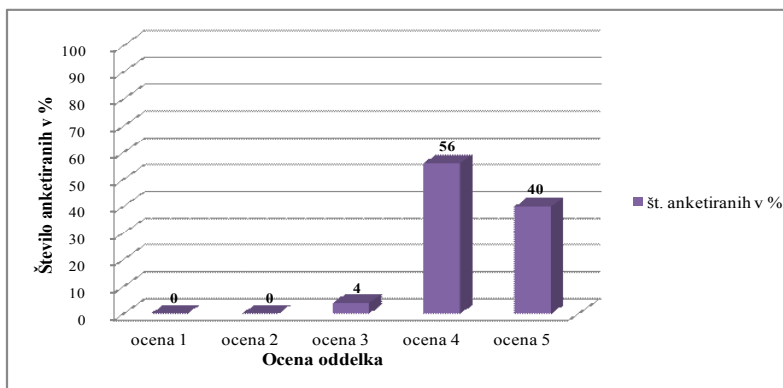
Graf 8. Menite, da kaj manjka, da bi bila ZN za inkontinentnega starostnika popolna

Graf 8: Samo v 9 % so anketiranci mnenja, da bi bilo treba imeti več časa za opravljanje nege, da bi bila zdravstvena nega starostnika popolna. Zanimivo je, da so v 91 % anketiranci zagotavljali, da jim čas, ki ga imajo na razpolago za izvajanje ZN, zadostuje.



Graf. 9 Umivate po standardih, ki so predpisani za ZN anogenitalnega predela?

Graf 9: Vprašani anketiranci so odgovorili, da izvajajo anogenitalno nego po predpisanem standardu.



Graf 10. Kako bi vi ocenili kvaliteto ZN anogenitalnega predela na vašem oddelku?

Graf 10: Več kot polovica vprašanih anketirancev je (56 %) kvaliteto izvajanja ZN ocenila s 4, sledi ocena odlično (5) v (40 %), le v (4 %) so anketiranci ocenili kakovost izvedbe ZN z oceno 3. Ocene 1 ali 2 ni dodelil nihče med vprašanimi anketiranci.

RAZPRAVA

V raziskavi, ki smo jo izvedli v štirih domovih za starejše občane: Domu upokojencev Center, Tabor-Poljane, Ljubljana Vič-Rudnik, Kolezija-Bokalci, je sodelo-

valo 100 oseb zaposlenih na področju zdravstvene nege, med njimi je bila večina anketiranih ženskega spola. Dejstvo je, da gerontološka zdravstvena nega v domovih za starejše občane od leta 1990 pridobiva na kakovosti, vendar ne dovolj, pri čemer je razlog pomanjkanje kadrovskih resursov in nizka stopnja izobrazbe zaposlenih na področju gerontološke zdravstvene nege. V raziskavi Ozaveščenost slovenskih zdravstvenih delavcev o osnovni problematiki urinske inkontinence pod vodstvom Hlebš (2008) je bila ugotovljena nizka ozaveščenost o osnovni problematiki urinske inkontinence med slovenskimi zdravstvenimi delavci različnih profilov.

Raziskava je pokazala, da je največ anketirancev starih med 41 in 50 let. V srednjem življenjskem obdobju je večina ljudi še zdravih, njihovo mišljenje je odprto, vendar pa se niso pripravljene učiti novih stvari. Leta in leta so naučeni enega principa dela, ki se ga oklepajo. V raziskavo so bili vključeni vsi kadri, ki izvajajo zdravstveno nego. Želeli smo vidik celotnega negovalnega tima in drugih zaposlenih (srednja medicinska sestra (39), bolničar-negovalc (34), strežnica (25) in diplomirana medicinska sestra (3).

Zaradi pomembnosti izvajanja zdravstvene nege smo se odločili vprašati zaposlene o načinu sporočanja novih smernic in uvajanju v kakovostno zdravstveno nego z veliko znanja o inkontinenci, posledicah, ukrepanjih in podobno. Večina anketirancev tega ne bi želela imeti (n=62). Kontinuirano izobraževanje pa je pomembno, saj se zahtevnost zdravstvene nege v domovih spreminja iz dneva v dan. Delo s starostniki zahteva od zaposlenih veliko znanja, fleksibilnosti, sposobnosti predvidevanja in hitrega ukrepanja. Le redki so izrazili potrebo po novem znanju in obnavljanju znanja. V domovih za starejše občane uporabljajo različne pripomočke za izvajanje zdravstvene nege, vendar se pripomočkov za enkratno uporabo izogibajo, saj je njihova uporaba predraga. Osnovne pripomočke uporabljajo vsi domovi (frotirne krpice, vedra, vrče, razkužila za roke, lateks rokavice). Večina anketirancev je bila mnenja, da imajo na voljo dovolj materiala za izvajanje anogenitalne nege starostnika z inkontinenco. Presemetljiva je bila ugotovitev, da vsi anketiranci umivajo anogenitalni predel po navodilih stroke. Kljub visokemu odstotku pravega umivanja anogenitalnega predela nekaj anketirancev ne upošteva navodil pri izvajanju nege.

Zaradi nekontroliranega, stalnega odvajanja je koža izpostavljenja okvaram. Ponaumljajoča se umivanja odstranijo lipide s površine kože, kemikalije v urinu in blatu pa zvečajo pH kože, kar povzroči reaktivacijo prebavnih encimov iz blata. S pravilno izbiro in uporabo pripomočkov za umivanje, čiščenje in nego kože bomo le-to ohranjali zdravo.

Ko so anketiranci ocenjevali kakovost dela na posameznih oddelkih, smo dobili dobre ocene, iz katerih je razvidno, da je timsko delo v vseh domovih dobro. Za doseganje cilja, ki si ga je postavil kak tim, morajo biti med seboj ustrezno usklajeni tudi cilji in potrebe članov. Za razvoj vsake ustanove ali tima je nujno stalno spodbujanje motivacije za širjenje znanja, izmenjavo izkušenj in uvajanje novih metod.

Starost prinese biološke, psihološke in socialne spremembe. Pri zdravstveni negi starostnika so vse spremembe pomembne in od zaposlenih v domu starejših občanov se pričakuje, da bodo pozorni na starostnikove občutke, prav tako pa na vse spremembe na njegovi koži. Pomembno je preprečiti slabo anogenitalno nego oziroma omiliti spremembe, ki se pojavijo kot posledice inkontinence.

ZAKLJUČNE UGOTOVITVE

O vlogi zdravstvene nege pri zagotavljanju kakovostne oskrbe starostnika z inkontinenco bi bilo nujno treba še nadalje raziskovati, saj se o inkontinenci urina/blata ne govori veliko, to je dejstvo. Raziskava, v kateri so sodelovali zaposleni v domovih za starejše občane, nam je dala pozitiven odgovor o dobri zdravstveni negi – vsaj kar se tiče uporabe pripomočkov, izvajanja nege, upoštevanja navodil in sodelovanja s starostnikom samim. Ugotovili smo, da v domu starejših občanov dosegajo kakovost pri obravnavi starostnika z inkontinenco. Za izboljšanje kakovosti zdravstvene nege na področju obravnave starostnika z inkontinenco bo potrebno uvesti v domove starejših občanov obvezne oblike internega izobraževanja.

LITERATURA

Leskovic L. Status in vloga zdravstvene nege v socialnih zavodih. V: Leskovic L, Tršek J. Kongres gerontološke zdravstvene nege: Starost - izziv ali problem sodobne družbe: konferenčni zbornik. Portorož, 2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, 2009: 22-27.

Leskovic L. Kakovost oskrbe starostnika z inkontinenco urina in blata. V: Leskovic L, 25. Strokovno srečanje sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih: Paliativna oskrba v socialnem zavodu : oskrba starostnika z inkontinenco: Zbornik predavanj. Rogaška Slatina, 2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, 2009: 69-70.

Majcen Dvorščak S, Ščepanović D. Pacientka z inkontinenco.: Simpozij z mednarodno udeležbo: Stome, rane, inkontinenca - aktivnosti v zdravstveni negi: konferenčni zbornik. Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič, Ankaran 2011 . Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 2011: 34-40.

Verčko Pernat S, Kisner N, Rozman M, Klasinc M. Zaščita kože pri inkontinenci: Zdravstvena nega 1: učbenik za 1. letnik srednjega strokovnega izobraževanja za program tehnik zdravstvene nege pri predmetu zdravstvena nega in prva pomoč. Maribor: Založba Pivec, 2006: 101-101.

Hlebš S. Ozaveščenost slovenskih zdravstvenih delavcev o osnovni problematiki urinske inkontinence. Obzor Zdr N. 2008 ; 42: Suppl 4: 261-272.

Kobal Straus K. Zadovoljstvo zdravstveno negovalnega osebja v zdravstveni negi in oskrbi v domu upokoencev Idrija. Obzor Zdr N 2006; 40(4): 229-230.

Tomc D. Zdravstvena nega kože pri inkontinentnem bolniku. V: Batas R. Obstipacija in fekalana inkontinenca: zbornik predavanj. Kinodvorana Trbovlje, 2006. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 2006:13-13.

Doberšek Mlakar J. Komunikacija s starostniki. V: Združujmo znanje za boljše zdravje pacientov: zbornik predavanj. Celje. Splošna bolnišnica Celje, 2005: 21-21.

Zaletel M. Oblikovanje standardov in kriterijev zdravstvene nege v domovih starejših občanov. V: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih. Zbornik predavanj: Kakovost smo mi. Ljubljana, 2002. Ljubljana: Zbornica - zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije: 28-29.

Mayer –Dedalus J.Timsko delo. V: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih. Zbornik predavanj: Kakovost smo mi. Ljubljana, 2002. Ljubljana: Zbornica - zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije:10-11.

Geč T, Verdev N, Štandeker J. Sodobna gerontološka zdravstvena nega v socialnovarstvenih zavodih: zbornik predavanj z recenzijo. Radenci, 2009. DOSOR - Dom starejših občanov: 52-54.

INKONTINENCA - POGOSTA SPREMLJEVALKA STAREJŠIH

INCONTINENCE - FREQUENTLY ACCOMPANIMENT THE ELDERLY

VALERIJA PALKOVIČ, DIPL. M. S.

Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška ZVC

valerija.palkovic@zd-lj.si

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Namen prispevka je predstaviti potrebo po obravnavi težav z urinsko inkontinenco na primarni ravni za odraslo populacijo. Konservativno zdravljenje je v večini primerov metoda prvega izbora v začetnem zdravljenju oseb z urinsko inkontinenco. Del konzervativnega zdravljenja pri osebah z urinsko inkontinenco je tudi motivacija za redno izvajanje treninga mišic medeničnega dna (v nadaljevanju TMMD).

Osebe s težavami z urinsko inkontinenco morajo biti poučene o naravi svoje bolezni, o količini zaužite tekočine ter o nujnosti rednega izvajanja TMMD. Urinska inkontinenca se pojavlja v različnih starostnih obdobjih in ni vedno spremljevalka starostnika. Je pa večkrat prisotna pri starejši populaciji kot pri mlajši odrasli populaciji.

Metode: Podatki so zbrani z metodo neposrednega zbiranja podatkov s pomočjo vprašalnika, ki se redno izpolnjuje na posvetih v svetovalnici za inkontinenco v ZD Ljubljana - enoti Šiška. Pridobljeni podatki iz leta 2011 potrjujejo dober učinek rednega TMMD po treh mesecih izvajanja.

Rezultati: Ugotavlja se potreba po razširitvi programa posvetovalnice za inkontinenco na primarnem nivoju za odraslo populacijo, ker so bile po rednem TMMD dokazane izboljšave.

Diskusija in zaključki: Po pregledu obstoječih podatkov se opaža, da daje TMMD najboljše rezultate pri stresni inkontinenci. Čeprav je bil vzorec majhen, se lahko tudi na podlagi teh rezultatov ugotovi, da obstaja smiselnost za krepitev obstoja in razširitev take vrste posvetovalnice na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.

ABSTRACT

Theoretical background: The purpose of this contribution is to present the need for treatment of incontinence on the primary level for the adult population. The conservative treatment is in most cases the method of first choice in the initial treatment of persons with urinary incontinence. Part of the conservative treatment of people who have urinary incontinence is also the motivation for a healthy lifestyle and regular implementation of the pelvic floor muscle training and bladder training. Persons with problems of urinary incontinence should be educated about the nature of their illness, about the amount of fluid intake and about the need for regular physical activity, especially for regular implementation of pelvic floor muscles training (hereinafter referred to as PFMT). Urinary incontinence occurs in different periods and ages and is not always the companion of the elderly. It is more present in the elderly population than in the younger adult population.

Methods: Data are collected with the method of collecting informations through a questionnaire, which is regularly filled on consultations in the counseling office for incontinence in the Community Health Centre Ljubljana - unit Šiška. The obtained data in 2011 has confirmed a good effect of regular PFMT after three months of implementation.

Results: It has been noticed the need to extend the counseling program for incontinence on the primary level for the adult population, because the ordinary PFMT has proved improvements.

Discussion and conclusions: After reviewing the existing data, it has been observed that the best results in stress incontinence were given by practicing PFMT. Even the sample was small, on the basis of these results it can be claimed that it is reasonable to strengthen the existence and extend this kind of counseling in primary health care level.

Ključne besede: urinska inkontinenca, konzervativno zdravljenje, trening mišic medeničnega dna, TMMD

Key words: urinary incontinence, conservative treatment, pelvic floor muscle training, PFMT

UVOD

Zaradi visoke prevalence urinske inkontinence (Borko et al., 2006) in zaradi finančne stiske v zdravstvenem sistemu bi moralo biti konservativno zdravljenje urinske inkontinence na primarnem nivoju bolj razširjeno, kot je sicer. Prav tako bi moral biti večji poudarek na preventivi. V razvitem svetu tovrstne težave ne lajšajo le zdravniki urologi in ginekologi, pač pa tudi medicinske sestre in zdravstveni tehniki. S staranjem populacije se težave z urinsko inkontinenco pri prebivalcih številčno povečujejo. Zaradi višjih standardov življenja pa vse več posameznikov išče pomoč v zdravstvenem sistemu. V Zdravstvenem Domu Ljubljana, enoti Šiška, svetovalnica za inkontinenco nudi pomoč osebam s takimi težavami že enajsto leto. Posveti se nudijo enkrat tedensko po predhodnem naročanju. V posvetovalnico prihajajo pacienti napoteni s strani izbranega splošnega zdravnika, s strani ginekologa ali na lastno iniciativo. Za posvetovalnico izvedo iz informacij, ki so na plakatih znotraj ZD Ljubljana ali na internetni strani ZDL oziroma v ambulanti.

Urinska inkontinenca je nehotno uhajanje urina, ki ženski povzroča zdravstvene, higienske in socialne težave (Borko et al., 2006). Pojavlja se v različnih obdobjih življenja. Prisotna je pri ženski in moški populaciji. Najpogosteje se pojavlja pri starejših ženskah, ni pa to redni in spremljajoči pojav staranja. Najpogostejše oblike inkontinence pri ženskah so stresna, urgentna in mešana urinska inkontinenca. Vzrok za inkontinenco je nekompetenten sfinkterski mehanizem sečnice ali prekomerna aktivnost stene mehurja - detruzorja (Lukanović, 2004).

NAMEN RAZISKAVE

Namen prispevka raziskave je predstaviti enega izmed elementov konservativnega zdravljenja urinske inkontinence - trening mišic medeničnega dna - v ZD Ljubljana in s statistično obdelavo obstoječih podatkov za leto 2011 pokazati, da je smiselno in zaželeno motivirati inkontinentnega bolnika za aktivno izvajanje treninga mišic medeničnega dna.

RAZISKOVALNO VPRAŠANJE

Kako vpliva konservativno zdravljenje urinske inkontinence - trening mišic medeničnega dna - na starostnika z urinsko inkontinenco? Prikaz rezultatov tovrstnega zdravljenja.

METODE

Uporabljena je bila metoda neposrednega zbiranja podatkov s pomočjo vprašalnika, ki se ga redno izpolnjuje na posvetih v svetovalnici za inkontinenco v ZD Ljubljana - enota Šiška. Vprašalnik vsebuje večinoma vprašanja odprtega tipa, razen vprašanj vezanih na oceno zdravstvenega stanja po treh mesecih rednega treninga medeničnega dna v primerjavi s prvim obiskom v posvetovalnici.

VRSTE URINSKE INKONTINENCE

Urinsko inkontinenco delimo na ekstrauretralno urinsko inkontinenco in uretralno urinsko inkontinenco.

Med uretralnimi urinskimi inkontinencami so najpogostejše stresne urinske inkontinence. Pri bolnicah opažamo nehotno uhajanje urina pri kašljanju, kihanju ali/in pri fizični aktivnosti. Največkrat gre za uhajanje manjše količine urina, lahko pa je ta tudi bistveno večja (Borko et al., 2006).

Druga najpogostejša oblika uretralne urinske inkontinence je urgentna urinska inkontinenca. Urgentna inkontinenca se nanaša na detruzorsko prekomerno dejavnost mehurja, pri čemer se skoraj ali povsem brez opozorila poveča potreba po uriniranju, ki ga pogosto spremlja uhajanje urina (Borko et al., 2006). Pri mešani urinski inkontinenci so prisotni simptomi značilni za obe zgoraj omenjeni inkontinenci (Lukanović, 2004).

Vzroki stresne inkontinence so v slabosti prečnoprogaste miškulature sečnice, slabši trofiki uretralne sluznice ter v slabosti podpornih tkiv sečnice. Vzrok za urgentno urinsko inkontinenco je v prekomerni aktivnosti stene mehurja, ki ima lahko različne vzroke; od nevrogenih, ko je vzrok obolenje centralnega živčevja, do nenevrogenih, kjer vzroke iščemo v obstrukciji iztoka urina iz mehurja, procesih staranja, motnjah delovanja struktur medeničnega dna in vnetnih spremembah struktur stene mehurja (Lukanović, 2004).

Krepitev mišic medeničnega dna je prva oblika zdravljenja stresne inkontinence. S temi vajami okrepimo podporo mehurja in pritisk ob zaprtju sečnice. Ljudje s prekomerno telesno težo so zaradi povečanega pritiska v trebušni votlini dovzetnejši za stresno inkontinenco. Kajenje, kofein, gazirane pijače in alkohol pospešujejo pogostost uhajanja urina in razdražijo mehur (Šćepanović, 2003).

Skupne značilnosti in težave inkontinentnih pacientov:

- pacient mora vedno premišljevati o tem, kako bo prišel do stranišča, pa naj gre v službo (pogoste so bolniške odsotnosti in predčasne invalidske

upokojitve), trgovino (vedno obiskuje iste trgovine), gledališče ali na obisk (postopoma opusti družabno življenje),

- zaradi neprestanega strahu pred odkritjem problema, pred neprijetnim vonjem in vidno mokroto, se izogiba bližine drugih ljudi in je nesproščen pri komuniciranju,
- težavo skriva pred drugimi, včasih celo pred partnerjem, ki ga tudi intimno zavrača,
- brez razlage se umika v samoto,
- izogiba se telesnim naporom, nošenju težjih bremen in športu,
- izogiba se potovanjem, predvsem prevozu z javnimi sredstvi in
- zbrane ima vse informacije o javnih straniščih v mestu, pogosto jih tudi uporablja, da preveri svoje stanje "za vsak primer" (Klemenc, 1995).

TRENING MIŠIC MEDENIČNEGA DNA

Po priporočilih strokovnjakov naj bi izraz "trening mišic medeničnega dna" danes nadomestil prejšnje izraze, kot so Keglove vaje oziroma vaje po Keglu, medenične vaje, vaje za medenično dno ali vaje za mišice medeničnega dna (Ščepanović, 2003). Ta izraz je najbolj primeren, ker so cilj obravnave mišice medeničnega dna (mišična komponenta medeničnega dna), trening pa pomeni ponavljajoče se vaje v daljšem časovnem obdobju.

Medenično dno je sestavljeno iz več plasti. Te plasti so endopelvična ovojnica, mišica levator ani, perinealna membrana (urogenitalna diafragma) in zunanje genitalne mišice. Cilji treninga mišic medeničnega dna pri urinski inkontinenci so izboljšati mišično jakost in mišično moč (Ščepanović, 2003).

Pred začetkom učenja vaj je potrebno osebi natančno razložiti, kaj mora narediti, saj le tako lahko pričakujemo, da bo oseba izvedla hoteno in maksimalno krčenje mišic medeničnega dna, kar je eden od pogojev za učinkovitost treninga. Trening se izvaja vsak dan redno in večkrat na dan. Pacientki lahko rečemo "stisnite in dvignite navznoter" ali "povlecite trtico naprej proti sramnici" (Ščepanović, 2003).

Hoteno krčenje lahko opišemo kot gibanje navznoter in stisk okrog nožnice in zadnjika (Kegel, 1952).

Trening mišic medeničnega dna mora biti individualno prilagojen za vsakega

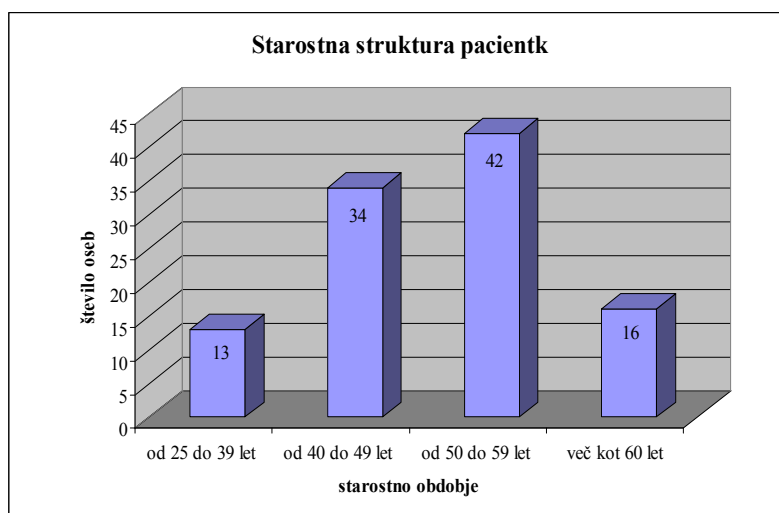
pacienta in mora vključevati vaje tako za počasno kot za hitro krčljive mišične snope. Vaje je potrebno izvajati redno dnevno do utrujenosti in vsaj petnajst do dvajset tednov, da se doseže maksimalni učinek.

POSVET ZA TRENING MEDENIČNEGA DNA

Po kratki anamnezi (osnovni podatki: ime, priimek, rojstni podatki, delo ki ga opravlja, porodi, menstruacije, telesna teža, podatki o drugih boleznih in jemanju zdravil) sledijo vprašanja o stopnji in vrsti inkontinence ter mikcijski koledar. Svetovanje obsega kratek poduk o anatomiji in fiziologiji, spoznavanje mišic medeničnega dna, pravilna izvedba vaj, pravilni režim pitja tekočin in prehrane, regulacija telesne teže, eventuelni trening mehurja in navodila za osebno higieno.

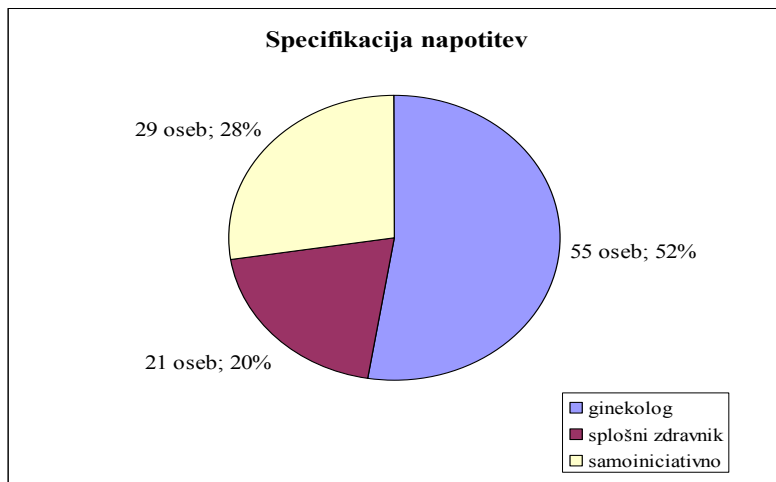
REZULTATI

Leta 2011 je bilo v posvetovalnici za inkontinenco v ZD Šiška 288 obiskov. Prvih obiskov je bilo 105, ostali so obravnavani v tej posvetovalnici kot ponovni obisk. V obravnavi je bila samo ženska populacija. V tem obdobju je bil na obravnavi tudi en moški, ki pa je bil izločen iz statistične obdelave, ker ni zaključil posveta.



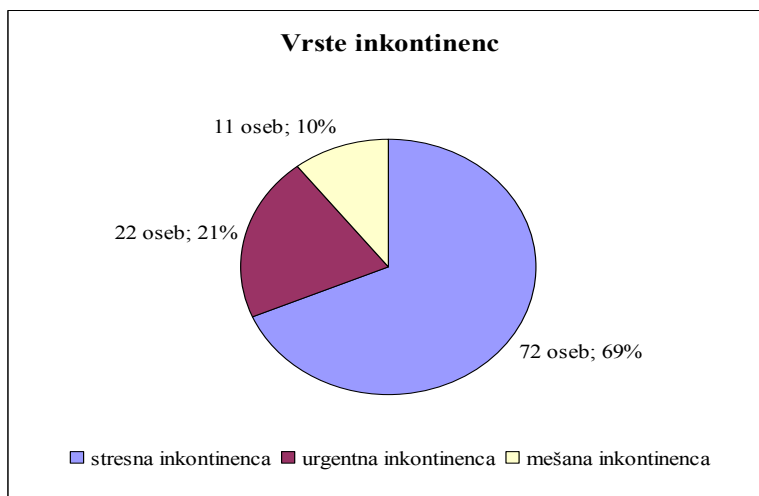
Graf 1: Starostna struktura pacientk

Starostna struktura za leto 2011 je prikazana na grafu 1. V obravnavi so bile vse ženske (več je bilo starejše kot mlajše odrasle populacije). Največ je bilo pacientk v starostnem obdobju od 50 let naprej.



Graf 2: Specifikacija napotitev

Od 105 pacientk, ki so prišle na prvo obravnavo, je bilo največ (55) napotenih h ginekologu. To kaže na dobro sodelovanje med posvetovalnico in ginekološkim dispanzerjem. Na žalost pa ni veliko napotitev iz splošnih ambulant.



Graf 3: Vrste inkontinenc

Gornji graf prikazuje, da je od 105 pacientk imelo pri prvih obiskih po anamnestičnih podatkih in ugotovitvah zdravnika 72 pacientk stresno inkontinenco, 22 pacientk urgentno in 11 pacientk mešano inkontinenco.

Vzorec (105 prvih obiskov) je majhen, vendar pa lahko tudi na podlagi teh rezultatov trdimo, da obstaja smiselnost za krepitev obstoja in razširitev take vrste posvetovalnice na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.

ZAKLJUČEK

Konservativno zdravljenje je metoda prvega izbora za zdravljenje urinske inkontinence. Pri starejši populaciji je zaradi prisotnosti drugih bolezni velikokrat tudi skoraj edina mogoča metoda zdravljenja. S pravilnim in rednim treningom mišic medeničnega dna in s spremembami življenjskega sloga se lahko kakovost življenja oseb s temi težavami izboljša. Prav zato je smiselno promovirati trening mišic medeničnega dna, tako v kurativnem kot v preventivnem smislu. Z izboljšanjem zdravstvenega stanja se krepí dobra samopodoba in se zmanjša ekonomsko breme za posameznika pa tudi za celotno družbo. Povprečna starost se v Sloveniji povečuje. Vse več starostnikov živi aktivno življenje v službi in družbi. Starostniki imajo bolj pogosto težave z inkontinenco, zato jim je treba zagotoviti dobro in pravilno oskrbo tudi na tem področju. Posvetovalnice za inkontinenco so ena od možnosti, ki to lahko zagotovi na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Prav gotovo bi bilo smiselno pripraviti celovit program na nivoju države tako za kurativni kot preventivni del. Preventiva je namreč še vedno veliko bolj smiselna od kurative, predvsem kar se tiče ekonomskega bremena.

LITERATURA

Borko E, Gorišek B, Kralj B, Takač I. Ginekologija. Maribor: Univerza v Mariboru. Visoka šola za zdravstvo Maribor, 2006.

Kegel AH. A Nonsurgical Method of Increasing the Tone of Sphincters and their Supporting Structures. Stress incontinence and genital relaxation, Ciba Clinical Symposium 1952; 2: 35-51.

Klemenc D. Urinska inkontinenca. Obzor Zdr N 1995; 29 (1-2): 27-45.

Lukanović A, Tamusion K. eds. Uroginekology today. Ljubljana: Slovene Urogynecological Society; Wien: Austrian Society for Urogynecology and Pelvic Reconstructive Surgery, 2004.

Ščepanović D. Konzervativna obravnava motenega delovanja medeničnega dna pri odraslih osebah, Rehabilitacija, 2010; 9 (1): 40-47

Ščepanović D. Trening mišic medeničnega dna. Obzor Zdr N 2003; 37(2): 125-31.

VESELJE DO ŽIVLJENJA RUŠI VSE OVIRE IN PREPREKE

JOY FOR LIFE DESTROYES ALL OBSTACLES

ANITA JELAR SLATNAR, DIPL. BABICA, ET

Ginekološka klinika Ljubljana; KOG

anita.slatnar@kclj.si

IZVLEČEK

Vsak človek ima usodo zapisano že ob svojem rojstvu. Stvar vsakega posameznika pa je, ali v to verjame ali ne. Usoda je nekje globoko zapisana in ljudem neznana. Posameznika spremlja na življenjski poti. Naše življenje je polno lepih dogodkov, zaznamujejo pa ga tudi težke preizkušnje. Ob teh se rado sliši: »Tako je namenjeno!« Če je usoda zares zapisala dobro in slabo, temu pa se ne da izogniti, je pa volja do življenja, borba za obstoj in upanje gotovo tisto, na kar ima vsak posameznik popoln vpliv.

Nekaterim je v življenju zares namenjenih veliko težkih preizkušenj, v vsaki od njih pa obstajata dve možnosti. Kaj lahko človek naredi? Prva izbira je, da ne stori ničesar! Da razmišlja o tem, kaj se je pravzaprav zgodilo in nima ne volje ne moči za borbo v obstoječi situaciji. Druga možnost pa je, da se sooči z dano situacijo in s pomočjo bližnjih ugotovi, kateri so tisti majhni koraki, ki jih je potrebno narediti za velik korak na dolgi poti rehabilitacije. Najpomembnejše pa je, da človek ni sam, da ima nekje nekoga, ki mu ponudi ramo za jok in pripravljenost za skupne korake.

ABSTRACT

At birth was written each individual's destiny. It depends on each one, whether they believe it or not. Destiny is written somewhere deep and unknown to people. The nice and bad things happen in life. When bad things happen it is like to hear: »This is written in our destiny!« If fate really writes good and bad and that is unavoidable, but it is certainly will to life, the struggle for existence, hope, matter of individual. To someone really a lot of negative things happen in life. There are always two possibilities of what anyone can do! The first choi-

ce is to do nothing! To think about what really happened and do not have a will to fix the existing situation? Another option is, to deal with this situation with the help of nearby friends, family, which are the small steps that you need to do in a major step on the long road of rehabilitation. Most important is, that no one is alone, that there is always someone, somewhere, who offered his shoulder to cry on and a willingness for joined steps.

Ključne besede: zdravje, usoda, stoma, družina, upanje

Key words: health, destiny, stoma, family, hope

UVOD

Ko si bil otrok, je življenje krmarilo s teboj. Nisi imel vpliva na svojo usodo. Nisi mogel spremeniti ničesar, ker nisi vedel ali pa nisi imel dovolj moči. Zato tudi ni smiselno, da se krivimo za nekaj, na kar nismo mogli vplivati. Kaj pa sedaj? (Zdravje, 2011)

Bolezen zareže v človekov varni vsakdan neustavljivo, silovito. Pogosto nemočni obnemijo, saj se jim porajajo vedno nova in nova vprašanja, na katera skušajo najti odgovore. Hudo osebno stisko, ki jim spodmika tla pod nogami, doživljajo tudi svojci, prijatelji (Informiranje, 2012).

Družina je prostor, kjer se dogajajo najpomembnejše zgodbe življenja. V družini prvič začutimo globino intimnosti, pripadnosti, ljubljenosti, hotenosti, željnosti ali pa odvečnosti, zavrženosti in nepripadnosti. Vrednote in ideali zrcalijo človekovo duhovno razsežnost. V družinskem življenju in ljubezni se posamezne vrednote udejanjijo, tu črpajo svoj smisel (Kersnik, 2004).

Pacienta obravnavamo v mreži odnosov z bližnjimi pa tudi z zdravstvenimi delavci. Vsi so del iste skupnosti. Ljudje so odvisni drug od drugega in večina medčloveških odnosov je v svojem bistvu enakopravnih. Kdor potrebuje skrb, je namreč ranljiv in v neenakopravnem položaju s tistim, ki skrbi zanj (Červ, 2009).

Pri zdravstveno-vzgojnem delu v bolnišnici je potrebno upoštevati, da se pri ljudeh s stomo ne pojavljajo samo težave na telesni ravni, kot so odvajanje blata in urina na trebušni steni, ampak tudi na sprejemanje spremenjene telesne podobe. Zato je pri delu z njimi še posebej pomembna verbalna in neverbalna komunikacija z upoštevanjem njihove čustvene obremenjenosti in spoštovanjem človekovega dostojanstva (Štemberger et al, 2008).

METODE

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Izvedli smo kvalitativno raziskavo, prikaz primera. Namen raziskave je na konkretnem primeru predstaviti, kako volja, želja in motivacija pacienta vplivata na potek zdravljenja in rehabilitacijo po bolezni. Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo intervjuja in vpogleda v dokumentacijo v arhivu Ginekološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKCL). Pacientko smo spremljali od prve hospitalizacije v letu 2009 pa do leta 2012. Podatke objavljamo z dovoljenjem pacientke.

REZULTATI in RAZPRAVA

Naj začnemo poglavje z mislijo avtorice: »Ne zavedamo se, kako zelo so pomembni ljudje okoli nas, naše okolje, družina, ko nas pestijo težave, bolezen, okrnjena samopodoba! Zakaj sem začela tako vneto razmišljati o tem? Zato, ker sem spoznala osebo, pacientko, ki me je navdušila s svojo pozitivno usmerjenostjo, svojo voljo do življenja in nam je vsem pokazala, kaj vse se da prebroditi, če imaš voljo in podporo ljudi ob sebi. Naj bo to primer neverjetne življenjske volje, hotenja biti tu in živeti, imeti se rad ne glede na spremembe, ki so se ti dogodile in ti spremenile podobo telesa! Presenetljivo je to, da je vse to zares izvedljivo brez zatiskanja oči pred realno sliko življenja!«

Prvič se s pacientko srečamo leta 2009. Stara je bila 50 let. Prišla je na operativno zdravljenje zaradi tumorja v mali medenici. Sama izrazitih težav ni imela. Vse skupaj se je začelo s težavami pri uriniranju, zaradi česar je obiskala svojega zdravnika. Z ultrazvokom je ugotovil formacijo in jo poslal na nadaljnjo diagnostiko. S citološko punkcijo je bil odkrit slabo diferenciran karcinom. Tako je bila na Ginekološki kliniki UKCL izvedena obsežna operacija (radikalna histerektomija po Werheim Meigsu z obojestransko adnexectomijo, nizko sprednjo resekcijo rektuma z anastomozo in razbremenilno ileostomo ter pelvična limfadenektomija). Med pacientkino rehabilitacijo po operaciji na oddelku so se pojavili visoki vnetni parametri, kar je privedlo do ponovne operacije zaradi vnetja pritoneja. Poleg vseh drenov, ki jih je imela, ji je bila narejena tudi nefrostoma desno.

Po skoraj mesecu zdravljenja je bila odpuščena domov z začasno ileostomo, urinskim katetrom, ki naj bi ga odstranila čez 14 dni, ter nefrostomo. Pacientko je čakalo tudi zdravljenje na onkološkem inštitutu, in sicer kemoterapija in po zaprtju stome še radioterapija.

Diagnoza ob odpustu je bila: adenokarcinom regio paravaginalis et pararektalis; fistula uretherovaginalis desno. S pacientko smo se po operativnem posegu, ko

je že malce okrevala, nenehno srečevali zaradi nege in oskrbe stome. Stoma! Beseda, ki vsakomur vzbudi strah, strah pred neznanim. Že sama beseda preži v zraku kot jastreb! Počutila se je ukleščeno za določen čas, dokler ni spremembe - kljub vsemu - vsaj malo sprejela. Spoznala je, da stoma ni nujno konec nečesa, ampak je lahko začetek nečesa novega. Ob izvedbi intervjuja, ob bolj sproščenem pogovoru, je povedala: » ... veliko informacij je šlo mimo moje »glave«, ker sem bila sigurna, da bo to zares samo začasna stoma in da stvar ni bila dokončna.« Najbolj pomembno je bilo to, da je ves čas svojega zdravljenja imela ogromno podporo svojih bližnjih. Bili so pripravljene sodelovati v procesu zdravljenja, rehabilitacije, sama pacientka je ves čas vedela, da ni sama v tej svoji bolečini. S strani zdravstvenega osebja je imela zagotovljeno profesionalno oskrbo doma in v bolnišnici, vendar je njej veliko pomenilo, da so tudi svojci vključeni v zdravstveno nego. Za pacienta pomenijo svojci prvo izbiro, ko potrebuje pomoč. Zavzet poslušalec, empatija, občutek, da si ljubljen in da zate skrbijo, so temelji čustvene podpore. Raziskave kažejo, da ima čustvena podpora močan vpliv na izid zdravja (Kersnik, 2004).

Glede na to, da je pacientka imela ileostomo, so bile težave pri negi in oskrbi stome prisotne že v bolnišnici. Imela pa jih je tudi doma. Predvsem težave zaradi vnete kože, ki jih je v določenih obdobjih lahko reševala le s tem da sploh ni imela nameščene vrečke na stomi, ampak samo zložence. Povedala je: »Zelo težko mi je bilo, ko nisem mogla iz hiše, na obisk ali kam drugam, ker sem ves svoj čas posvečala negi stome.« Razloga, da je to zmogla, sta dva: močna volja in motivacija. »Stoma je začasna, treba je le prebroditi čas do zaprtja stome.« Pacientka je zgradila trden steber - povezala je svojo družino in lastno močno voljo.

Čez mesec dni se je pacientka vrnila v bolnišnico zaradi uroinfekta, ki je bil uspešno zdravljen z antibiotično terapijo. Vstavljen je bil splint, nefrostoma je bila odstranjena. Še isti mesec se je zaradi bolečin desno ledveno ponovno vrnila k nam, žal je bilo treba ponovno izpeljati nefrostomo.

Marca 2010 je bila ponovno sprejeta v bolnišnico zaradi subileusa in urethrovaginalne fistule desno. V času pred ponovno hospitalizacijo je opravila zdravljenje s kemoterapijo in radioterapijo. Zaradi zapletov po radioterapiji, ki so se odražali predvsem na tankem črevesju, je bil večji del le-tega odstranjen, zaprli so ileostomo in izpeljali stalno bipolarno sigmostomo. Pacientka je bila tokrat v bolnišnici skoraj dva meseca. Ob dolgih hospitalizacijah se pri pacientih pogosto pojavijo psihološke spremembe. Največji izziv za bolnika z rakom je vzdrževanje pozitivnega čustvenega stanja. Psihološko stanje vpliva na imunski sistem in s tem na napredovanje bolezni. Pojavnost depresije med bolniki z rakom je dvakrat večja kot v splošni populaciji (Gorenc, 2007). Pacientka je bila

zares neverjetna! Imela je svoje težke trenutke, ni se skrivala za »masko«, rada se je pogovorila o svojih težavah, kakšne skrbi ima glede svojega zdravstvenega stanja, omogočeni so ji bili večkratni pogovori z zdravnikom operaterjem in medicinskimi sestrami. Kljub vsemu pa ji je bil svetovan pogovor s kliničnim psihologom na Onkološkem inštitutu Ljubljana, kamor je bila premeščena. V svoje življenje je morala vnesti veliko sprememb. Spremenila je prehrabne navade; v svoje življenje je vnesla paranteralno prehransko podporo zaradi sindroma kratkega črevesja.

Obdobje zdravljenja je bilo za pacientko zelo težko. Doživela je ogromno raznovrstnih sprememb, kakršnih si nikoli v življenju niti predstavljala ni - pravzaprav si jih nihče izmed nas ne. Koliko pa lahko človek sploh še prenese, pa če ima še tako neizmerno voljo, do vsega kar ga obdaja? Na opisano pacientko so se večkrat spomnili vsi na oddelku - kako ji gre, kako se počuti, kako ji deluje stoma, kako nefrostoma? Pacientka sama se je občasno oglasila in povedala, kako ji gre. Redno smo jo spremljali vsakih šest mesecev, ko je prihajala na menjavo nefrostome.

Septembra 2010 je bila sprejeta na oddelek zaradi bolečin desno ledveno, izvidi so ponovno pokazali na uroinfekt, prejemale je antibiotično terapijo. Zamenjana ji je bila tudi nefrostoma. Imela je stalni urinski kateter, iz katerega niso bile izolirale bakterije in sigmostomo, ki je dobro delovala.

Decembra 2010 je bila ponovno hospitalizirana zaradi odstranitve urinskega katetra in vstavitve cistostome suprapubično. Gospa je v času, ko je bila doma, opazila, da ji sicer nefrostoma desno dobro deluje, da pa ji poleg katetra nenehno uhaja voda, zato je ves čas uporabljala predloge za inkontinenco. Ugotovljena je bila vesicovaginalna fistula, ki je nastala kot posledica obsevanja.

Marca 2011 je bila zamenjana nefrostoma, junija 2011 pa ponovno vstavljena cistostoma suprapubično, ker ji je prejšnji kateter izpadel. Tudi v predelu suprapubičnega katetra je bila nega in oskrba zahtevna, ker je gospo predel že precej bolel, vneta je bilo koža okrog vbodnega mesta. Večkrat je bilo potrebno prebrizgati kateter, ker se je mašil zaradi goste vsebine.

Oktobra 2011 je cistostomski kateter zopet izpadel in ponovna vstavitev ni bila več mogoča. Bila je zopet sprejeta na oddelek, kjer so bile opravljene preiskave. Po pregledu rezultatov preiskav so se zdravniki odločili, da bo potrebna ureterokutana stoma obojestransko, zato se je urolog z gospo temeljito pogovoril. Hkrati pa je bil potreben pogovor z enterostomalnim terapevtom, da ji razloži, kaj to zanjo pomeni. Urolog je povedal, da ne bo napravil obe stomi hkrati, ampak bo prva samo na levi strani. S pacientko je bilo izvedeno učenje z de-

monstracijo, kako zgleda še ena vrečka na njenem trebuhu. Bila je odpuščena v domačo oskrbo z nalogo, da premisli o ponovni operaciji. Pacientka nas je presenetila z odločitvijo, da privoli v ponovni poseg. Odločitvi so botrovali dolgi pogovori z operaterjem, enterostomalnim terapevtom in njenimi domačimi.

In januarja 2012 je prišla na oddelek z izvedeno ustrezno predpripravo na poseg, s katerim je dobila dodatno stomo, ki ji je omogočila kvalitetno življenje, ker kot je sama povedala:

»... življenje, ki ga trenutno imam, je nekvalitetno. In to ne zaradi spremenjene telesne podobe, ampak zaradi nenehnega nekontroliranega iztekanja urina.« Velik dogodek v njenem življenju - ta zadnja odločitev! Skoraj nemogoče je verjeti, kako se lahko človek sprijazni z vsemi zanj nujno potrebnimi spremembami v življenju. Ob vseh nevšečnostih je bilo pozitivno odkritje, da je pacientka med obema hospitalizacijama pridobila več kot 10 kg. Zdravnik operater se je odločil, da posega ne izvede.

Mnenje raziskovalke: »In kakšna se je meni zdela, ko sem jo zadnjič videla? Z nekaj dodatnimi kilogrami prav lepa, kljub nefrostomi, sigmostomi, veliki plenici in dnevnomu parenteralnemu prehranjevanju. Njena lepota je izžarevala od znotraj navzven in vse okoli nje je bilo lepo, vse česar se je lotila, naredila, njene besede ob pogovoru so bile mehke, nežne, njena volja polna zagona, sprijaznjena z življenjem kot ga ima ... srce pa ... veliko in čuteče za vse njene bližnje in za vse nas, s katerimi se je srečala.«

ZAKLJUČEK

Kaj lahko rečem za konec? Kakšne so moje ugotovitve? Prepričana sem, da je socialno okolje, v katerem se pacient nahaja, izredno pomembno, le-to mu lahko olajša vrnitev v normalno življenje oziroma vključitev v okolje. Predvsem pa je pomembno vključevati v proces zdravljenja tudi najbližje, kajti oni so tista prva izbira pomoči, po kateri pacient seže.

Najpomembneje pa je, da pacient sam sprejme spremembe, ki jih prinese bolezen, jo vtisne vase in si oblikuje cilje. Imeti mora kratkoročne cilje, ker drugače ni zagona za življenje oziroma upanja, ki ga vodi.

Naj bo ta kratka zgodba upanje za vse nas, priložnost da se zamislimo nad svojimi željami, hotenji, razočaranji. Živimo vsak dan posebej in s tem gradimo steber, na katerega se bomo lahko oprli, ko nam bo hudo! Najti ključ do uspešnega duševnega zdravja, najti ključ, kako premagati žalost, ki razjeda dušo, ki počasi dela oklep okrog človeškega telesa in ga z neizmerno močjo duši. Je res vse odvisno samo od posameznika? Kako razmišlja človek, ki se sooča z boleznijo

raka - z boleznijo, katere imena nekateri niti izgovoriti ne morejo? Drugi pa z njo živijo!

Nastala je zgodba upanja, žalosti in hkrati optimizma za vse ljudi, ki se soočajo s podobnimi težavami. Pa ni namenjena samo njim, namenjena je tudi vsem zdravstvenim delavcem, da vidijo resnično stran življenja.

LITERATURA

Zdravje, prehrana, odnosi, vzgoja, duhovnost. 2011. Dostopno na: www.zdravje-plus.com. <8. 2. 2012>

Informiranje, svetovanje ter psihosocialna podpora mladostnikom in odraslim, ki se soočajo z boleznijo ali izgubo bližnjega. Dostopno na: http://center34.si/o_zavodu_center_34/ <30.1.2012>

Arhiv ginekološke klinike – pacientkina dokumentacija iz let 2009, 2010, 2011 in 2012.

Kersnik J. Družinska medicina na stičišču kultur. V: Kersnik J. Družinska medicina na stičišču kultur. 21. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2004; iii – iv.

Gorenc M. Psihosocialne potrebe bolnikov in bolnic z rakom ter njihovih svojcev. Magistrska naloga. Ljubljana; 2007.

Červ B. Etični vidiki paliativne oskrbe. V: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S. Simpozij o nekonvencionalnih pristopih v paliativni oskrbi pacienta s stomo. Zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 2009: 56-65

Štemberger Kolnik T, Kvas A, Škrabl N, Bavčar K, Klemenc D, Majcen Dvoršak S, et al. Nacionalna raziskava: kakovost življenja ljudi s stomo v Sloveniji. V: Skela Savič B, Kaučič BM, Ramšak Pajk J. Teorija, raziskovanje in praksa - trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega : zbornik predavanj z recenzijo: 1.mednarodna znanstvena konferenca, September 25-26, 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 2008: 80-89.

ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA Z URINSKIM KATETROMIN CISTOSTOMO

NURSHING CARE OF PATIENTS WITH URINARY CATHETER AND CISTOSTOMA

VESNA VRBANEC, DIPL. M. S.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, kirurška klinika

Klinični oddelek za urologijo

IZVLEČEK

Pri zdravljenju bolezni sečil ali drugih zapletenih bolezenskih stanjih se pacienti nemalokrat soočajo z različnimi urinskimi drenažami. Namen teh drenaž je, da vzpostavljajo nemoteno izločanje urina in tako zagotavljajo uspeh zdravljenja. Zdravstvena nega pacientov z urinskimi drenažami je ključnega pomena, predvsem pri preprečevanju nastanka zapletov pri zdravljenju in zagotavljanju kakovostnega načina življenja v primerih, kadar so te drenaže vstavljene doživetljsko. Pri pacientih z urološkim obolenjem se medicinske sestre najpogosteje srečujejo z akutno zaporo urina. V primeru zapore urina se zdravnik odloči za vstavev urinskega katetra ali pa cistostome, ko kateterizacija ni možna. Pri obstrukciji zgornjih sečil zdravnik vstavlja nefrostomski kateter, ki omogoča razbremenitev ledvic. Urinske drenaže so lahkočasne ali trajne. Večkrat lahko pride do zapletov v smislu poškodb drenažnih cev, najpogosteje pa tudi do okužb sečil.

S postopki zdravstvene nege morajo medicinske sestre in zdravstveni tehniki zagotavljati preprečevanje nastanka okužb sečil in drugih zapletov. Pomembno vlogo pri tem ima zdravstvena vzgoja pacientov in njihovih svojcev.

ABSTRACT

Patients are often confronted with different types of urinary drainages when being treated for urinal diseases. The purpose of these drainages is to establi-

sh unobstructed urine excretion and to ensure a successful treatment. Health treatment of patients with urological drainages is essential, especially for preventing complications with treatment and ensuring the patient's quality of life in cases when drainages are inserted for life. Most urological patients are suffering from acute urine blockage. In these cases, a urinary catheter is inserted, or a cystostoma if catheterization is not possible. A nephrostomy catheter, which enables the discharge of kidneys, is inserted for blockages in the upper urinary tract. Urinary drainages are temporary or permanent. Some patients face the fact that they will have them for a few months or for a lifetime. Complications such as damaged drainage tubes often occur, but infections of the urinary system are the most common.

Ključne besede: preprečevanje okužb sečil, urinske drenaže, medicinska sestra

Key words: prevention of infections of the urinary system, urinary drainages, nurse

UVOD

Pod pojmom drenaže podrazumevamo vstavljanje cevke v telesne organe ali tkiva (Kmetec, 2008). Drenaže urološkega sistema so kateterizacija sečnega mehurja in pa vstavljanje cistostome s suprapubično punkcijo v pacientov polni mehur. Včasih je potrebno skozi kožo v ledvenem predelu telesa vstaviti nefrostomski kateter v votli sistem ledvice. Namen drenaže je vzpostavljanje nemotenega pretoka urina mimo začasne ali trajne ovire, nastale zaradi napredovale bolezni sečil. Okužbe sečil so posledica medsebojnega delovanja gostitelja in povzročitelja in neštetokrat vodijo v zapletena bolezenska stanja s številnimi komplikacijami in dolgotrajnim zdravljenjem. Kontinuirana zdravstvena nega omogoča pacientom kakovosten način življenja, hkrati pa preprečuje nastanek številnih komplikacij (Vrbanec, 2008a).

Okužbe sečil

Vsem poznan rek je, da brez vode ni življenja. Ravno tako pa vsi vemo, a molčimo o tem, da življenja brez bakterij tudi ni. Življenje je možno le v povezavi in ravnovesju z bakterijami, ki so nam hkrati koristne in nam obenem predstavljajo tudi smrtno grožnjo.

Bakterijske okužbe sečil sodijo med najpogostejše bolnišnično pridobljene okužbe (40 %), še posebej pogoste pa so pri pacientih z urinskim katetrom (več kot 80 %). Pogostost okužbe je odvisna od starosti in spola. Pri ženskah je prevalenca bolnišničnih okužb sečil največja v starostni skupini nad 65 let in najmanjša do enega leta starosti. Pri moških je najmanjša prevalenca bolnišničnih

okužb sečil v starosti od enega leta do 35 let, največja pa po 65. letu starosti. Pogosteje zbolevalo ženske in otroci (Oblak, 2001).

Vir okužbe je praviloma telo pacienta. Najpogostejši povzročitelji se nahajajo v predelu presredka, zunanjih spolovil in dimeljskih predelov, pri ženskah pa v nožnici. Uropoetski trakt je sterilan, z izjemo distalne tretjine sečnice pri ženskah. Vstopno mesto povzročiteljev okužb je običajno sečnica. Redkeje se okužba širi po krvi, še redkeje po mezgovnicah, najmanj pogosto pa z neposrednim širjenjem iz okolišnjih tkiv in organov. Najpogostejša pot okužbe je iz sečnice v mehu in navzgor do zgornjih sečil.

Kdaj lahko govorimo o okužbi sečil?

V praksi velikokrat opažamo tipične klinične znake okužbe, ki so pogosto nezanesljivi, saj lahko mnoga druga bolezenska stanja posnemajo pravo bakterijsko okužbo predvsem na spodnjih sečilih. Zanesljivi dokaz okužbe je izolacija povzročiteljev v urinu. Pri bolniku brez stalnega urinskega katetra je diagnostično pomembno število bakterij v urinu. To je več kot 100 tisoč kolonij mikroorganizmov/mililiter urina. Pri pacientu z urinskim katetrom pa je klinično pomembno že manjše število, kot je 1000 kolonij mikroorganizmov/mililiter urina (Muzlovič, Kremžar, 1999). Za dokazovanje povzročitelja je potreben odvzem čistega urina po metodi srednjega curka oziroma aseptičen odvzem urina pri kateterizaciji.

Pacienti z urinskim katetrom so še posebno izpostavljeni nevarnosti okužbe sečil, kajti kateter je tujek, ki okvari normalni obrambni mehanizem sluznice. Urinski kateter kemično in mehansko draži sluznico sečnice, povzroča vnetje in tako omogoča bakterijam ugodno okolje za rast in razmnoževanje v oblogah, v svetlini katetra in na njegovi zunanji površini.

Možni načini okužbe so pri uvajanju katetra, pri higienskem vzdrževanju katetra in širjenju bakterij iz periuretralnega področja po zunanji površini katetra.

Možna vstopna mesta za okužbo so (Vrbanec, 2008):

- vhod v sečnico in okolico katetra,
- stičišče med katetrom in nastavkom urinske vrečke,
- odvzemno mesto vzorcev urina,
- stiček za praznjenje vrečke ter,
- zatekanje urina iz vrečke proti sečnici v primeru, da vrečka nima nepovratne zaklopke.

Indikacije za urinski kateter

Kateterizacija je aseptična vstavitve urinskega katetra preko sečnice v sečni mehur.

Glede na namen in trajanje kateterizacije lahko indikacije za kateterizacijo razdelimo v naslednje skupine (Sterle, Cotič, Sedlar, 2006):

diagnostične:

- za pridobitev vzorca urina,
- polnitev mehurja pred ultrazvočno preiskavo,
- merjenje diureze pri kritično bolnih,
- rentgenske preiskave.

kratkotrajne terapevtske:

- akutna retenca urina,
- instilacija zdravil,
- peroperativna kateterizacija,
- za izboljšanje obravnave bolnikov s preležaninami.

dolgotrajne terapevtske:

- nepopravljiva obstrukcija izhoda iz mehurja,
- nevrogeni mehur (če ni možna intermitentna čista samokateterizacija),
- paliativna nega hudo bolnih ali bolnikov v terminalnem stadiju,
- inkontinenca urina (če ni druge rešitve).

Izbira katetra je odvisna od indikacije za kateterizacijo in koliko časa bo kateter vstavljen. Za enkratno kateterizacijo je predviden PVC-kateter; pri pacientih z nekajdnevno kateterizacijo je predviden kateter iz silikoniziranega lateksa; za daljše časovno obdobje pa se priporoča silikonski kateter ali bio kateter (hidrogel). Kateter se zamenja glede na medicinsko indikacijo ali glede na priporočila proizvajalca. Pri uvajanju urinskega katetra je potrebno upoštevati aseptično tehniko kateterizacije. Urinski kateter in zbiralna urinska vrečka predstavljata

zaprt drenažni sistem, ki se ga vzdržuje tako, da se uporablja vrečke z izpustom in nepovratno valvulo, katera onemogoča zatekanje seča nazaj v mehur. Sistema običajno ne dekonektiramo, razen izjemoma če je potrebno prebrizgavanje katetra. Ob poškodbi vrečke se vrečko zamenja. Zbiralna urinska vrečka mora imeti mesto za sterilen odvzem urina. Pri nameščanju vrečke je potrebno preprečiti prepogibanje odtočne cevi in s tem onemogočeno odtekanja urina. Vedno mora biti pod ravnjo mehurja. Potrebno je opazovati količino in barvo urina, kajti pomanjkljive diureze so lahko posledica oviranega pretoka urina skozi kateter. Na zunanji površini katetra, posebej na predelu, kjer kateter vstopa v sečnico, se lahko nabirajo izločki kot so kri, sluz, urin ter gnoj. S tem je ustvarjeno gojišče za razvoj mikroorganizmov, stičišče katetra in sečnice pa vstopno mesto za prehod bakterij v notranjost organizma. Obložene katetre se umiva, če so neprehodni, se jih prebrizga, po potrebi zamenja.

Ukrepi preprečevanja okužb sečil pri pacientih z urinskim katetrom

Za preprečevanje nastanka okužbe preko urinskega katetra je potrebno upoštevati naslednje kriterije (Sterle, Cotič, Sedlar, 2006):

- za kateterizacijo se odločimo, kadar je to res potrebno,
- pravilna izbira materiala,
- kateterizacijo izvaja za to usposobljeno osebje, po načelu asepse in
- uporabe sterilnih pripomočkov,
- redno izobraževanje zdravstvenih kadrov v postopkih dela,
- razkuževanje rok pri rokovanju z urinskim katetrom ter,
- dobra anogenitalna in osebna nega bolnika.

Zdravstvena nega pacienta z urinskim katetrom

Pri pacientu z urinskim katetrom je potrebno opazovati barvo in količino izločenega urina. Če zdravstveno stanje pacienta zahteva, da bi ohranil zadovoljivo izločanje urina, mu svetujemo, da popije 2-3 litre tekočine dnevno. Vrečko izpraznimo pri napolnjenosti največ 2/3, po potrebi pa tudi zamenjamo (odvisno od primesi; gnoj, kri). Zelo pomembna je higiena rok tako zdravstvenega osebja kot pacienta. Poudarek je na dobri anogenitalni negi. Priporoča se umivanje spolovila vsaj trikrat dnevno oz. po vsakem odvajanju blata. Uporabljajo naj se blaga mila, nikakor ne razkužila; najboljše pa je tuširanje. Pri krvavem izcedeku iz sečnice pri pacientih z urološkim obolenjem po operativnem posegu skozi

sečnico - transuretralni resekciji (TUR) - kateter zaščitimo s sterilnim vatirancem ovitim okrog katetra na izstopišču iz sečnice, tega je potrebno zamenjati trikrat na dan ali večkrat (po potrebi) (Vrbanec, 2008b).

Stalni urinski kateter ne sme biti pacientu ovira pri gibanju, izvajanju osebne higiene, prehranjevanu, spanju in počitku, zato ga je potrebno naučiti ravnanja s katetrom in pripadajočo urinsko vrečko ali kateterskim zamaškom, če ta ni kontraindiciran.

Zdravstvena nega pacienta s cistostomo

Cistostoma (CS) je suprapubično (preko kože v sečnik) vstavljena cevka pri pacientih, ki so izgubili možnost odvajanja urina in jim stalnega katetra ni bilo mogoče vstaviti. Vstavlja se začasno ali stalno, odvisno od indikacij. CS je lahko priključena na zbiralno vrečko ali zamašena z zamaškom in se odpira na 3-4 ure, odvisno od napolnjenosti sečnika. Medicinske sestre morajo biti pozorne na količino izločenega urina. Če se količina izločenega urina zmanjša, to pomeni, da je lahko CS neprehodna ali poškodovana. Pacient mora uživati dnevno 2-3 litre tekočine.

Vstopno mesto cistostome je treba oskrbovati po protokolu oskrbe kirurške rane. Koža okrog cistostome se ne sme razkuževati, biti mora suha in nepoškodovana. Cistostoma je na kožo pritrjena s šivom, v mehurju pa je lahko napihnjjen balonček za fiksacijo (odvisno od vrste CS). Kljub temu je treba paziti, da se cistostoma ne izvleče, zato mora biti dobro pritrjena z trakom za fiksacijo. Izpadlo ali poškodovano cistostomo zamenja zdravnik. Če se pojavijo znaki vnetja, je potrebno le-to ustrezno zdraviti. Zamašeno cistostomo se izpira z 10-20 ml sterilne fiziološke raztopine (Vrbanec, 2008a).

ZAKLJUČEK

Pri pacientih, ki imajo vstavljeno kakršno koli urinsko drenažo, je pomembno:

- preprečiti nastanek okužbe,
- zagotoviti nemoteno izločanje urina in
- preprečiti izpad drenažne cevi.

Cilji zdravstvene nege so:

- zdravstveno-vzgojno delovanje – osveščen bolnik in njegovi svojci,
- zagotoviti bolniku pomoč na domu – obisk patronažne službe,

- zagotavljanje varnosti bolnika ter
- dobro psihično in fizično počutje bolnika (Hoyer, 2005).
- Medicinske sestre moramo imeti dovolj teoretičnega znanja, praktičnih izkušenj in sposobnost prepoznavanja zapletov. Medicinske sestre vzbujajo pacientu zaupanje, mu pomagajo v stiski, svetujejo, pojasnjujejo, ga učijo in mu vlivajo pogum. Vloga medicinske sestre je kompleksna in vsestranska. Medicinska sestra se v zdravstveni negi urološkega pacienta pojavlja kot izvajalka zdravstvene nege, učiteljica, svetovalka, zagovornica in oseba, ki pacientu in njegovim svojcem nudi podporo, oporo in pomoč.

LITERATURA

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

Kmetec A. Indikacije za vstavev urinskih drenaž - perkutane nefrostome in cistostome. V: Kmetec A. (ur). Zbornik povzetkov: Urološki simpozij - starostnik z urološkimi težavami, Ljubljana, Slovenija, 7. oktober 2006. Ljubljana: Lek; 2006: 78-81.

Muzlovič I. Pristop k bolniku s sepso in Kremžar B. Šola intenzivne medicine. Ljubljana: SZIM; 1999: 89-100.

Sterle I, Cotič D, Sedlar A. Starostnik s katetrom, inkontinenco, retenco urina. V: Kmetec A. (ur). Zbornik povzetkov: Starostnik z urološkimi težavami. Ljubljana: Klinični oddelek za urologijo, Klinični center Ljubljana, Združenje urologov Slovenije, Društvo za zdrava sečila; 2006; 48-52.

Oblak C. Epidemiologija in etiopatogeneza bakterijskih okužb sečil. V: Oblak C. (ur.). Simpozij okužbe sečil. Ljubljana, 17. november 2001 Ljubljana: Združenje urologov Slovenije, Univerzitetni klinični center Ljubljana. Klinični oddelek za urologijo, Kirurška klinika, 2001; 7-11.

Vrbanec V. Preprečevanje bolnišničnih okužb pri bolnikih z urinskim katetrom, cistostomo, nefrostomo. Interklinični seminar higienikov. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana. 2008.a

Vrbanec V. Zdravstvena nega bolnika z urinskim katetrom. Interklinični seminar higienikov. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana. 2008.b

MEDICINSKA SESTRA IN PACIENT S ČISTO INTERMITENTNO SAMOKATETERIZACIJO

NURSE AND PATIENT WITH CLEAN INTERMITTENT SELF-CATHETERIZATION

MATEJA ZAJC ČIŽMAN, DIPL. MED. SES.

UKC Ljubljana, Klinični oddelek za urologijo

mateja.kc@gmail.com

IZVLEČEK

Bolezen prinese pacientu marsikatero spremembo v življenju, to je lahko spremenjen način življenja, spremenjena samopodoba, soočanje z bolečino in še kaj. Tudi čista intermitentna samokateterizacija je postopek, ki ga mora pacient sprejeti, osvojiti in izvajati zaradi svoje bolezni. V članku so predstavljeni vzroki, zaradi katerih je potrebno izvajati čisto intermitentno samokateterizacijo, učenje in posebnosti čiste intermitentne samokateterizacije pri ženski ter morebitne komplikacije. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri učenju in motivaciji pacienta za ta postopek ter nudenju podpore in pomoči.

ABSTRACT

Patient's illness brings many changes in his life, whether this is a changed way of life, changed self-esteem, cope with pain and more. Even clean intermittent self-catheterisation is the procedure, which the patient must accept, learn and implement, all because of his illness. This article presents reasons why the clean intermittent self-catheterisation is necessary to carry out, learning and specialities of the clean intermittent self-catheterisation by women and possible complications. The nurse has an important role in learning and motivation of the patient for this procedure, providing support and assistance.

Ključne besede: čista intermitentna samokateterizacija, medicinska sestra, pacient

Key words: clean intermittent self-catheterization, nurse, patient

UVOD

Kateterizacija je postopek, pri katerem se v sečni mehur (običajno skozi sečnico) vstavi urinski kateter z namenom praznjenja sečnega mehurja, zbiranja urina za preiskave ali instilacije zdravila v sečni mehur. Urinski kateter je po naročilu zdravnika lahko vstavljen v sečni mehur za daljši čas.

Pri intermitentni kateterizaciji je urinski kateter vstavljen v sečni mehur le, dokler se sečni mehur izprazni, zatem se urinski kateter odstrani (Geng, 2006).

Glede na trajanje delimo intermitentno kateterizacijo na enkratno ali kratkotrajno, ki je indicirana za kratko časovno obdobje ali za čas preiskav, ter na dolživljenjsko, kadar gre za paciente s kroničnim zastajanjem urina v sečnem mehurju oziroma nepopolnim izpraznjevanjem sečnega mehurja.

V bolnišničnem okolju se intermitentna kateterizacija uporablja pri preiskavah in posegih, s katerimi ugotovljamo vzroke bolezni oziroma postavljamo diagnozo; z njo pridobimo vzorce urina za preiskavo, beležimo količino izločenega urina, v določenih primerih pa je izbrana kot zdravljenje (razširitev sečnega mehurja ali distenzija).

Čista intermitentna samokateterizacija je indicirana pri pacientih kot zdravljenje motenj mokrenja pri poškodbah ali nevroloških obolenjih, zdravljenje ne-nevrogenega sečnega mehurja ali pa zapore sečnega mehurja s popolnim ali delnim neizpraznjevanjem le-tega. Z vidika zdravstvene nege je pri odločitvi za ta postopek, ki ga bo izvajal pacient sam ali njegovi svojci, pomembna pacientova samostojna izbira, privolitev, informiranje in podpora (Geng, 2006).

Motnje mokrenja opisujemo kot:

- nevrogeni in
- ne-nevrogeni sečni mehur.

Nevrogeni sečni mehur je posledica poškodbe hrbtenjače s prekinjeno »komunikacijo« med sečnim mehurjem in centrom za mokrenje v možganih. Pacienti s to okvaro sečnega mehurja imajo lahko kombinacijo težav mokrenja, in sicer urgentne inkontinence urina in zastojnega urina (detrusor sphincter dyssynergia) ali delni do popolni zastoj urina (retentio urinae) pri zmanjšani krčljivosti mišice detrusorja, ki ga imenujemo atonični sečni mehur. Intenzivnost težav je odvisna od mesta poškodbe hrbtenjače. Ostala nevrološka stanja, ki povzročajo nevrogene motnje praznjenja sečnega mehurja, so:

- bolezni hrbtenjače,
- multipla skleroza,
- myelomeningocele,
- spina bifida,
- tumorji hrbtenice,
- avtonomna dysreflexia in
- diabetes mellitus (nepopolno izpraznjevanje sečnega mehurja je posledica nevropatije) (Geng, 2006).

V današnjem času je za vse omenjene vzroke nevrogenega sečnega mehurja čista intermitentna samokateterizacija v veliki večini primerov najboljša rešitev za odpravljanje težav mokrenja (Geng, 2006).

Ne-nevrogeni sečni mehur, ki zahteva čisto intermitentno kateterizacijo, se kaže kot:

- zastajanje urina v sečnem mehurju ali nepopolno izpraznjevanje sečnega mehurja iz neznanega vzroka,
- motnja v odtoku urina iz sečnega mehurja ali infravezikalna obstrukcija (vzrok je lahko povečana prostata, in sicer pred operacijo ali v primeru, ko je operacija za pacienta preveč tvegana),
- zožitev sečnice (kadar je potrebna občasna razširitev ali dilatacija sečnice z ustreznimi katetri),
- okužba sečil z zastajanjem urina v sečnem mehurju,
- urinska inkontinenca z zastajanjem urina v sečnem mehurju kot overflow inkontinenca,
- urinska inkontinenca, ki je pridružena ostalim obolenjem in zdravljenju pacienta,
- postoperativno zastajanje urina v sečnem mehurju,
- porodno zastajanje urina v sečnem mehurju,
- pridobivanje urina za diagnostične preiskave ter

- instilacija zdravila v sečni mehur in izpiranje sečnega mehurja (Geng, 2006).

Čista intermitentna samokateterizacija je postopek občasnega praznjenja sečnega mehurja, ki ga indicira zdravnik. Pacient praviloma izvaja postopek sam, redkeje to opravljajo svojci. Pacient se postopka priuči v procesu učenja čiste intermitentne samokateterizacije.

Medicinska sestra je usposobljena in kompetentna za priučitev čiste intermitentne samokateterizacije pri ženski pacientki, pri moškem pacientu sodeluje s teoretičnim znanjem in podporo. V nadaljevanju procesa učenja in izvajanja čiste intermitentne samokateterizacije ima medicinska sestra kompetence, da izvaja nadzor nad postopkom tako pri ženski kot pri moškem pacientu (Železnik et al, 2008).

S svojim profesionalnim znanjem moramo biti vedno pripravljeni na možne komplikacije. Sama kateterizacija pri moškem pacientu je lahko zahtevnejša kot pri ženski pacientki zaradi oblike in dolžine sečne cevi. Pri ženski pacientki je včasih težavnejša določitev samega mesta izvodila ali ustja sečnice, ker sta si sečnica in nožnica tako ena ob drugi; pri otrocih pa so posebnosti v zahtevnosti postopka zaradi majhne velikosti njihovih organov.

Izvajanje učenja postopka čiste intermitentne samokateterizacije:

Bistveni pomen pri rokovanju in negi katetra je preprečevanje nastanka infektov urotrakta. Zdravstveni delavci to dosežemo v veliki meri s pravilno higieno rok in nošenjem rokavic pred in po vsakršnem rokovanju s katetrom. Profesionalna zdravstvena nega nosi osrednjo vlogo pri učenju pacientov in razširjanju znanja o dobri higieni rok v praksi (Geng, 2006).

Pred samim postopkom čiste intermitentne samokateterizacije ima pomembno vlogo priprava pacienta. Naloga medicinske sestre je, da pridobi pacientovo privoljenje, v nekaterih praksah zdravstvene nege poznajo to tudi v pisni obliki. Čista intermitentna samokateterizacija je namreč invaziven postopek, ki pri pacientu lahko povzroči zadrego, psihično in fizično nelagodje ter vpliva na pacientovo samopodobo. Poleg privoljenja je pomembno tudi posredovanje informacij o samem postopku, razlogih zanj ter možnih komplikacijah. Ključnega pomena pa sta tudi podpora in učenje samega postopka (Geng, 2006).

Pri učenju čiste intermitentne samokateterizacije v bolnišnici se poslužujemo standardnega seta za kateterizacijo. Ker seti običajno ne vsebujejo vsega v enem, si pripravimo še ostale pripomočke, ki jih potrebujemo:

- podlogo za zaščito mizice,
- 1 sterilni pean,
- 1 par sterilnih rokavic,
- sterilno posodo s sterilno dezinfekcijsko raztopino za čiščenje s 3-5 sterilnimi tamponi,
- 1 sterilno kompresno,
- 1 sterilni zloženec,
- urinski kateter za enkratno uporabo,
- sterilni gel (lubrikant) ali sterilno vodo za aktivacijo hidrofilne prevleke,
- solucijo za dezinfekcijo meatusa,
- sterilno ledvičko za urin ali urinsko vrečko.

Postopek učenja čiste intermitentne samokateterizacije pri ženski pacientki izvajamo v zdravstveni ustanovi po aseptični tehniki. Pacientka kasneje izven zdravstvene ustanove izvaja čisto intermitentno samokateterizacijo po čisti tehniki, pri rokovanju s samim urinskim katetrom pa pacientko naučimo aseptične tehnike, kar pomeni, da se tistega dela katetra, ki vstopa v sečni mehur, ne dotikamo in s tem zmanjšamo možnost kontaminacije katetra (Geng, 2006).

Katetri za enkratno uporabo, ki jih uporabljamo za čisto intermitentno samokateterizacijo so izdelani iz različnih materialov. Glede na svojo sestavo poznamo PVC (plastic, polyvinyl chloride), PVC brez klorida (prijaznejši okolju in sečnici) in silikonske, ki so biološko najbolj kompatibilni sečnici. Katetri za enkratno uporabo se razlikujejo tudi po tem, ali so prevlečeni s hidrofilno prevleko, ki omogoča lažje drsenje katetra skozi sečnico in zmanjšuje trenje.

Evropsko združenje uroloških medicinskih sester je kot pomoč zdravstvenemu osebju v klinični praksi predstavilo postopek kateterizacije pri ženski, ki pa mora upoštevati obstoječa pravila in protokole v posameznih lokalnih zdravstvenih ustanovah (Geng, 2006). Predstavljamo ga v Preglednici 1.

Preglednica 1: Postopek kateterizacije pri ženski

IZVEDBA	
Preverimo indikacije in kontraindikacije za intermitentno kateterizacijo.	Biti moramo prepričani, da pacientka sama ne zmore popolnoma izprazniti sečnega mehurja in je bila dana indikacija za kateterizacijo.
Pripravimo material za kateterizacijo.	
Med samim postopkom pacientki obrazložimo ves postopek.	Da pacientka razume postopek.
Postopek kateterizacije izvajamo v pacientovi postelji ali v primernem prostoru zdravstvene ustanove, kjer pacientki lahko z uporabo zavese ohranjamo dostojanstvo in zasebnost.	Pacientki zagotovimo zasebnost.
Pacientko namestimo v primeren položaj. Za izpraznitev sečnega mehurja je najboljši ležeč položaj, kadar je ta možen.	Zagotovimo, da se sečni mehur popolnoma izprazni.
Očistimo in pripravimo si mizico ter namestimo ves material na spodnjo polico.	Zagotoviti si moramo čisto zgornjo površino mizice.
Umijemo si roke in jih razkužimo z razkužilom.	Preprečimo kontaminacijo in možnost okužbe sečil.
Odpremo set za kateterizacijo po aseptičnih načelih.	Zagotovimo aseptično tehniko kateterizacije.
Naslednji koraki se razlikujejo glede na to, ali imamo na voljo kateter s hidrofilno prevleko ali brez nje.	
<p>Pri katetru s hidrofilno prevleko, ki zahteva vlaženje, kateter sterilno odpremo, ga napolnimo s sterilno vodo (upoštevamo navodila proizvajalca) in odložimo kateter na mizico poleg pacienta ter počakamo priporočen čas.</p> <p>Pri katetrih, ki so prevlečeni s hidrofilno prevleko, ki je že aktivirana, ta čas ni potreben, temveč ga le položimo v bližino pacienta na mizico.</p>	Priporočen čas za aktivacijo hidrofilne prevleke je potrebno zagotoviti zato, da med kateterizacijo ne pride do poškodb sečnice.

Če uporabimo kateter, ki nima hidrofilne prevleke, kateter sterilno odpremo, položimo na sterilno kompresno, prav tako si sterilno pripravimo tudi sterilni gel (lubrikant).	
Sterilne tampone položimo v sterilno posodo s sterilno dezinfekcijsko raztopino.	
Oblečemo si sterilne rokavice.	Zmanjšamo možnost infekta.
Če imamo na voljo urinski kateter brez hidrofilne prevleke, nanesimo sterilni gel na kateter in sicer 3-4 cm od konice proti sredini katetra.	
Sterilno kompresno položimo pod pacientovo zadnjico. Če je potrebno, prosimo za pomoč sodelavca.	Zagotovimo, da urin ne bo iztekal v posteljo pacienta.
Če bomo uporabili sterilno urinsko vrečko, jo priključimo na urinski kateter.	
Sterilno posodo s sterilnimi tamponi, namočenimi v sterilni dezinfekcijski raztopini, položimo na sterilno kompresno.	
Z eno roko razmaknemo male sramne ustnice.	Prikažemo si vhod v sečnico.
Ob menstruaciji uporabimo tampon ali zloženeček, ki ga namestimo v nožnico in tako preprečimo kontaminacijo katetra. S peanom primemo 1 – 2 namočena sterilna tampona, ju odcedimo ob steno sterilne posodice in z enkratnim potegom obrišemo navzdol najprej desno sramno ustnico. Postopek ponovimo za levo sramno ustnico.	Zmanjšamo število bakterijske flore ob vhodu v sečnico.
Sramne ustnice zadržimo razprte za približno trideset sekund.	Zagotovimo potreben čas dezinfekcije.

<p>Kadar uporabljamo sterilni gel, ki je tudi anestetik, naneseemo malo sterilnega gela na ustje sečnice, ker je to občutljivejši del sečnice.</p> <p>Upoštevati moramo navodila proizvajalca za gel z anestetičnim delovanjem in počakati določen čas, da dosežemo največji učinek.</p>	<p>Primeren gel (lubrikant) zmanjša trenje med urinskim katetrom in sečnico in pomaga preprečevati poškodbe sečnice.</p> <p>Uporaba gela z anestetičnim delovanjem zmanjša pri pacientih morebitne slabe izkušnje pri kateterizaciji in pripomore k uspešnosti izvajanja le - te.</p>
<p>Kateter primemo s sterilno rokavico in ga vstavimo v ustje sečnice in nato skozi sečnico naprej, dokler ne začne iztekati urin (približno 3-5 cm), zatem ga vstavimo še 1-2 cm v globino.</p> <p>Kateter ne vstavljamo na silo, če so prisotne težave pri uvajanju.</p>	<p>Preprečimo poškodbe sečnice.</p>
<p>Prepričamo se, da je urinska vrečka ali sterilna ledvička nameščena nižje od sečnega mehurja.</p>	<p>Omogočimo, da urin lahko izteka.</p>
<p>Če kateter ni pravilno vstavljen (npr. v nožnico), ga odstranimo in postopek ponovimo z novim katetrom.</p>	
<p>Ko urin preneha iztekati, kateter počasi, centimeter za centimetrom, izvlečemo in ga pri tem rahlo upognemo, da ne povzročimo podtlaka.</p> <p>Če med izvlekom katetra prične urin ponovno iztekati, prenehamo z izvlekom ter počakamo, da urin preneha iztekati in nato nadaljujemo s postopkom.</p>	<p>Dosežemo, da je sečni mehur popolnoma prazen.</p>
<p>Kateter stisnemo s prsti in ga zavržemo, prav tako odstranimo tudi tampon iz vagine.</p>	
<p>Očistimo ustje sečnice in sramne ustnice s preostalimi tamponi, namočenimi v sterilni dezinfekcijski raztopini.</p>	<p>Preprečimo draženje kože.</p>

Zavijemo in pospravimo kateter ter ostali material v primerno embalažo za odpadke, ki jo odstranimo, preden odmaknemo mizico.	Preprečimo kontaminacijo in poskrbimo za pravilno odlaganje odpadkov.
Zabeležimo podatke v veljavno dokumentacijo. Ta vsebuje: razlog kateterizacije količino urina količino zastojnega urina datum in čas kateterizacije tip katetra, dolžino in velikost morebitne težave med postopkom kateterizacije pacientkine izkušnje in probleme, če so prisotni	Zagotovimo podatke za morebitno primerjavo in vrednotenje.

Preglednica 2: Vodenje dokumentacije

Pri učenju čiste intermitentne samokateterizacije pri ženski se največkrat poslužujemo sedečega položaja s pokrčenimi koleno, v katerem pacientka lažje osvoji sam postopek. Kadar ta ni možen, je ta položaj lahko na boku s pokrčenimi koleno. Pomagamo si tudi z ogledalom, v katerem pacientka spremlja ves postopek.

Frekvenco kateterizacije določi zdravnik in je različna od pacienta do pacienta. Odvisna je od vrste motenj mokrenja ter od količine zaužite tekočine in zdravil, ki jih pacient prejema. Običajno je potrebno čisto intermitentno kateterizacijo izvajati 4 - 6 krat dnevno, ob tem pa naj količina urina ob enkratni kateterizaciji ne presega 500 ml (Geng, 2006).

Komplikacije ob čisti intermitentni kateterizaciji so lahko:

- okužba sečnega mehurja,
- vnetje sečnice,
- nastanek kamnov v sečilih,
- zožitev sečnice,
- hidronefroza in epididimitis (Kočevar, 2006).

Pacientom, pri katerih je potrebna čista intermitentna samokateterizacija, je bila na 33. seji Upravnega odbora ZZSZ z dne, 23. 12. 2011, omogočena pravica, da se urinski kateter s hidrofilno prevleko ali iz silikona doda na seznam medicinsko tehničnih pripomočkov, ki se zavarovanim osebam zagotavljajo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Uvrstitev omenjenega urinskega katetra na seznam medicinsko-tehničnih pripomočkov je bil predlog zdravstvenih ustanov prav tako pa tudi Zveze paraplegikov Slovenije, ki je izvedla obsežno testiranje med pacienti, ki morajo izvajati čisto intermitentno samokateterizacijo. Analiza uporabe navadnih PVC katetrov in hidrofilnih katetrov med pacienti je pokazala velike prednosti hidrofilnih katetrov, zlasti dolgoročno zmanjšanje števila zapletov na sečilih, kot so okužbe sečil in pojav zožitve sečnice (Društvo, 2012).

ZAKLJUČEK

Zavedamo se, da so med pacienti velike razlike v reakcijah, zato z njimi ravnamo z občutkom in jih obravnavamo individualno. Skušamo jim olajšati težave in pomagati pri razrešitvi njihovih problemov ter upamo, da smo pri tem uspešni (Kočevar, 2006).

Razviti je treba odnos, v katerem bolniki zaznavajo zdravstvene delavce kot prijazne, sposobne, zanesljive in skrbne osebe, ki spoštujejo njihovo individualnost (Škrabl, 2006).

LITERATURA IN VIRI

Geng V et al. Urethral Catheterization. Section 2. Male, Female and Paeditric Intermittent Catheterization (Section 2). European Association of Urology Nurses; 2006.

Društvo paraplegikov Slovenije. http://www.zveza-paraplegikov.si/index.php?vie=cnt&str=100_slo&id=2012011211575312&lng=slo z <03. 02. 2012>.

Kočevar L, Lovšin M. Čista intermitentna samokateterizacija. V: Kmetec A. (ur.). Starostnik z urološkimi težavami. Ljubljana: Lek, 2006: 93 -7.

Železnik D, Filej B, Brložnik M, Buček Hajdarević I, Dolinšek M, Istenič B, et al. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2008.

Škrabl N. Celostni pristop do bolnika. V: Filej B, Kvas A, Kersnič P. (ur.). Zbornik predavanj in posterjev 5. kongresa zdravstvene in babiške nege »Skrb za člove-

ka«. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005: 65-72.

ZAGOTAVLJANJE KONTINUIRANE ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTA S TRAJNIM URINSKIM KATETROM

ASSURING CONTINUING HEALTH CARE FOR THE PATIENT WITH INDWELLING URETHRAL CATHETER

MAJDA TOPLER, DIPL. M. S.

SAŠO ŠUMER, DIPL. ZN.

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Oddelek za urologijo

majda.topler@sb-sg.si, saso.sumer@sb-sg.si

IZVLEČEK

Izhodišča: Ena od osnov v delovanju uropoetskega sistema je normalno odtekanje urina iz telesa. Pri pacientih z zaporo sečevoda ali sečnice in posledično motnjo odtekanja urina zaradi različnih bolezenskih znakov je pogosto prva rešitev vstavitve ene izmed urinskih drenaž (odvisno od mesta zapore in patologije). Trajni urinski kateter (TUK) je pogosta rešitev za izpeljavo seča. Pacienti s TUK-om so velikokrat v domači oskrbi in tam čakajo na operacijo ali pa je tovrstna urinska drenaža stalna, doživiljenjska. Izvajalci zdravstvene nege, ki sodelujejo pri oskrbi takšnih pacientov, so jim dolžni zagotoviti kontinuirano zdravstveno nego. Pacienti morajo dobiti pri vstavitvi TUK-a natančna ustna in pisna navodila glede nege in rokovanja z medicinskimi pripomočki, ki so potrebni za nemoteno delovanje. V obravnavo je treba vključiti patronažno medicinsko sestro, da bi zagotovili kontinuirano zdravstveno nego.

Namen: Na osnovi študije se je ugotavljalo, ali so pacienti, ki imajo TUK in so v domači oskrbi, dobili dovolj informacij, ali so jih razumeli in ali so dobili dovolj pripomočkov ter upoštevali navodila pri negi in rokovanju z njimi. Raziskovalo se je tudi, ali imajo zagotovljeno kontinuirano zdravstveno nego.

Metode: Raziskava je bila izvedena z anketnim vprašalnikom odprto-zaprtega

tipa, ki je vseboval 25 vprašanj. Vzorec raziskave je zajemal paciente s trajnim urinskim katetrom, ki so prišli na redne menjave katetrov v urološko ambulan-
to.

Rezultati in diskusija: S pomočjo manjše raziskave in iz izkušenj vsakodnevne
prakse se je ugotovilo, da so pacienti ob vstavitvi TUK-a seznanjeni z nego in
uporabo pripomočkov, vendar kljub temu v praksi ne sledijo standardom oskr-
be urinskega katetra. Kontinuirana zdravstvena nega ni bila zagotovljena. Iz-
postavila se je potreba po pisnem posredovanju navodil pacientom s TUK-om
in zagotavljanju kontinuirane zdravstvene nege v smislu obiskov patronažne
medicinske sestre.

ABSTRACT

Starting points: One of the basic principles in proper functioning of the uro-
poetic system is to normally eliminate urine out of the body. For the patients
with urethral obstruction and thus consequently interruption in eliminating of
urine due to various symptoms the first solution is often insertion of one of the
urethral drainage systems, depending on the place of obstruction and patho-
logy. Indwelling urethral catheter is frequently used as a means to drain the
urine out of the body. Patients with indwelling catheter are often in home care,
waiting either to be operated or this drainage is permanent, lifelong. Health
care providers who take part in the care of these patients are obliged to ensu-
re continuing health care. When the catheter is inserted, the patients should
receive accurate oral and written instructions on care and handling of medical
devices needed for proper functioning. Public health nurse must take part in
the treatment. Thus we would assure continuing health care.

Aim: Through the research we wanted to determine whether the patients with
indwelling urethral catheters and in home care had received enough informa-
tion and understood them, as well as if they followed the instructions on care
and handling of the medical devices and whether they received enough medi-
cal supplies for proper care. We also wanted to find out whether the patients
have ensured continuing health care.

Methods: The research was carried out with the help of a questionnaire with
25 open and closed questions. Research sample included patients with indwel-
ling urethral catheter who came to the urology ambulatory care to have their
catheter regularly changed.

Results and discussion: With the help of a minor research and experience from
everyday work it was found out that the patients are informed about the care

and usage of the medical devices, however, they do not meet the standards of the proper catheter care when at home.

Continuing health care is thus not guaranteed and care itself is often improper. The need for written instructions for patients with indwelling catheter is set out as well as the need to assure continuing health care through the visits of public health nurses.

Ključne besede: kateterizacija, trajni urinski kateter, urinska vrečka, kontinuirana zdravstvena nega

Key words: catheterization, indwelling urethral catheter, urinary drainage bag, continuing health care

UVOD

Pri pacientih z zaporo sečevoda ali sečnice in posledično motnjo odtekanja urina iz ledvice v mehur ali iz mehurja zaradi različnih bolezenskih znakov je pogosto prva rešitev vstavitve ene izmed urinskih drenaž (odvisno od mesta zapore in patologije). Ta je lahko začasna ali stalna – doživljenjska. Bolezenske spremembe na uropoetskem sistemu pogosto povzročajo motnje pri normalnem izločanju urina. Ne glede na dejstvo, ali je prišlo do bolezenskih motenj na uropoetskem sistemu zaradi posledic poškodb ali patoanatomskih sprememb bolezni (prirojene napake, vnetja, maligna obolenja ipd.), je pacient deležen posebnega zdravljenja. Velikokrat spremlja te bolezni zastoj urina, ki vodi do hidronefroze, ta pogojuje razvoj infekta in povzroča druge uničujoče spremembe na uropoetskem sistemu. Lahko pride tudi do odpovedi ledvic. Ena od osnov v urologiji je omogočiti normalni odtok urina iz telesa. Nemalokrat je potreben kirurški poseg za vstavitve ene izmed urinskih drenaž, odvisno od patologije. Drenaže so lahko začasne ali doživljenjske. Dokončno zdravljenje je odvisno od vzroka, ki povzroča zaporo. Za pravilno delovanje in preprečevanje zapletov, ki se pojavljajo pri pacientih z urinskimi drenažami, je na prvem mestu temeljita in kontinuirana zdravstvena nega. Z doslednim izpolnjevanjem navodil in postopkov, ki so določeni v standardih zdravstvene nege, lahko preprečimo mnoge zaplete (Topler, 2009).

Trajni urinski kateter (TUK)

TUK je najpogostejša oblika zunanje izpeljave seča. Tega se vstavi z aseptično metodo v sečni mehur za odvod urina pri zastoj, za odvzem vzorcev ali za aplikacijo intravezikalne terapije. Kateterizacija je lahko enkratna, intermitentna ali pa se kateter vstavi za daljše obdobje, nemalokrat tudi za stalno. Glede na namen in medicinsko indikacijo se izbere ustrezen kateter. Katetri so votle cevi

iz gume, plastike ali iz raznih izpopolnjenih umetnih materialov, so različnih oblik in vrst, kar omogoča najprimernejšo izbiro glede na pacientove potrebe. Skrbna ocenitev najprimernejšega materiala, velikosti in prostornine balona bo zagotovila, da bo izbrani kateter čim bolj učinkovit in ne bo povzročal posebnih težav. V praksi se kot trajni urinski kateter največkrat uporablja prav balonski kateter po Foleyu. Ta ima na koncu katetra balon, ki napolnjen z destilirano vodo zadrži kateter v mehurju, da ne izpade. Kateterizacija je sterilen poseg, pri katerem je treba upoštevati vse postopke sterilnosti. Izvajalci zdravstvene nege morajo pacientu priskrbeti ustrezna pisna in ustna navodila glede nege in uporabe pripomočkov. Ko kateter ni več potreben, ga je treba čim prej odstraniti. Kadar je TUK vstavljen kot neizogibna rešitev medicinskega problema, je treba zagotoviti kakovostno, strokovno, kontinuirano zdravstveno nego ter individualno pristopati k težavam. Pacienti morajo biti oskrbljeni z naslednjimi medicinskimi pripomočki: sterilnimi urinskimi vrečkami, zamaški za kateter ter robčki za dezinfekcijo.

Vrste katetrov glede na dolžino vstavitve:

- PVC nelaton kateter za enkratno kateterizacijo,
- lateks (7–10 dni),
- silikoniziran lateks (7–14 dni),
- 100 % silikon (6–8 tednov),
- lateks, znotraj in zunaj prevlečen s silikon-elastomerom (do 12 tednov),
- bio/lateks, prevlečen s hidrogelom – biokateter (2–3 mesece),
- velikost katetra - premer (Charriere – ok. Ch), 1 Ch = 1/3 mm,
- 14–18 Ch za moške,
- 12 Ch za ženske,
- 6–10 Ch za otroke, uporabimo čim krajši kateter, ki še omogoča dobro

drenažo.

Pravilna uporaba urinske vrečke:

- urinska vrečka in cevka morata biti vedno pod nivojem mehurja

- potrebno je vzdrževanje zaprtega drenažnega sistema – uporabljajo se vrečke z izpustom in nepovratno valvulo ter odvzemnim mestom vzorca urina (Vrbanec, Horvat, 2009)
- drenažni sistem mora biti neprekinjeno spojen s katetrom, vsaka prekinitev pomeni možnost infekcije
- uporabljajo se samo sterilne urinske vrečke,
- cev vrečke mora biti iz takšnega materiala, da se ne more prepogibati,
- vrečka ne sme biti nikoli polna, največ do 2/3 volumna,
- vrečka naj bo primerne velikosti do dveh litrov volumna (Wilson 1997) in zaobljene oblike,
- običajno se vrečka zamenja enkrat na teden oziroma po navodilu proizvajalca.

Praznjenje urinske vrečke:

- uporabljajo se zaščitne nesterilne rokavice,
- za vsakega pacienta se uporabi čist vrč ali vrč za enkratno uporabo,
- izpustni ventil se vedno obriše s 70 % etilnim alkoholom pred praznjenjem in po njem,
- morebitno razlitje urina se mora takoj očistiti,
- sistem urinske drenaže mora biti zaprt (Stanbury et al., 2010).

Menjava urinske vrečke je potrebna:

- če je ta umazana in polna usedline,
- če je poškodovana,
- ko se vstavi nov kateter,
- če se spira mehur,
- kadar je napolnjena do 2/3 volumna.

Nega pacienta s trajnim urinskim katetrom:

- uro-genitalno področje se temeljito umije z vodo in blagim milom vsaj dvakrat na dan,
- po vsaki defekaciji s potegom od spredaj nazaj,
- posebno skrb je treba posvetiti vhodnim mestom katetra v uretro (Stanbury et al., 2010),
- priporočljivo je redno tuširanje, pri čemer se urinska vrečka ne odklaplja.

Pacientom se svetuje, da uživajo veliko tekočine, hrana pa naj bo bogata z vlakninami v izogib obstrukcije.

Če ni medicinske kontraindikacije, si lahko pacienti s TUK-om čez dan zamašijo kateter z zamaškom, čez noč pa ga priklopijo na nočno urinsko vrečko.

Uporaba zamaška za kateter:

- zagotavlja, da sečni mehur ohranja svojo funkcijo (Addison 1999a, 2001), se širi in polni z urinom ter ohranja nepoškodovano steno mehurja; s tem tudi ohranja občutek uriniranja
- odpira se ga na 2–3 ure,
- zamašek za kateter se mora zamenjati na 5–7 dni (Sutcliffe, Coote, 2010),
- uporablja se ga le v domačem okolju,
- ohranja kapaciteto mehurja,
- pri rokovanju s katetrom in zamaškom je treba še posebej paziti na aseptično ravnanje, le tako se lahko preprečijo okužbe,
- ko se kateter odklopi, se mora stik urinske vrečke s katetrom sterilno zaščititi.

Pri pacientih s TUK-om je pogosta okužba z vsaj eno vrsto mikroorganizma, večina teh pacientov pa je v 95 % okuženih z dvema ali več mikroorganizmi. Okužba lahko nastane ob vstavitvi TUK-a skozi svetlino katetra in vzdolž zunanje površine katetra, če se ne upoštevajo strokovni standardi omenjenih postopkov.

Pacienti, ki imajo vstavljen TUK deset ali več let, so v rizični skupini, saj dolgotrajna prisotnost katetra predstavlja tveganje za pojav malignoma na mehurju.

Te paciente je treba rutinsko pregledati in tako izključiti maligno obolenje sečnega mehurja (Tenke at al., 2008).

CILJI RAZISKAVE

S pomočjo raziskave smo želeli ugotoviti težave pacientov s TUK-om, ki so v domači oskrbi in na osnovi analize rezultatov ter standardov izdelati natančna navodila glede nege pacientov s TUK-om in pravilne uporabe pripomočkov, ki so potrebni za nemoteno in varno delovanje urinske drenaže.

HIPOTEZE

- Pacienti so poučeni o pravilni negi TUK-a in uporabi pripomočkov.
- Oskrba pacientov s TUK-om je v domači oskrbi še velikokrat nestrokovna.
- Kontinuirana nega ni zagotovljena.
- Pacienti dobijo dovolj pripomočkov za oskrbo, vendar še vedno ne znajo z njimi pravilno rokovati.

METODE

Raziskava temelji na anonimnem anketnem vprašalniku odprto-zaprtega tipa, ki vsebuje 25 vprašanj. Vzorec raziskave je zajemal paciente s trajnim urinskim katetrom, ki so prišli na redne menjave katetrov v urološko ambulanto ene od slovenskih splošnih bolnišnic v januarju in februarju 2012. Zajeli smo 20 anketirancev; 14 jih je v domači oskrbi, 6 pa v socialno-varstveni domski oskrbi. Anketo smo izvedli v obliki intervjuja. Anketiranje je bilo prostovoljno, zagotovljena je bila anonimnost. Podatki so bili statistično obdelani s programom Excel. Uporabljena je bila deskriptivna metoda raziskovanja.

Anketiranje je odobrila etična komisija v bolnišnici in Kolegij zdravstvene in babiške nege ter oskrbe.

REZULTATI

Vsi anketiranci so bili moškega spola, njihova povprečna starost je bila 74,5 let (standardna deviacija $SD=10,5$). Urinski kateter imajo povprečno vstavljen 4,1 leta ($SD=4,6$). Devetdeset odstotkov anketiranih uporablja trajni urinski kateter iz lateksa, ki je prevlečen s silikon-elastomerom, en pacient ima silikonski kateter, eden pa biokateter, ki je prevlečen s hidrogelom. Znaki uroinfekta so bili prisotni pri 50 % anketirancev. Petinosemdeset odstotkov anketirancev je menilo, da so ob vstavitvi urinskega katetra prejeli dovolj natančna navodila

o negi pacienta s TUK-om ter menjavi in uporabi urinske vrečke. Dva pacienta nista dobila potrebnih informacij. Trije pacienti (15 %) so pogrešali informacije o urinskih vrečkah ob vstavitvi TUK-a. Na anketno vprašanje Ali ste bili seznanjeni, kje dobite naročilnico za pripomočke (urinsko vrečko), kakšna mora biti, na koliko časa in kako si jo zamenjate je pozitivno odgovorilo 65 % anketirancev, z ne 10 % pacientov, en pacient ni vedel, da lahko dobi naročilnico, 4 pacienti (20 %) pa niso odgovorili na vprašanje. Osebni zdravnik napiše naročilnico 55 % pacientov, 35 % pa ne, en pacient ne ve, da je to možno. Pacienti si sami v 35 % priskrbijo urinske vrečke, enakemu odstotku pacientov jih priskrbijo svojci, patronažna sestra jih priskrbi enemu pacientu, tretja oseba vrečke priskrbi 25 % pacientov, dva pacienta nista odgovorila na vprašanje. Urinske vrečke dodatno kupi tudi 15 % pacientov samih. Petinsedemdeset odstotkov anketiranih dobi vse pripomočke v domačem kraju. Petinšestdeset odstotkov pacientov urinskih vrečk ne naroči predhodno pri dobavitelju. Šestdeset odstotkov pacientov je seznanjenih z raznolikostjo ponudbe urinskih vrečk, 25 % jih ne pozna ponudbe, 10 % le delno. Trideset odstotkov vprašanih ni znalo odgovoriti na vprašanje, katere urinske vrečke uporabljajo. Osemindvajset odstotkov jih uporablja sterilne vrečke, 10,5 % z nepovratno valvulo in 35 % z držalom. Velik odstotek, 55 %, jih ni odgovoril glede sterilnosti urinskih vrečk, kar 65 % jih ni odgovorilo glede nepovratne valvule. Na 5 do 7 dni menjava urinsko vrečko 20 % pacientov, na 7 do 10 dni 55 % pacientov, na obdobje 10 do 14 dni 15 % pacientov, na več kot 14 dni pa dva pacienta (10 %). Dva pacienta sta zamenjala vrečko isti dan, kot je menjava katetra, najdaljše obdobje menjave je bilo 42 dni. Povprečno število dni od zadnje menjave urinske vrečke je 12,2 dni ($SD=12,2$). En pacient je na naročilnico prejel 4 vrečke, 10 % pacientov je dobilo 5 vrečk, trije pacienti (15 %) 10 vrečk, več kot 10 vrečk je prejelo 15 % anketiranih, kar 50 % pa jih ni vedelo, koliko vrečk prejmejo na eno naročilnico. Zamašek za zamašitev urinskega katetra uporablja 15 % anketiranih, 80 % ga ne uporablja. Pacienti so povprečno na 2,8 ure odprli urinski kateter za izpraznitev. Petindvajset odstotkov anketiranih pozna pravilen postopek odpiranja zamaška, 20 % ga ne pozna, 5 % delno, 50 % pacientov na vprašanje ni odgovorilo. Od tistih pacientov, ki uporabljajo zamašek, jih 35 % čez noč priklopi kateter na urinsko vrečko. Petindvajset odstotkov jih ne zaščiti urinske vrečke, ko ta ni priklopljena na urinski kateter. Le deset odstotkov vprašanih zaščiti konico cevke urinske vrečke z gazico ali s papirjem od zamaška. Mesto okoli katetra 55 % anketiranih umije enkrat na dan, 40 % dvakrat, en pacient dva do trikrat, eden ni odgovoril na vprašanje. Patronažna medicinska sestra obiskuje 30 % anketirancev, 65 % pa ne. Od teh bi jih 15 % želelo, da jih obiskuje, 30 % pacientov si tega ne želi, 50 % jih na vprašanje ni odgovorilo.

RAZPRAVA

Pacienti so ob prvi vstavitvi TUK-a dobili potrebne ustne informacije glede nege in rokovanja z urinsko vrečko, vendar teh niso pravilno razumeli. Pacienti ne razumejo najbolje pojmov sterilnost in nepovratna valvula in ne vedo, katere urinske vrečke morajo uporabljati v domačem okolju. Informacije tudi pozabijo ali nanje niso več pozorni, saj je od prve vstavitve TUK-a minilo več kot štiri leta. Povprečna starost pacientov je 75 let. Pacienti vedo, da jim lahko zdravnik napiše naročilnico za pripomočke, ki si jih priskrbijo sami ali jim jih priskrbijo svojci. Na voljo so največkrat v domačem kraju in jih tudi nikoli ne primanjkuje. Dobijo zadostno število urinskih vrečk, ki pa niso zmeraj sterilne, sterilne vrečke pa tudi nimajo zmeraj nepovratne valvule in držala. Tri četrtine anketiranih pravilno zamenja urinske vrečke najkasneje v desetih dneh. Pacienti, ki uporabljajo zamašek za urinski kateter čez dan, pravilno praznijo mehur na 2–3 ure, a nepravilno rokujejo z urinsko vrečko, kadar ni priklopljena na kateter. Vsi pacienti zagotavljajo, da izvedejo anogenitalno nego, še posebej nego meatus penisa in mesta okoli katetra enkrat do dvakrat na dan. Vendar, ko bolniki pridejo na menjavo katetra, opazamo, da nega velikokrat ni bila temeljito opravljena. Prisotnost patronažne medicinske sestre pri pacientih s trajnim urinskim katetrom ni pogosta. Prav tako pacienti ne izražajo potrebe po njenih obiskih.

ZAKLJUČEK

Izvajalci zdravstvene nege smo dolžni poskrbeti tudi za paciente s trajnim urinskim katetrom v domači oskrbi. Ti pacienti morajo dobiti natančna ustna in pisna navodila pri prvi vstavitvi TUK-a. To pomeni tudi v urgentnih ambulantah, kjer se ti posegi pogosto izvajajo. Zagotoviti je treba kontinuirano zdravstveno nego v smislu obiska patronažne medicinske sestre, ki bo nadzirala in pomagala pri izvajanju nege in oskrbe s pravilnimi pripomočki.

S takim načinom dela lahko pripomoremo k preprečitvi nastanka okužbe, nemotenemu izločanju urina in dobremu počutju pacienta.

LITERATURA

Addison R. Bladder Health and Continence Care. *Nursing Times*; 2001: 55–65.

Addison R. Catheter Valves a Special Focus on the Board Flip-Flo Catheter. *Brit J Nurs*; 1999: 576–580.

Stanbury C et al. Guidelines for the Care of Urinary Catheters. Tees, Esk and Wear Valleys NHS Foundation Trust; 2010: 6, 8, 9. Dostopno na: <http://www.tevv.nhs.uk/Global/Policies%20and%20Procedures/Infection%20Control/>

IC0014v3%20Guidelines%20for%20the%20care%20of%20Urinary%20Catheters.pdf (12. 1. 2012).

Sutcliffe E, Coote J. Catheter Care in Community Guidelines. Wochestershire Primary Care Trust; 2010: 6, 8, 8, 30, 31. Dostopno na: http://www.worcsmhp.nhs.uk/media/1768301/Catheter_Care_Guidelines_Final_2010.pdf (12. 1. 2012).

Tenke P et al. European and Asian Guidelines on Management and Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections. *International Journal of Antimicrobial Agents* 31S; 2008: 68–78 . Dostopno na: http://www.escmid.org/fileadmin/src/media/PDFs/4ESCMID_Library/2Medical_Guidelines/other_guidelines/Euro_Asian_UTI_Guidelines_ISC.pdf (12. 1. 2012).

Topler M. Zdravstvena nega pacienta z urinskimi drenažami, Zbornik predavanj. 50-letnica Patronažnega zdravstvenega varstva in multidisciplinarnost dela patronažne medicinske sestre. Ravne na Koroškem; 2009: 30-34.

Vrbanec V, Horvat Z. Urinske drenaže pri pacientih z rakom prostate. Zbornik predavanj. Simpozij urološke zdravstvene nege. Velenje; 2009.

Wilson J. Control and Prevention of Infection in Catheter Care. *Community Nurse*; 1997: 39–40.

ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI PRI OBRAVNAVANJU STANOVAL- CEV IN STANOVALK Z URINSKO INKONTINENCO

ENSURING QUALITY AT TREATING RESIDENTS WITH URINE INCONTINENCE

SILVA DREMELJ, DIPL. M. S.

IRENA ŠPELA CVETEŽAR, DIPL. M. S., ET

Dom Tisje Šmartno pri Litiji

irena.cvetezar@ssz-slo.si

IZVLEČEK

Teoretično izhodišče: Urinska inkontinenca je pogost pojav, s katerim se srečujejo tudi zaposleni v socialnovarstvenih zavodih, ki obravnavajo psihosocialne in zdravstvene težave stanovalcev in stanovalk.

Metode: Namen prispevka je prikazati uvajanje sistema kakovosti E-Qalin v Domu Tisje. Sistem vključuje stanovalce kot središče vsakega procesa. Ob tem ima zdravstvena nega različne naloge, med njimi tudi obravnavanje urinske inkontinence.

Rezultati: V prispevku so predstavljeni posamezni elementi tega procesa, kjer so opisani procesi, naloge in odgovornosti tistih, ki so vključeni v obravnavanje stanovalcev in stanovalk z urinsko inkontinenco.

Zaključek: Proces obravnavanja urinske inkontinence zahteva celovit in sistematičen pristop, kar nakazuje na širino tega pojava, ki ga ni moč celovito predstaviti z enim samim procesom, saj se prepleta z drugimi sistemi obravnave posameznikov v Domu Tisje.

ABSTRACT

Introduction: Urine incontinence is a widespread occurrence, also encountered by the staff working in institutions of social care that manage psycho-social and health problems of the residents.

Methods: The purpose of this article is to show the introduction of the system of quality E-Qualin in the Dom Tisje, during which the health care had many tasks, among them managing urine incontinence.

Results: The article presents individual elements of this process, where the processes, tasks and responsibilities of everyone included in the management of the residents with urine incontinence are described.

Conclusion: The process of managing urine incontinence demands for a wholesome and systematic approach, that shows the width of this occurrence that cannot be wholly shown with one process, rather it is entwined in other systems of management in Dom Tisje.

Ključne besede: inkontinenca, zdravstvena nega, kakovost

Key words: incontinence, health care, quality

UVOD

Po definiciji International Continence Society je urinska inkontinenca (v nadaljevanju UI) nehotno odtekanje urina. Pojavlja se pri vseh starostnih skupinah, obeh spolih, vseh vrstah poklicev in vseh družbenih slojih. UI je najpogostejša pri starejših ženskah. Strokovnjaki ocenjujejo, da je UI med njimi kar dvakrat pogostejša kot med starejšimi moškimi (Ko et al., 2005; cit po Trobec et al., 2010). O'Connell B, Gaskin CJ (2010) za Avstralijo navajata podatek, da ima 24 % prebivalstva izkušnje z UI in 8 % z inkontinenco blata. Obe vrsti inkontinence bolj prevladujeta pri ženskah (38 % UI, inkontinenca blata pa 10 %) kot pri moških (UI - 10 %, inkontinenca blata pa 6 %). V Sloveniji ugotavljajo, da ima UI skoraj 40 % žensk, 33 % mlajših od 40 let, 17 % jih je starih do 60 let ter 50 % nad 60 let (Goubar, 2009; cit. po Trobec et al., 2010). Vinsnes in Harkless (2007) za Norveško navajata podatek, da je v domovih za starejše 50 % oseb inkontinentnih. Tudi podatki raziskave, ki je bila opravljena v treh domovih za starejše na Primorskem, v Kopru, Izoli in Novi Gorici, ugotavljajo kar 45,4 odstotno prisotnost urinske inkontinence (Trobec et al., 2010).

Vinsnes, Harkless (2007) poudarjata, da ima UI velik vpliv na psihosocialno in fizično počutje, s katerim se sooča tudi zdravstvo. Prav zato je potrebno k UI

pristopiti na različnih ravneh, kar zahteva individualni in sistematični pristop. Osredotočanje na problematiko UI starejših pripomore k izboljšanju kakovosti oskrbe starejših. Robida (2009) pravi, da je za izboljševanje kakovosti potrebno procesno razmišljanje, kar je ena najnujnejših sprememb. Kadivec (2007, cit. po Rycroft-Malone, 2002) pri tem poudarja, da je uvajanje sprememb kompleksen proces, ki se tiče posameznika, skupine in organizacije.

Zagotavljanje kakovosti v Domu Tisje – proces zdravstvene nege stanovalcev in stanovalk z urinsko inkontinenco

V Domu Tisje smo pričeli z uvajanjem sistema kakovosti model E-Qalin® (European quality-improving learning). To je vseevropski model upravljanja s kakovostjo v domovih za starejše (E-Qalin®/A), katerega razvoj je v okviru sklada Leonardo da Vinci podprla Evropska skupnost. Sistem upravljanja s kakovostjo oz. doseganja poslovne odličnosti vključuje strukture, procese in rezultate ustanove. Kakovost vseh treh področij se preverja s pomočjo samoocenjevanja (Self Assessment). Za E-Qalin® je značilno, da je naravnan operativno, zajema vse hierarhične ravni v organizaciji in pospešuje aktivno vključevanje zaposlenih (Dostopna na: http://www.firis-imperl.si/e-qalin_opis.php?id=1&p=-1).

Model določa 60 kriterijev za ocenjevanje struktur in procesov organizacije z različnih vidikov: uporabnikov, zaposlenih, vodstva, okolja in z vidika učeče se organizacije. Opredeljuje rezultate in za to določa tudi 22 kazalnikov, ki jih je potrebno spremljati. Model predvideva tri ključne izvajalce: samoocenjevalne skupine, osrednjo skupino in projektno skupino. Sistem deluje na osnovi ocen in pobud od »spodaj« (skupine za samoocenjevanje) ter krmiljenja od »zgoraj« (osrednja skupina). Samoocenjevanje poteka na osnovi Demingovega kroga PDCA (Dostopna na: http://www.scsd.si/tl_files/scsd/dokumenti/e-qalin/franc-imperl.pdf). PDCA pomeni Plan – Do – Check – Act; kar dr. Robida prevaja kot: NIPU ali načrtuj, izvedi preveri, ukrepaj (opomba avtoric).

En cikel samoocenjevanja traja tri leta, v tem obdobju dom pregleda vse kriterije struktur in procesov in vse kazalnike rezultatov.

Leta 2010 smo v Domu Tisje pričeli s prvo fazo samoocenjevanja. »Ocenjevanje je potekalo v štirih skupinah za delavce in stanovalce ter eni skupini za vodstvo. Člani skupin so svoje delo zavzeto in vestno opravljali ter podali številne pobude, predloge za izboljšave ... Za pripravo gradiva, ki je služilo kot osnova za opise posameznih kriterijev, kazalnikov, smo vključili vodje posameznih služb ter druge ključne delavce, ki so poznali posamezna področja. Potrebno je bilo dobro timsko delo vseh sodelujočih - tako procesnih vodij, moderatorjev kot članov skupin in stanovalcev.

Osrednja skupina je sredi decembra 2010 preverila vse ocene, predloge, pripombe, mnjenja in pobude samoocenjevalnih skupin. Na podlagi tega je oblikovala dvanajst projektnih skupin, ki so pregledale posamezne obravnavane vidike, kriterije in rezultate ter pripravile izboljšave po poteku, kot ga določa standard v procesnem krogotoku PDCA. Načrtovali smo projektno delo na treh večjih projektih, in sicer: kultura komuniciranja, metodično delo v zdravstveno-negovalni službi ter fizično in psihično zdravje zaposlenih ...« (Poslovno poročilo Doma Tisje, 2010, str. 30)

Z vidika uporabnikov/stanovalcev smo v letu 2011 oblikovali projektno skupino za izboljševanje procesov v zdravstveni negi in oskrbi. Ena izmed izboljšav procesa je bila izboljšava procesa stanovalcev in stanovalk z inkontinenco.

Tako je projektna skupina opisala proces obravnave stanovalca/stanovalke z inkontinenco in to vključila v izhodišče procesa, opredelila inkontinenco kot nezmožnost kontroliranja želenega ali hotenega izločanja urina ter blata in ga izpostavila kot zdravstveni in socialni problem. Določila je tudi naloge zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi, saj morajo delovati preventivno v smislu priporočil zdravega življenja, izvajati zdravstveno vzgojno delo in reševati psihične, fizične in socialne probleme povezane z inkontinenco. Ob tem pa so pomembna načela, kot so: individualni pristop, skrb za zasebnost in zaupnost, psihična, fizična in socialna pomoč pri problemih z inkontinenco, zagotavljanje ustrezne higijene pri stanovalcih oziroma stanovalkah z inkontinenco. V povezavi z inkontinenco je projektna skupina vključila tudi preventivno delovanje, kjer morajo biti upoštevana priporočila pri preprečevanju inkontinence, kot so: zdrava in uravnotežena prehrana, omogočen dostop do toaletnih prostorov in toaletnih posod (nočne posode, toaletni stoli), redno praznjenje mehurja v enakih časovnih presledkih čez dan ali t. i. trening mehurja oziroma analnega sfinktra (straniščne navade) ter pravilno, samostojno stiskanje in sproščanje medeničnih in trebušnih mišic. Ob tem je potrebno individualno izvajanje preventivnih ukrepov pri vsakem stanovalcu, kar je naloga vseh zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi. V to je vključeno tudi izobraževanje o preventivnem delovanju tako za stanovalce kot za zaposlene.

Posebna skrb je namenjena ugotavljanju inkontinence, izvajajo jo: zdravnik na podlagi medicinske anamneze; zaposleni v zdravstveni negi: na podlagi anamneze ob sprejemu in z opazovanjem izločanja urina in blata; zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi z neposrednim pogovorom in opazovanjem stanovalca v zvezi z odvajanjem blata in urina.

Članice projektne skupine so v tem sklopu natančno opisale celoten proces zagotavljanja ustreznih medicinsko tehničnih pripomočkov od ugotavljanja po-

treb stanovalca po medicinsko tehničnih pripomočkih do predpisovanja, naročanja, dostave in nameščanja oziroma zamenjave. Ob tem so določene tudi odgovorne osebe za posamezno nalogo. Za spremljanje procesa smo določili skrbnika procesa in opredelili letno kontroliranje procesa.

RAZPRAVA

Zdravstvene ustanove so odgovorne, da sistematično zagotavljajo in izboljšujejo kakovost oskrbe pacientov s pomočjo sistemov kakovosti. V procesu zdravstvene nege se pričakuje, da izvajalci upoštevajo standarde zdravstvene nege, navodila in predpise, ki se nanašajo na zagotavljanje varnega bivalnega okolja in obravnave pacientov ter sprotno ugotavljajo in preprečujejo dejavnike tveganja, ki lahko vplivajo na zdravljenje in zdravstveno nego (Nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi, 2006; cit. po Čuk, 2011).

Tega smo se zavedali tudi zaposleni v Domu Tisje, ko smo oblikovali proces obravnave stanovalcev in stanovalk z inkontinenco, saj je vanj vključen velik delež naših uporabnikov. Ugotavljamo, da smo imeli dne, 31. 12. 2011, od 193 uporabnikov registriranih 145 stanovalcev z različno stopnjo inkontinence. Največji je delež zelo težke inkontinence. Sem vključujemo inkontinenco urina in blata, ki jo ima 54 stanovalcev (37 %) in najtežja inkontinenco urina, ki jo ima 40 stanovalcev, kar je 28 %. Srednja in težka inkontinenca sta zastopani v enakem deležu, in sicer 16 % (23 stanovalcev), medtem ko je lahka inkontinenca zabeležena pri treh stanovalkah. Pri dveh stanovalcih imamo inkontinenco blata, saj za izločanje urina potrebujeta stalni urinski kateter. Velika pojavnost različnih stopenj inkontinence je povezana tudi z uporabo inkontinentnih pripomočkov in tako se vsakodnevno vključuje v izvajanje tega procesa večina zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi Doma Tisje.

V lanskem letu smo v procesu obravnavanja inkontinence naredili štiri pomembne korake. Projektna skupina je oblikovala in popisala proces. Postavila je cilje procesa ter opredelila izvajalce, odgovorne osebe, postavila časovne opredelitve in naloge. Popisan proces smo predstavili osebam, ki so kakorkoli vključene v proces. Dva meseca smo spremljali fazo izvajanja procesa. Po dveh mesecih smo ponovno pripravili analizo procesa in ker pri tem nismo ugotovili pomanjkljivosti, smo ta način dela vpeljali v prakso. Tako smo proces testirali v vseh fazah Demingovega kroga (PDCA - NIPU).

Ob tem se zavedamo, da je potrebno stalno spremljanje in kontroliranje izvajanja procesa, kar poudarja tudi Barbara Dornik (2006), ki pravi, da mora biti uvajanje sprememb v organizaciji ali stroki vzporeden, stalen in nepretrgan proces. Pri tem izpostavlja (2006; cit. po Skela Savič, 2005), da je treba biti pri

uvajanju sprememb posebej pozoren na vodenje, organizacijsko kulturo, timski pristop in informacijsko tehnologijo ter poudarja (cit. po Kovač, 1998), da pri uvajanju sprememb in novosti ne smemo pozabiti na osrednji člen – človeka in na že močno zakoreninjene navade dela.

Pri uvajanju sprememb procesov v Domu Tisje opažamo še en vidik, in sicer novo zaposlene delavce, ki imajo različne nivoje znanja ter sposobnosti tudi pri izvajanju zdravstvene nege in oskrbe. Ti potrebujejo znanja in veščine za ravnanje na področju obravnave stanovalcev in stanovalk z inkontinenco, kar nam nalaga nenehno izobraževanje in usposabljanje za to področje.

Pomembno je, da v nenehno izboljševanje kakovosti v zdravstvu vključimo ustrezno kulturo organizacije. Robidam (2009) pravi, da je potrebno razmišljati o kakovosti in vsakodnevno delovati po njenih načelih. Bojana Filej (2007) pa poudarja, da je kakovost vrednota, katere sinonim je stalno izboljševanje. V Domu Tisje ugotavljamo, da je "za uvajanje E-Qalin standarda kakovosti potrebno dobro sodelovanje med vodstvom, delavci, stanovalci in njihovimi svojci. V teku prve faze ocenjevanja smo spoznali, da ni cilj samo pridobitev certifikata kakovosti, temveč vpeljava filozofije E-Qalina, ki jo razumemo kot sodelovanje, nenehno izpopolnjevanje in trud vseh, ki tvorimo Dom Tisje, za dvig kakovosti življenja stanovalcev, njihovih svojcev, zadovoljstvo zaposlenih v domu ter okolja, v katerem delujemo." (Poslovno poročilo Doma Tisje, 2010, str. 30)

Vinsnes, Harkless (2007) navajata, da so dejavniki, ki vplivajo na kakovostno zagotavljanje zdravstvene nege tudi pozornost osebja do potreb v zvezi z odvajanjem in večje razumevanje zaposlenih pri pomoči v zvezi s problemi UI. Ugotavljata, da bolniki ne poiščejo pomoči medicinskih sester v zvezi s problemi UI, saj UI ne zaznavajo kot zdravstveni problem, kar je posledica pasivnosti zdravstvene nege na tem področju. Poudarjata, da zdravstveni strokovnjaki dajejo premalo informacij, ki bi pripomogle h kakovosti zdravstvene nege in oskrbe. Podobne ugotovitve srečamo v slovenskem prostoru, saj kot navaja Hlebš (2008), zdravstveni delavci ne posvečajo dovolj pozornosti problemu UI. Poudarja, da je potrebno oblikovati boljše strategije promocije na področju preventive, prepoznavanju značilnosti, diagnostike in obravnave UI ter da je v tem okviru potrebno zagotoviti standardizirana navodila obravnave oseb z UI in povečati ozaveščenost slovenskih zdravstvenih delavcev.

V prihodnje se bomo morali vsi izvajalci in izvajalke zdravstvene nege na tem področju še bolj aktivirati kot posamezniki, se angažirati v okviru organizacije, strokovnih in poklicnih skupin ter delovati na tem področju celovito in sistematično.

ZAKLJUČEK

Z ocenjevanjem procesov v Domu Tisje smo ugotovili pomanjkljivosti pri dose-
danjem načinu dela. S pomočjo samoocenjevalnih skupin, v katere so vključeni
zaposleni z različnih področij dela in stanovalci, pa smo oblikovali nove metode
dela, ki jih uvajamo v prakso. Ob tem ugotavljamo, da je potrebno stalno spre-
mljanje ključnih elementov procesa, kot so izobraževanje, upoštevanje spreje-
tih načel itd.

LITERATURA

Čuk V. Kako lahko v zdravstveni negi vplivamo na izboljšanje kakovosti in varno-
sti zdravstvene oskrbe. V: Varnostni zapleti pri pacientu - priložnost za učenje:
zbornik predavanj z recenzijo. Seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstven-
nih tehnikov v psihiatriji, Maribor, 12. oktober, Ljubljana: Sekcija medicinskih
sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2011: 52-61.

Dornik B. Kako uvajati spremembe in novosti v klinično prakso zdravstvene
nege. *Obzor Zdr N* 2006; 40(4): 243-6.

Filej B. Model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege. Primer me-
nedžmenta glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih za-
vodov Slovenije. (Doktorska disertacija). Ljubljana. Univerza v Ljubljani; 2007.

Hlebš S. Ozaveščenost slovenskih zdravstvenih delavcev o osnovni problematiki
urinske inkontinence. *Obzor Zdr N* 2008; 42(4): 261-72.

Kadivec S. Vpliv krožkov kakovosti na rezultate kazalnikov kakovosti v Kliničnem
oddelki za pljučne bolezni in alergijo Golnik. *Obzor Zdr N* 2007; 41(1): 13-9.

O'Connell B, Gaskin CJ. Using an educational pamphlet to promote help-see-
king behaviour for urinary incontinence in people visiting their general practiti-
oner. *Avstralian and New Zeland Continence Journal*. 2010; Vol 16 N 2.

Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV; 2009.

Trobec I, Ličen S, Žvanut B, Plazar N, Čemažar M. Vpliv urinske inkontinence na
kakovost življenja starostnikov v domu za starejše. *Obzor Zdr N* 2010; 44(2):
81-7.

Vinsnes AG, Harkless GE. Unit-based Intervention to improve Urinary inconti-
nence in Frail Elderly. *Vard i Norden* 2007. Pub no. 85 Vol. 27 No. 3: 53-56.

VIRI

1. http://www.firis-imperl.si/e-qalin_opis.php?id=1&p=-1.
2. http://www.scsd.si/tl_files/scsd/dokumenti/e-qalin/franc-imperl.pdf.
3. Poslovno poročilo Doma Tisje za leto 2010.

ČUSTVENI PROBLEMI STAROSTNIKA Z INKONTINENCO

EMOTIONAL PROBLEMS OF ELDERLY PEOPLE WITH INCONTINENCE

DARJA GORJUP POŽENEL, DIPL. M. S.

Dom upokojencev Podbrdo, enota Tolmin, Gregorčičeva 32, 5220 Tolmin

e-naslov: darjagp@gmail.com

IZVLEČEK

Izhodišča: Urinska inkontinenca je še vedno tabu tema, o kateri ljudje ne spregovorijo radi. Prizadene 8 % žensk in 3 % moških. Statistični podatki kažejo, da je v Sloveniji 49,5 % žensk, starih več kot 65 let, tako hudo inkontinentnih, da potrebujejo zdravljenje. Nenadzorovano uhajanje seča je bolezen, ki ne ogroža življenja, vendar lahko povzroča socialno izolacijo. Starostniki se z inkontinenco spopadajo na različne načine. O starostnikovem čustvenem doživljanju ob srečanju s to težavo ni veliko znanega, saj ima inkontinenca za vsakega posameznika drugačen, edinstven pomen. Urinska inkontinenca predstavlja hudo osebno težavo, ki lahko starostnikom bistveno poslabša kvaliteto življenja. Izločanje je pomembna življenjska funkcija, ki zahteva celostno obravnavo starostnika z inkontinenco s psihičnega, fizičnega in socialnega vidika.

Metode: Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda. Podatki predstavljani v članku so bili pridobljeni z analizo literature, ki je bila objavljena med leti 2006 - 2011 in smo jo iskali s pomočjo ključnih besed: inkontinenca, starostnik, sram, socialna izolacija, samospoštovanje; in prevodom le-teh v angleški jezik (incontinence, elderly, shame, social isolation, self-esteem). Pri iskanju so bile uporabljene Vzajemna bibliografsko-kataložna baza podatkov (COBIB.SI) in bazi podatkov Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) ter Medline.

Rezultati in zaključki: Urinska inkontinenca je zelo razširjena v Sloveniji in svetu. Pri starostnikih poveča tveganje za socialno izolacijo, negativno vpliva na kakovost življenja in pomeni tudi veliko finančno breme za posameznika in družbo.

Urinska inkontinenca je stanje, s katerim se le težko čustveno soočimo. Starostnik, ki je izgubil nadzor nad telesno funkcijo, lahko v najboljšem primeru zaznava to kot zgolj neprijeten občutek. Veliko težje pa je, ko se pri njem pojavi občutek ponižanja, sramu in depresija, kar lahko povzroči, da se inkontinenten starostnik oddalji od prijateljev in družine, le redko odide od doma ali sprejema obiske doma. Občutek sramu pri starostnikih pogosto ni glavni vzrok, da o tej temi ne govorijo, pač pa dejstvo, da smatrajo inkontinenco kot normalen proces staranja. Pri starostnikih, ki trpijo zaradi inkontinence, so pogostejše prisotne različne čustvene motnje in motnje spanja. Starostnik marsikdaj ostaja zaradi predsodkov sam s svojo težavo, ki jo včasih dopolnjujejo še strah, zadrževanje, sram, žalost, občutek manjvrednosti in izguba samospoštovanja, zaradi česar se izogiba socialnim stikom.

ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence is still a taboo subject on which people do not like to talk. It affects 8 % of women and 3 % of men. Statistics show that in Slovenia, 49.5% of women aged more than 65 years, so severely incontinent, that require treatment. Uncontrolled leakage of urine is a disease that does not endanger life, but can result in social isolation. Elderly patients face with incontinence in different ways. About emotional experiencing the older is not much known, because problem has for each individual different and unique meaning. Urinary incontinence represents a serious personal problem that older people can significantly impair quality of life. Secretion is a major life function, which requires a comprehensive treatment of incontinence in elderly people from mental, physical and social aspects.

Methods: Used was the descriptive research method. Data presented in this article were obtained by analyzing the literature published between 2006 and 2011 and we are looking for using key words: urinary incontinence, elderly, shame, social isolation, self-esteem, both in Slovene and their English equivalents. The tools that were used in the search are: Cooperative Online Bibliographic System and Service (COBIB.SI) and database Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) and Medline.

Results and Conclusions: Urinary incontinence is widespread in Slovenia and abroad. The elderly have an increased risk of social isolation, negative impact on quality of life and represents a significant financial burden for the individual and society. Urinary incontinence is a condition which is difficult emotionally to face. Older people, who had lost control of bodily function, can at best detect it only as an unpleasant feeling. It is more difficult when incontinence affects the feelings of humiliation, shame and depression, which may cause that elderly

goes away from friends and family, rarely goes from home or receiving visits at home. A sense of shame at the elderly is often not the main reason that on this subject do not speak, but the fact that they consider incontinence as a normal aging process. In elderly patients who suffer from incontinence are more often present a variety of emotional disturbances and sleep disturbances. Elderly often remains alone with his problem, sometimes supplemented by a fear of embarrassment, shame, sadness, feelings of inadequacy and loss of self-esteem, and avoid social contact.

Ključne besede: starostnik, inkontinenca, čustveni problemi, socialna izolacija

Keywords: elderly, incontinence, emotional problems, social isolation

UVOD

Urinska inkontinenca (UI) ali uhajanje seča je nesposobnost kontrole nad izločanjem seča, pri čemer urin nekontrolirano uhaja po kapljicah ali v celoti, tudi ko ga poskusimo zadržati. Ta motnja predstavlja veliko ženskam pa tudi moškim velik higienski in socialni problem. UI je bolezen, ki ne ogroža življenja, je pa zelo moteča, saj povzroča veliko socialno izolacijo. Bolniki se zaradi sramu in občutka, da imajo vonj po seču, osamijo in umaknejo sami vase. O težavi ne želijo govoriti, le redko jo zaupajo partnerju, domačim ali osebnemu zdravniku. Navadno poiščejo pomoč, ko težave postanejo izjemno hude in podatek Mednarodnega združenja za inkontinenco pravi, da kar 70 odstotkov žensk nikoli ne pristopi k zdravljenju (Komorowski, Chen 2006).

International Continence Society (ICS) opredeljuje prekomerno aktivni sečni mehur kot močno, nenadno siljenje k uriniranju, ki je lahko združeno z uhajanjem urina in pri katerem je značilno pogosto ter močno uriniranje. Raziskave so pokazale, da ima simptome PAM 10,2-16,8 % odrasle populacije v Evropi (Sedmak, Lovšin, 2008; cit. po Glodež, 2011).

UI je pogosta motnja, ki se pojavlja tako pri moških kot pri ženskah in v kateremkoli življenjskem obdobju. UI, ki se je pojavila vsaj enkrat v zadnjih 12 mesecih, je razširjena pri 5-69 % žensk in 1-39 % moških (Schroder et al., 2009). V Sloveniji je razširjenost UI pri ženskah 13,6 % (Kralj, 2006). Statistični podatki kažejo, da je kar 49,5 % žensk, ki so stare več kot 65 let, tako hudo inkontinentnih, da potrebujejo zdravljenje. V domovih starejših občanov je inkontinentnih kar 57 % žensk (Kralj, 2006). UI je pri moških redkejša, saj po raziskavi Markland in sodelavcev (2010) prizadene le 4,5 % moških in s starostjo narašča, saj je pojavnost motnje v starosti nad 75 let že 16 %. Raziskava Buckley in Lapitan (2010) pa kaže, da je UI pri moških pogostejša in naj bi prizadela od 11 do 34

% moških. Različne podatke o pojavnosti UI pri moških Nahon in ostali (2009) utemeljujejo s tem, da se UI pogosto predstavlja kot težavo žensk, čeprav je prisotna tudi pri moških. Zato UI pri moških ni toliko obravnavana v medijih, kar privede do nižjih sredstev namenjenih raziskavam, posledično temu pa tudi zapisov v strokovni literaturi.

Staranje vpliva na čezmerno aktivni sečni mehur. Statistični podatki kažejo, da imajo starejše bolnice (nad 65 let) v približno enakem odstotku težave s čezmerno aktivnim sečnim mehurjem (61 %) kot moški, starejši od 65 let, ki nimajo hipertrofije prostate (59 %). S starostjo se funkcija sečnega mehurja spremeni, pojavijo pa se tudi spremembe v živčnem prenosu dražljaja, kar povzroča PAM. V starosti nad 65 let ima težave zaradi inkontinence vsak tretji starostnik, ki živi doma ali je nastanjen v socialnovarstvenem zavodu (Kralj, 2006). Zaradi demografskega staranja prebivalstva lahko do leta 2030 pričakujemo znaten porast števila ljudi z UI.

Problem UI je večplasten in ga je treba obravnavati z različnih vidikov. Z medicinskega stališča je UI nehoteno in nekontrolirano uhajanje urina, ki ima telesne ter psihične posledice in ga obravnavamo kot bolezensko stanje. S socialnega vidika je UI problem osamitve ter izločitve bolnika iz bližnje in širše okolice. Z ekonomskega vidika pa pomeni uspešno obvladovanje UI velik finančni zalogaj. UI pomeni fizično, psihosocialno in gospodarsko breme za starejše, družine in zdravstveni sistem.

Urinska inkontinenca pri starostniku

Odvajanje in izločanje sta pomembni življenjski funkciji. V večini življenjskih obdobjih je sposobnost kontroliranega izločanja normalna funkcija človeškega telesa. UI je pogost del staranja, vendar ni nikoli normalen proces staranja. UI je še vedno tabu tema, o kateri ljudje ne spregovorijo radi in se raje zapirajo vase. Uhajanje vode je vedno bolezensko (patološko) in nikakor ne moremo govoriti o normalnem dogajanju, ki nastane s staranjem. Je bolezen, ki ne ogroža življenja, vendar povzroča veliko socialno izolacijo. Razširjenost UI se s starostjo spreminja. Pri starejših ženskah prevladujeta mešana in urgentna UI. V domovih za starejše najdemo PAM (prekomerna aktivnost sečnega mehurja) pri skoraj 80 % žensk (Kralj, 2006).

Malo je motenj, ki bi bile tako neprijetne, kot so težave z obvladovanjem mehurja. Vendar pa je s poznavanjem problema, samodisciplino in uporabo pripomočkov inkontinenci navkljub mogoče živeti aktivno in dostojanstveno. Uhajanje urina lahko poslabša kakovost življenja starostnikov. Uhajanje urina še vedno povzroča veliko stigmo med ljudmi in zato ne zaupajo težav svojemu

zdravniku. Večinoma menijo, da gre za prehoden pojav ali pač za neizogibno posledico staranja. To potrjuje tudi Sublett (2009), ki povzema raziskave Dugan in ostalih (2001), v katerih ugotavljajo, da starostniki osebnemu zdravniku niso omenili težav z inkontinenco, ker so verjeli, da je to normalna sopotnica staranja in ne zaradi zadrege.

Ugotovljeno je bilo, da ima veliko starejših ljudi težave zaradi strahu pred neprijetnim vonjem, zato se tudi zadržujejo doma in ne hodijo v družbo. Pri starejših ljudeh se pojavljata še strah pred mokroto in strah pred osamljenostjo. Teži jih tudi misel, da ne bodo pravočasno prišli do stranišča (Intihar, 2010). UI pri starejših ženskah vpliva na socialne interakcije, samopodobo in zadovoljstvo z življenjem, hkrati pa povečuje tveganje za depresijo in tesnobo ter pomeni neverjetno osebno stisko (Lekan-Rutledge, 2004; cit. po MacDonald, Butler, 2007).

UI vpliva na starostnikove vsakdanje dejavnosti. Starostniki se z boleznijo spopadajo na različne načine. Naloga zdravstvenega osebja je doseči predvsem kakovostno in prijazno oskrbo starostnika, ki ima težave z inkontinenco.

Čustveni problemi starostnika z urinsko inkontinenco in vloga medicinske sestre

UI lahko povzroči psihični in higienski problem. Negativno vpliva na dobro počutje starejših (Fonda et al., 2005; cit. po Palmer, 2008). S tem so povezane tudi druge težave, kot so stres, depresija, socialna izolacija, stigmatizacija, strah, nervoza, zadrega, osamljenost, splošno slabo počutje, zmanjšana samozavest in slabša delovna učinkovitost. UI predstavlja starostniku hudo osebno težavo, ki mu lahko bistveno poslabša kakovost življenja. Palmer (2008) ugotavlja, da je poslabšanje stopnje UI povezano s slabšo kakovostjo življenja.

O čustvenem doživljanju starostnika ob soočanju s to motnjo se malo govori. Doživljanje UI je za vsakega posameznika drugačno. Dingwall in Mclafferty (2006) sta v študiji opozorili, da starejši pogosteje zmanjšujejo obseg UI, kot pa da jo zanikajo. Thompson opisuje soočanje z UI kot težko čustveno stanje za človeka. Človek izgubi nadzor nad lastnim telesom, v najboljšem primeru doživlja to kot zgolj neprijetno telesno funkcijo. Ljudje doživljajo občutke sramu, tesnobe in ponižanja. Starejše ženske z UI se počutijo so manj atraktivne, postanejo nedružabne, prežema jih občutek sramu, zadrege, izgubijo samozavest in dobijo občutek manjvrednosti (Gallagher, 1998; Grimby, Milsom, Molander, Wiklund, in Ekelund, 1993; cit. po MacDonald, Butler, 2007).

Rezultati študije, v katero so bile vključene ženske s Švedske v starosti med 65

in 84 letom, so pokazali, da imajo ženske z UI več psihičnih motenj kot ženske, ki nimajo težav z UI (Brubaker, Dooley, 2009; cit. po Glodež). Podobne izsledke sta dobili Komorowski in Chen (2006), ki opažata med ženskami z UI na Kitajskem čustvene probleme, kot so samoobtoževanje, izogibanje, čustvena izolacija, zadrega in občutek sramu, izključenosti, frustracije, žalost, depresija, nelagodje in osamljenost. Prav tako je Bradway s sodelavci (2010) je v kvalitativni raziskavi pri ženskah z UI ugotovila prevladujoče sledeče občutke, kot so sram, neprijetnost in nadloga. Hagglund in Wadensten (2007) poročata (poleg že navedenih občutkov) še o podzavestnem doživljanju, da so boleznimi urogenitalnega trakta del zasebnosti in jih zaradi privzgojenega občutka sramu ženske ne izpostavljajo.

Dingwall in McClafferty (2006) pa po drugi strani ugotavljata tudi, da si starostniki želijo inkontinenčne pripomočke ali zaradi strahu pred nehotenim uhajanjem urina ali pa zaradi družinske obremenjenosti z UI. Zanimivo pa je dejstvo, da tiste, ki UI zanikajo, moti neustrezno poimenovanje inkontinenčnih pripomočkov (plenice) s strani zdravstvenega osebja, zdi se jim poniževalno.

Medicinske sestre lahko igrajo pomembno vlogo pri podpori in izobraževanju ljudi, ki imajo težave zaradi UI. Vloga medicinske sestre pri starostnikih z UI temelji na zdravstveno- vzgojnem delovanju, svetovanju ter izvajanju pomoči pri izločanju in odvajanju. Pri osebnem pristopu k starostniku je pomembna uporaba ustreznih metod in tehnik, da zadostimo njegovim potrebam ter ohranimo njegovo dostojanstvo in samostojnost. To je še posebej pomembno, saj Bradway in sodelavci (2010) opisujejo, da inkontinenca povečuje tveganje za institucionalizacijo, negativno vpliva na kakovost življenja in je tudi veliko finančno breme za zdravstveni sistem.

RAZPRAVA IN ZAKLJUČKI

Težave z uhajanjem urina prizadenejo 5 -10 %, po nekaterih podatkih celo 20 % ljudi starejših od 35 let. Z UI se srečujejo ljudje različnih starosti, obeh spolov, vseh vrst poklicev in družbenih slojev. UI je bolj ali manj ozdravljiva bolezen in ni nujna ter nepremagljiva spremljevalka starosti. Pojavi se lahko v različnih starostih, njena pogostnost pa se s starostjo povečuje. Dve tretjini bolnikov je starejših od 60 let (Kralj, 2006). UI ni samo bolezen žensk, ampak lahko prizadene tudi moške, se pa bistveno pogosteje pojavlja pri ženskah (Nahon et al., 2009; Buckley in Lapitan, 2010). Po številnih raziskavah potrebujejo bolniki več let, preden si o teh težavah upajo spregovoriti z osebnim zdravnikom ali ginekologom; kar 70 % ljudi pa te pomoči ne poišče in se s težavo preprosto sprijazni. Simptomi UI vplivajo na starostnikov vsakdan, kar pogosto povzroči nastanek čustvenih problemov in posledično vodi v zmanjšanje kakovosti življenja, saj

težave pogosto zbuja občutek nemoči, manjvrednosti, obupa in negotovosti (Dingwall in Mcclafferty, 2006; Nazarko, 2011).

UI je kombinacija stigem, vlada pa jim prepričanje, da bi moral človek biti sposoben obvladovati lastno telo. Starejši ljudje zato pogosto obdržijo UI kot skrivnost, ne iščejo pomoči v zdravstvenem sistemu in postanejo družbeno izolirani - vse z namenom ohranjanja dostojanstva (MacDonald, Butler, 2007). Bolnika z UI je treba obravnavati celostno, predvsem pa individualno. Upoštevati moramo pravico do zasebnosti. Medicinska sestra skrbi za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo je dolžna opravljati humano, strokovno in odgovorno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove individualne potrebe, navade in vrednote. Kršitev spoštovanja človekovega dostojanstva človeka prizadene in mu povzroči duševno/čustveno bolečino. Telesno dostojanstvo človek lahko hitro izgubi, kadar je odvisen od drugih in kadar nima neposrednega vpliva na odnos drugih do svojega telesa (Šmitek, 2006).

Palmer in Newman (2006) poudarjata, da imajo medicinske sestre ključno vlogo pri zagotavljanju informacij, da izključijo napačne predstave, ki jih imajo starostniki ob soočanju z UI. Najbolj jasna ugotovitev je, da zdravstveno osebje še naprej uporablja strategije za obvladovanje UI, premalo pa se posveča spodbujanju kontinence. To naj bi bilo posledica tega, da se izobraževanju za promocijo kontinence še vedno posveča premalo pozornosti (Dingwall, Mcclafferty, 2006). Načrt spodbujanja kontinence pri starostniku mora temeljiti na njegovih potrebah in željah. Dober načrt omogoča, da starostnik ostane čim dlje časa kontinenten, s tem pa medicinska sestra pridobi dodaten čas, ko se, namesto zdravstveni negi starostnika z inkontinenco, lahko posveti drugim aktualnim zdravstvenim problemom, ki jih starostnik ima. S tem se izboljšuje kakovost zdravstvene nege, starostnik pa ohranja svoje dostojanstvo (Nazarko, 2011). Najmočnejše orodje, ki ga medicinska sestra lahko uporabi za ohranjanje dostojanstva pri bolnikih, je pravzaprav ona sama s svojimi občutki in čustvi, ki jih lahko koristno uporabi za razumevanje bolnikov. V času njihove ranljivosti jih obravnava kot močne, vredne in pomembne (Haddock, 1996; cit. po Šmitek, 2006).

Potrebna bodo nova znanja za učinkovito obvladovanje UI med starostniki, saj z naraščanjem števila starejših postaja obvladovanje UI vse večji izziv tudi v zdravstveni negi. Vedno večje število starejših in dolgotrajno bolnih bo pomenilo vedno več ljudi z UI, katerim pa bodo medicinske sestre zaradi omejenih kadrovskih in finančnih možnosti težko zagotavljale kvalitetno, varno in strokovno ustrezno zdravstveno nego. Medicinske sestre na ključnih položajih se bodo morale aktivno vključiti v promocijo zdravega staranja, tako z vplivanjem na nosilce odločanja znotraj institucij, kot tudi z aktivnim sodelovanjem pri razvoju zdravstvene politike v prihodnje.

LITERATURA

Bradway C, Dahlberg B, Barg FK. How Women Conceptualize Urinary Incontinence: A Cultural Model. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010 Aug; 19(8):1533-41.

Buckley BS, Lapitan, MC. Prevalence of urinary incontinence in men, woman, and children – current evidence: findings of the fourth international consultation on continence. 2010. *Urology*, 76, 265-70.

Dingwall L, McLafferty E. Do nurses promote urinary continence in hospitalized older people?: An exploratory study. *J Clin Nurs*. 2006 Oct; 15(10):1276-86.

Glodež S. Zavest o motnjah zadrževanja urina med strokovno in laično javnostjo [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2011.

Haˆgglund D, Wadensten B. Fear of humiliation inhibits women’s care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. *Scand J Caring Sci*; 2007; 21; 305–12.

Intihar M. Življenje starostnika z urinsko inkontinenco [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2010.

Komorowski L, Chen B. Female Urinary Incontinence in China: Experiences and Perspectives. *Health Care Women Int*. 2006 Feb; 27(2):169-81.

Kralj B. Urinska inkontinenca pri ženskah. In: Borko E, Takač I, eds. *Ginekologija 2. dopolnjena izdaja*. Maribor: Visoka Zdravstvena šola; 2006:337-60.

MacDonald CD, Butler L. Silent no more: elderly women’s stories of living with urinary incontinence in long-term care. *J Gerontol Nurs*. 2007 Jan; 33(1):14-20.

Markland AD, Goode PS, Redden DT, Borrud LG, Burgio KL. Prevalence of urinary incontinence in men: results from the national health and nutrition examination survey. *J Urol*. 2010 Sep; 184(3):1022-7.

Nahon I, Dorey G, Waddington GS, Adams R. Perceptions of embarrassment for men with and without urinary incontinence. *Urol Nurs*. 2009 May-Jun; 29(3):164-70.

Nazarko L. Dignity in continence care Practice. *Nurs & Resident Care*. 2011 Sep; 13(9):426-30.

Palmer MH. Urinary Incontinence Quality Improvement in Nursing Homes: Where Have We Been? Where Are We Going? *Urol Nurs*. December 2008; 28(6):439-53.

Palmer MH, Newman DK. Bladder control educational needs of older adults. *J Gerontol Nurs*. 2006 Jan; 32(1):28-32.

Sublett CM. Perceptions of Embarrassment for Men with and without Urinary Incontinence. *Urol Nurs*. 2009 May-June; 29(3):186-7.

Šmitek J. Pomen človekovega dostojanstva v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 2006; 40: 23–35.

VIRI

Schröder A, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guidelines on Urinary Incontinence. Dostopno na: http://www.uroweb.org/fileadmin/tx_eauguidelines/2009/Full/Incontinence.pdf (dne, 14. 01. 2012).

ZDRAVSTVENA NEGA STAROSTNIKA S STOMO V BOLNIŠNICI

NURSING CARE FOR ELDERLY WITH STOMA IN HOSPITAL

DRAGICA TOMC, VIŠ. MED. SES., ET

Onkološki inštitut Ljubljana

dtomc@onko-i.si

IZVLEČEK

Staranje različno napreduje pri posameznikih. Starostniki imajo pogosto pridružene kronične bolezni, jemljejo različna zdravila. S predoperativno oceno pacienta izpostavimo negovalne probleme in načrtamo realne cilje. Učenje nege in oskrbe stome je prilagojeno posamezniku in njegovim sposobnostim. Družino vključimo v proces in aktivnosti zdravstvene nege.

ABSTRACT

Ageing is progressing differently at individuals. Old people often have associated diseases and are taking different medicines. With preoperative assesment of patient we recognize care problems and define realistic objectives. Learning of stoma care is adjusted to individual patients and their capabilities. We include family in the process and activities of nursing care.

Ključne besede: staranje, zdravstvena nega stome

Key words: ageing, nursing stoma care

UVOD

Gerontologija je interdisciplinarna veda o starem človeku. Zajema zdravstvene, biološke, psihološke in socialne lastnosti značilne za starega človeka (Brezovšček, 2009).

Ramovš (2003) navaja, da z vidika integralne antropologije prehodi človek v življenju tri obdobja: mladost, srednja leta in starost. Mladost je razvojno obdobje človeka od spočetja do samostojnosti. V tem obdobju posameznik telesno

in duševno dozori za razmnoževanje. Danes se mladostno obdobje vedno bolj podaljšuje. Njegova povprečna meja se je v naših civilizacijskih razmerah predstavila že na petindvajseto leto starosti.

Srednja leta so obdobje, ko ljudje rodijo in vzgojijo svoje potomstvo ter delajo za preživetje mlade in stare generacije. Danes to obdobje sovпада s službenimi leti do upokojitve.

Starost pa je obdobje, ko človek dozori do polne človeške uresničitve. Skrb za materialni razvoj prepusti srednji generaciji. Njemu pa se z upokojitvijo odpirajo nove življenjske možnosti za kakovostno in dejavno življenje, ki ni nič manj polno kakor v obdobju srednjih let. Lahko je še bolj sproščeno in v skladu z osebniimi potrebami, željami in sposobnostmi. Značilna življenjska naloga tretjega življenjskega obdobja je tudi, da človek svoja življenjska spoznanja in izkušnje preda neposredno soljudem ali posredno kulturi (Brezovšček, 2009).

Staranje je sicer fiziološki proces, vendar ni ta proces pri nobenem posamezniku zgolj fiziološki, z njim se pojavljajo različne bolezni. Prav patološke spremembe so razlog, da človek ne more vedno doživeti svoje možne biološke dolžine življenja. Oblike staranja in dolgo življenje posameznikov so v veliki meri odvisni od družbene skupnosti, družine, duševnega zdravja, načina prehranjevanja, podnebja oziroma od biološkega, fizičnega in socialnega okolja v celoti (Cijan, Cijan, 2003).

Po Ramovšu (2003) se človek stara od spočetja do smrti, in sicer ne vedno enako hitro. V vsakem trenutku življenja, zlasti pa v tretjem življenjskem obdobju, moramo razlikovati tri starosti: - kronološko starost, ki jo pokaže rojstni datum,

funkcionalno starost, ki se kaže v tem, koliko človek zmore samostojno opravljati temeljna življenjska opravila in koliko je zdrav, zato zdravniki to starost imenujejo tudi biološka ter

doživljajsko starost, ki se kaže v tem, kako človek sprejema in doživlja svojo trenutno starost in vse, kar je povezano z njo.

Večina ljudi želi živeti zelo dolgo, nihče pa se noče postarati. Vendar je staranje proces, ki se začne z rojstvom in traja vse življenje. Ko se človek postara, se življenjski procesi organizma upočasnijo. Človek izgublja del svojih moči in čutila izgubljajo ostrino. Lahko se slabša vid, nastopi delna gluhost, lasje sivijo, koža pa se naguba in izgublja napetost. Običajno se zmanjša tudi telesna višina. Vsi ljudje se ne starajo enako hitro, vendar se spremembam, ki pridejo z leti ne moremo izogniti. Celice jeter, ledvic, trebušne slinavke in vranice začnejo

postopoma propadati, ker se krvne žile starajo in jih s krvjo ter hrano ne oskrbujejo dovolj. Celoten sistem krvnega obtoka se začne z leti spreminjati in ne deluje več tako aktivno, kot je v mlajših letih. Tudi kosti, sklepi, kri, koža, nohti in zobje začno v starosti propadati. Zato morajo starejši pogosto spremeniti svoj način življenja in prehrane.

Psihološka starost je povezana s človekovim doživljanjem samega sebe. Psihološka starost pomeni preplet osebnih in socialnih dejavnikov. Glede na različno biološko starost in individualno doživljanje življenja ter okolja postane z leti vsak posameznik edinstven, enkrat in neponovljiv (Brezovšček, 2009).

Kakovostna starost je vseživljenjsko učenje, izobraževanje in sodelovanje v raznih prostovoljnih organizacijah. Star človek, ki ne doživlja smisla svoje starosti, ostane brez energije za opravljanje številnih nalog, ki bi jih sicer zmoget. Delovne in doživljajske cilje si mora postavljati človek do zadnjega diha (Ramovš, 2003).

Z obrazložitvijo sprememb v staranju bomo lažje razumeli starostnika in njegovo vedenje v družinskem, bolnišničnem ali institucionalnem okolju.

ZDRAVSTVENI PROBLEMI STAROSTNIKOV

Do leta 2050 bo v Evropi 173 milijonov ljudi starih 65 let in več. Tako je tudi starost pacientov večja, medicinske sestre pa nimajo vedno znanja, kompetenc in oblikovanih stališč za negovanje starih ljudi. V izobraževalnih programih nimamo predmeta gerontologija, je pa nekaj vsebin zajetih v okviru drugih predmetov. Izobraževanje medicinskih sester za vloge na različnih področjih je pomembna prioriteta v profesiji (Deschodt, 2009).

V Sloveniji se delež starejše populacije povečuje. K staranju populacije prispeva podaljševanje življenjske dobe zaradi izboljšanja zdravstvenega varstva, sprememb življenjskih navad in načina obnašanja, boljših socialnih pogojev in po drugi strani zmanjševanja rodnosti. Pri starostnikih se srečujemo s poslabšanjem funkcionalnega stanja, večina ima eno ali več kroničnih bolezni in zato zahtevno zdravljenje z zdravili (Poredoš, 2004).

Za starost je značilno, da se takrat pogosteje pojavljajo in kopičijo srčno žilne bolezni, bolezni dihal, gibal, rakave bolezni, gerontološki sindromi, inkontinenca urina in blata, preležanine, spominske motnje, demenca, osteoporoza in bolezni zaradi zmanjšane odpornosti. Lahko imajo prizadet občutek za žejo in je zato pomanjkljivo uživanje tekočin, kar lahko prizadene dihala in ledvice. Pri starostnikih srečujemo zaradi srčnega popuščanja kopičenje vode v telesu in motnje v presnovi elektrolitov. Kronične bolezni so najpogostejši vzrok za umr-

ljivost starostnikov. Velikokrat potekajo v neznačilni obliki, neredko je potek bolezni zapleten, dolgotrajnejši in združen z dolгим okrevanjem, med katerimi so bolj dovzetni za bolnišnične okužbe.

Pri osebah starejših od 70 let tudi krajše hospitalizacije povzročijo v 30 odstotkih izgubo ene od aktivnosti, ki omogočajo samostojno življenje.

Zdravljenje v bolnišnici poslabša kognitivne sposobnosti, kar vodi v poslabšanje telesnega stanja in večjo nevarnost poškodb. Iz tega sledi, naj bo starejši bolnik zdravljen v bolnišnici le takrat, ko za to obstaja nedvomna medicinska indikacija. Hospitalizacije naj bodo čim krajše.

V času bivanja v bolnišnici moramo bolniku omogočiti stik s svojci, ki naj sodelujejo tudi pri negi bolnika (Poredoš, 2004).

STAROSTNIK IN STOMA

Običajno je razlog za operacijo in oblikovanje stome pri starostniku maligno obolenje, ki doprinese k slabšanju apetita in dodatnemu pešanju moči. Mnogokrat je potrebno dodatno zdravljenje, ki izčrpa organizem. Na operativni poseg paciente skrbno pripravimo. Oblikujemo negovalni načrt z vključevanjem multidisciplinarnega tima, ki se prične s predoperativnim izobraževanjem pacienta in družine (Registered, 2009).

Enterostomalna terapija (ET) je strokovnjak, ki zna svetovati osebi s stomo, zlasti kadar ga mučita strah in depresija. S sočutnim razumevanjem in vodstvom k pridobivanju samostojnosti si pacient povrne pozitivno samopodobo, vzpostavi običajne socialne stike in aktivnosti v svojem življenju.

Vloga ET je predoperativno izobraževanje in označitev mesta stome, izbor pripomočkov, čustvena podpora, priprava na odpust ter kasnejše spremljanje pacienta v posvetovalnici (Registered, 2009).

Predoperativna priprava zajema:

1. Fizično pripravo, ki je odvisna od vrste operacije in navodil kirurga.

Potrebna je priprava na anestezijo, priprava dela telesa, kjer bo poseg izveden in priprava črevesja.

2. Psihološko pripravo pacienta, ki mu bo narejena stoma in se prične takoj, ko je odločeno o vrsti operacije; najbolje za osebo s stomo je, da to opravi enterostomalni terapevt.

Pacientovim potrebam in občutku strahu je prilagojena pomembnost informacij in razlage, saj manjša fizični in psihični stres po operaciji (Dougherty, 2008).

Predoperativni pogovori in ocena vključujejo:

- demografske podatke (starost, spol ...),
- medicinsko diagnozo, pacientov sedanj problem in zgodovino,
- prognozo pacienta (v kurativnem in paliativnem smislu),
- predvideno operacijo in vrsto stome,
- ali pacient in njegova družina pravilno razumejo načrtovano operacijo,
- psihično pripravo pacienta in njegovih svojcev,
- kako si predstavljajo življenje s stomo, način pacientovega življenja v preteklosti (medosebni odnosi, spolnost, kulturne in duhovne potrebe),
- finančne skrbi zaradi pripomočkov,
- fizične in kognitivne izzive ter pogoje v okolju, ki lahko vplivajo na učenje in samooskrbo pacienta,
- funkcionalno oceno pacientove sposobnosti samooskrbe, posebnih potreb,
- oceno trebušne stene za določitev mesta stome (Registered, 2009).

Po operaciji bo moral pacient razviti psihomotorne sposobnosti, da odstrani vrečko, očisti stomo in kožo v njeni okolici ter izprazni vrečko oziroma poskrbi za izloček.

Pacient se tedaj sreča s psihosocialnimi izzivi, ki lahko negativno vplivajo na kakovost njegovega življenja. Opisujejo fenomen »zmanjšanega osebnega nadzora« pacientov, ki se prilagajajo na življenje s stomo. Neudobje in odvisnost povzročita čustveno vznemirjenost, lahko depresijo, tesnobna stanja in obrambna stališča. Medicinske sestre nudijo podporo in poučevanje, s strani družine pa je potrebna čustvena podpora za pacientovo samostojnost. Rehabilitacija pomeni, da pacient obvlada oskrbo stome in aktivno živi.

Vpliv spremenjene telesne podobe se lahko kaže kot slabotnost, ranljivost, nepriljubljenost in občutek stigme. Ta lahko traja dolgo, tudi deset let. Kakovost

življenja se v prvem letu po operaciji postopoma večja in je pri starejših ljudeh višja kot pri mlajših, nato starejši ljudje obstanejo, mladi pa še vedno večajo kakovost življenja. Spolnost je integralni del življenja in tesno povezana s telesnim izgledom. Stoma pomembno vpliva na intimnost in spolna razmerja pacienta in njegovega partnerja. Podpora, vzpodbuda k odkritim pogovorom je ključna.

Potreben je prilagodljiv pristop, saj imajo posamezne kulturne skupine različne vrednote, prepričanja in duhovne norme. Dokazana je povezava med pacientovim sodelovanjem pri sprejemanju odločitev in hitrejšim okrevanjem, večjim samozaupanjem. Pacient in medicinska sestra bi morala razviti načrt, ki se prilagaja pacientovim potrebam, samooskrbi ter dovoliti družinskim članom, da so vpleteni v načrt za čim boljše prilagajanje pacienta na življenje s stomo (Registered, 2009).

Označitev mesta stome je ena najpomembnejših nalog, ki preprečuje kasnejše težave pri oskrbi stome. Pri označevanju upoštevamo, da bo izbrano mesto ravno, stran od kostnih štrlin, brazgotin, nevusov, popka, pasu, ki ovirajo namestitev pripomočkov. Mesto naj bo na mišici, ki bo stomo podpirala. Idealno je, da pacient mesto dobro vidi. Izbrano mesto preverimo stoje, sede, leže in upoštevamo morebitno pridobivanje na teži ali hujšanje pacienta.

Mesto izbereta enterostomalna terapevtka ali zdravnik ter posredujeta informacije o operaciji, ki sledi. Pacient dobi knjižico o stomi, vzorec vrečke. Uredimo lahko tudi obisk osebe s stomo, prostovoljca, ki se s pacientom pogovori o življenju s stomo (Dougherty, 2008).

Opazovanje po operaciji

Prvo obdobje

V operacijski dvorani namestijo prozorno vrečko z izpustom, z ustrezno izrezano odprtino glede na velikost stome. Pripomočka dva dni ne menjavamo. Opazujemo in zabeležimo: barvo, znake slabe prekrvljenost stome, mrtvino, velikost, izloček in prisotnost jezdeca, ureternih katetrov. Preden je vrečka polna, izpuščamo izloček in pline, da ne bi teža ali povečan pritisk povzročila, da bi vrečka odstopila. Pacient opazuje medicinsko sestro pri delu. Vrečka, ki ne prepušča vonja, je dobro nameščena in preprečuje zatekanje vsebine, je odločilna za pacientovo zaupanje. Njegova reakcija na stomo naj bo pazljivo zabeležena (Dougherty, 2008).

Negovalne diagnoze pri pacientu s stomo so:

- pomanjkanje znanja,

- pomanjkljiva samooskrba pri odvajanju,
- velika nevarnost okvare celovitosti kože,
- nevarnost za okvaro celovitosti tkiva stome in okolice,
- nevarnost inkontinence blata,
- nevarnost obstipacije,
- nevarnost spremenjene prehranjenosti,
- nevarnost pomanjkanja tekočin/elektrolitov v telesu,
- nevarnost motenj v telesni podobi,
- nevarnost spremenjenega doživljanja samopodobe in lastne vrednosti,
- možnost zmanjšanja ali nezmožnost spolne aktivnosti,
- možnost socialne izolacije ter
- druge individualne negovalne diagnoze (Šmitek, 2002).

Drugo obdobje

Ko se pacient bolje počuti, ga opogumimo, da sodeluje pri oskrbi stome. Ob menjavi pripomočkov postopek razložimo. Pogovorimo se o morebitnih težavah. Postopek menjave razdelimo na več manjših delov in vključimo pacienta v delo. Z njegovim strinjanjem povabimo tudi partnerja, sorodnika, s katerim živi in tudi njega poučimo o negi stome. Njihovo sprejetje stome opogumi pacienta k obnovitvi samopodobe. Sedaj so se pripravljene pogovoriti tudi o izbiri pripomočka in nabavi. Pogovorimo se o odpustu (Daugherty, 2008).

Pripomoček izberemo glede na:

- vrsto stome,
- način oblikovanja stome,
- starost osebe s stomo,
- mesto stome na trebuhu,
- značilnosti stome,

- značilnosti parastomalne kože,
- občutljivost kože ali alergije,
- ročna spretnost in fizična pripravljenost na sodelovanje,
- kognitivne sposobnosti učenja,
- pacientove želje,
- življenjsko situacijo – doma, podaljšana zdravstvena nega,
- delovno terapijo,
- vero in obrede,
- življenjski stil,
- razpoložljive pripomočke za oskrbo stome in dodatkov,
- količino in konzistenco blata (Registered, 2009).

Tretje obdobje

Pacient je že neodvisen, uživa običajno hrano, je samostojen pri oskrbi stome in pripravljen na odpust iz bolnišnice. Če so družina in bližnji prijatelji vključeni v vse stopnje in podpirajo pacienta, se ta veliko lažje prilagodi. Sprejetje stome je dolg postopek, ki se ob odpustu šele prične. Pacientu priskrbimo priročno zalogo pripomočkov za domov, dokler ne bo uspel nabaviti pripomočkov na recept. Pogovorimo se o prehrani in spolnosti. Dobi pisna navodila o oskrbi stome in druge potrebne informacije o posvetovalnicah, prostovoljnih organizacijah (Daugherty, 2008).

Odpust pacienta vključuje:

prepoznavo bolnikovih potencialnih potreb (stopnja samooskrbe, prilagajanje na nov način življenja),

- izobraževanje o negi in oskrbi stome ob morebitnih zapletih,
- pisna navodila za domov in dogovor za kontrolni obisk pri ET,
- informacije o ILCO društvu,
- obvestilo patronažni medicinski sestri (Registered, 2009).

RAZPRAVA

Dokazano je, da je v starosti večja prevalenca kroničnih bolezni in funkcionalnih težav. Večje število pacientov je sprejetih v bolnišnico in veliko jih namestimo v intenzivno nego. Paciente s spremljajočimi boleznimi težko odpuščamo v domačo oskrbo in imajo večjo umrljivost kot mladi pacienti (Bagshaw, 2009).

Novo okolje v bolnišnici lahko vpliva na kognitivne sposobnosti in starostnik ne sodeluje ali slabo sodeluje v procesu zdravstvene nege. Spoznati se moramo z njim že pred operacijo in si pridobiti njegovo naklonjenost in zaupanje. Ob tem naredimo oceno pacienta ter predvidenih negovalnih problemov.

Komunikacija s starostnikom je velikokrat otežena, kar je lahko posledica upadanja miselnih funkcij, čutnih funkcij, upada pozornosti in spomina, nesprejemanja nasvetov zaradi občutka izgubljanja kontrole nad svojim življenjem ali ustaljenih miselnih vzorcev. Najpogostejše motnje v komunikaciji so, ko starostnik ne kaže interesa za dogajanje okrog sebe, ne želi družbe in se izogiba kontaktom (Zupančič, 2008).

Moje izkušnje pri delu s starostnikom (bil je operiran in ima narejeno stomo) so, da potrebuje veliko časa, strpnosti in ponavljanja informacij, ki so mu nove, ker si lahko zapomni le nekaj dejstev hkrati. Preveriti moramo, če imajo pri sebi očala, da bodo lahko brali knjižice in druge pisne informacije. Skoraj vedno ga lahko naučimo izpuščanja vsebine iz vrečke, če le ni prevelikega tremorja rok ali sklepnega artritisa. Lažje zamenjajo enodelne pripomočke z že oblikovano odprtino na kožni podlogi. Vedno učimo nege in oskrbe stome tudi enega od svojcev, da je v pomoč pri življenju starostnika s stomo doma ali vsaj za občutek varnosti, če starostnik zmore rokovanje s pripomočki sam.

Raziskave pokažejo, da ni dokazov o vplivu starosti pacientov na pojav zapletov po oblikovanju stome, nakazujejo pa vpliv zmanjšane občutljivosti, spremenjenih kognitivnih sposobnosti in zmanjšanje motoričnih spretnosti, ki vplivajo na možnost samooskrbe (Dougherty, 2008).

Dokazana je razlika v mentalni funkciji med mladimi in starejšimi pacienti. Kakovost življenja se izboljšuje dvanajst mesecev, starejši začnejo hitreje, toda sčasoma je napredek zelo majhen. Vzorec napredka fizične funkcije je različen. Starejši začnejo hitreje, a se napredek stopnjuje le do šest mesecev, medtem ko se pri mlajših stalno izboljšuje. Razlika je tudi pri nujnih operacijah, kjer se napredek pri mlajših in starejših prične počasneje kot pri načrtovanih operacijah. Ni pa razlik med spoloma ali vrstami stom. Starejši potrebujejo več fizične in psihične podpore pri prilagajanju na življenje s stomo (Ma, 2007).

Mnogokrat starostniki ne sodelujejo zaradi jeze ali sramu zaradi odvisnosti. Medicinska sestra pokliče prostovoljca, da pride na obisk k pacientu. Starostnike skušamo spomniti na pozitivne plati življenja, uporabimo družinsko terapijo - vse s ciljem, da bi občutili polnost življenja (Registered, 2009).

LITERATURA

Brezovšček N. Nekateri dejavniki kakovosti življenja satrostnikov, ki živijo doma ali v Lambrechtovem domu v Slovenskih konjicah (diplomsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru. Filozofska fakulteta; 2009.

Bagshaw SM, Webb SAR, Delane A, George C, Pilcher D, Hart GK et al. Very old patients admitted to intensive care in Australia and New Zealand: a multi-centre cohort analysis. *Critical care* 2009; 13(2): R45.

Cijan V, Cijan R. Zdravstveni, socialni in pravni vidiki starostnikov. Maribor: Univerza v Mariboru. Visoka zdravstvena šola Maribor; 2003.

Deschodt M, Dierckx De Casterlé B, Milisen K. Gerontological care in nursing education programmes. *J Adv Nurs* 2009; 66(1): 139-148.

Dougherty L, Lister S. Stoma care. The Royal Marsden hospital manual of clinical nursing procedures. 7et.ed. London: The Royal Marsden Hospital. 2008; 362-376.

Ma N, Harvey J, Stewart J, Andrews L, Hill GA. The effect of age on the quality of life of patients living with stomas: a pilot study. *Aust New Zeal J Surg* 2007; 77(10): 883-885

Poredoš P. Zdravstveni problemi starostnikov. *Zdrav Vestn* 2004; 73:753-756.

Ramovš J. Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontogogika. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, 2003.

Registered nurses association of Ontario. Ostomy care and management. Clinical best practice guidelines. Ontario: Registered nurses association of Ontario; 2009.

Šmitek J. Negovalne diagnoze v enterostomalni terapiji. V: Gantar M. (ur.). Zbornik predavanj s strokovnega srečanja. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2002: 50-61.

Zupančič A. Starostnik v domačem okolju (seminarska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru. Visoka zdravstvena šola Maribor; 2008.

POSOBNOST SAMOOSKRBE STAROSTNIKA S STOMO
, KI SE SOOČA Z IZGUBLJENO ROČNO SPRETNOSTJO,
OSLABLJENIM VIDOM IN POSEBNIMI POTREBAMI

SELF CARE CAPABILITY OF ELDERY WITH OSTOMY WHO
CONFRONTS BY LOST DEXTERITY, IMPAIRED VISION AND
SPECIAL NEEDS

RENATA BATAS, DIPL. M. S., ET

Patronažna služba; Zdravstveni dom Ljubljana – Šiška

renata.batas@zd-lj.si

IZVLEČEK

V prispevku so opisane spremembe, ki se normalno dogajajo v starosti. To so spremembe čutil in gibalnega sistema pri starostniku in njihov vpliv na možnost samooskrbe starostnika, ki so mu operativno izpeljali črevo skozi trebušno steno ter naredili stomo. Avtorica poudarja primeren pristop pri učenju starostnika s stomo oz. pri usposabljanju le-tega za samooskrbo v domačem okolju.

ABSTRACT

In article are described normal changes which appear in old age. The changes of senses, mobility at old people and the influence on possibility for selfcare of old people with ostomy are described. Special emphasis is on teaching and training of old people with ostomy for selfcare in home environment with appropriate nursing approach.

Ključne besede: starostnik, stoma, čutila, gibljivost, komunikacija, samooskrba

Key words: elderly, ostomy, senses, mobility, communication, self care

UVOD

Delež populacije stare nad 64 let je vse večji in je pogojen s podaljševanjem življenjske dobe, nižjo stopnjo umrljivosti in upadom rodnosti. Tako se kažejo vse večje potrebe po organizirani skrbi za starejše ljudi, zlasti tiste, ki so onemogli in bolni. Starost je obdobje življenja, ko človek dozori v okviru svoje popolne uresničitve in prične svoja spoznanja in izkušnje deliti soljudem ter posredno kulturi. Človek se stara v vsakem trenutku življenja - od spočetja do smrti (Ramovš, 2003). Staranje se prične ob koncu ravnega obdobja, torej ko procesi propadanja prično prevladovati nad rastjo in gradnjo novih tkiv ter organov. Znamenja staranja ne nastopijo pri vseh ljudeh enako oziroma v istem življenjskem obdobju. Vsak človek se stara na svoj način in različno hitro (Accetto, 2006). Zato ločimo kronološko, biološko in psihološko starost. Kronološka starost predstavlja dejansko starost posameznika. Določena je z rojstvom človeka. Tako ločimo: zgodnje (66 - 75 let), srednje (76 - 85 let) in pozno starostno obdobje (od 86 let dalje). Biološka starost je opredeljena z delovanjem osnovnih telesnih funkcij. Psihološka oziroma doživljajska starost pa opredeljuje naš odnos do starosti oziroma naše počutje (Potočnik, 2008). Za staranje so značilna naslednja znamenja: manjša psihofizična aktivnost, povečanje telesne teže, pešanje življenjske moči, utrujenost, težave s spanjem, bolečine, hitrejša zadihanost, pešanje spomina, slabše intelektualne zmožnosti, pešanje spolne moči, manjša živahnost ter zmanjšana zmogljivost organizma. Znaki staranja se kažejo na zunanosti posameznika in na spremembah delovanja posameznih telesnih organov, ki se izrazijo z zmanjšano zmogljivostjo organizma (Hojnik-Zupanc, 1999). Starejši organizem ima zmanjšano odpornost in je dovzetnejši za bolezenske spremembe (Ramovš, 2005). Vsekakor pa se ljudje v enakem starostnem obdobju med seboj zelo razlikujejo. Vse je odvisno od različnih dejavnikov: telesnega zdravja, duševnega zdravja, socialnega zdravja, finančno-ekonomskega stanja, zgodovinske danosti, ožjega in širšega okolja bivanja. Navedena področja se med seboj seveda prepletajo in njihova kombinacija vpliva na obstoj ali odsotnost zdravja starejšega človeka (Pentek, 1995).

S staranjem nastajajo v organizmu številne anatomske in funkcionalne spremembe, ki se pojavijo v vseh organih in tkivih, najbolj pa so izražene v kardiovaskularnem, lokomotornem, živčnem, digestivnem in endokrinološkem sistemu. Tako lahko nastopijo v obdobju starosti različne somatske, duševne in socialne težave. Staranje spremljajo različne kronične degenerativne bolezni, ki prizadanejo več organskih sistemov. Kar 55 % starostnikov ima pomembne simptomatske degenerativne spremembe sklepov, 45 % visok krvni tlak, 40 % okvaro sluha, 35 % bolezni srca in 25 % motnje vida. Dobra tretjina starostnikov ima

vsaj tri od navedenih bolezni, s starostjo pa delež oseb z omenjenimi boleznimi narašča, pridružijo pa se jim še specifične starostne težave (inkontinenca urina in blata, obstipacija, preležanine, slaba prehranjenost in druge) (Petek-Šter, Kersnik, 2004). Poleg kroničnih degenerativnih bolezni se večja tudi pojav raka na tankem in debelem črevesu. K pravočasnemu odkrivanju le-tega je veliko prispeval tudi državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu ter danki – SVIT (SVIT, 2008).

Rakava obolenja debelega črevesa in danke zahtevajo zdravljenje, katerega izid je pogosto operativni poseg z izpeljavo črevesa skozi trebušno steno na kožo trebuha. To izpeljavo imenujemo STOMA. Glede na to, kateri del črevesa je izpeljan na trebušno steno, pa ločimo kolostomo in ileostomo. Poleg črevesnih stom poznamo tudi urostomo, kjer del črevesa uporabijo za izpeljavo urina, kadar je operativno odstranjen mehur. Najpogostejši vzrok temu je rakavo obolenje mehurja. Tako se starostnik sreča, poleg normalnih spremljajočih pojavov staranja, še z boleznijo in novo telesno podobo. Zato je njegova optimalna rehabilitacija zelo odvisna od njegovega psihofizičnega in socialnega stanja. Pri različnih posameznikih v enakih starostnih obdobjih je to stanje lahko zelo različno. Stanju primerna je tudi sposobnost samooskrbe posameznika, ko je odpuščen iz bolnišnice v domače okolje (Batas, 2007).

Starostnik s stomo s spremljajočimi somatskimi težavami

Za optimalno samooskrbo starostnika s stomo je pomembno, da je njegovo zdravstveno stanje v taki kondiciji, da se je sposoben naučiti samooskrbe stome. V nasprotnem primeru je potrebno vključiti svojce, družino, prijatelje idr. Težave, s katerimi se spopada starostnik s stomo, so najpogosteje: vid, sluh, motorika - gibljivost, prehranjevanje, odvajanje in mentalna sposobnost.

1. Motnje vida: Z leti postanejo čedalje večja nadloga starejših ljudi. Nastopijo kot posledica staranja in/ali posledica določenih kroničnih degenerativnih, spremljajočih obolenj (npr. diabetesa) (Jaki Mekjavič, 2008).

Fiziološke spremembe vidnega polja: Prvi fiziološki procesi staranja vida se pričnejo po 40. letu starosti. Oko izgublja sposobnost akomodacije očesa, zato je značilno, da prizadeti posamezniki vidijo na daljavo dobro, medtem ko jim branje od blizu dela težave. Zato potrebujejo očala za bližino, ki omogočajo izostritev slike na mrežnico.

Najpogostejše očesne bolezni pri starostnikih: starostna siva mrena (katarakta), starostne degenerativne spremembe makule (rumene pege), zelena mrena

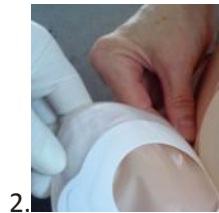
(glavkom), diabetična retinopatija (okvara mrežnice), starostna daljnovidnost.

Zelena mrena in diabetična retinopatija lahko, če nista pravočasno odkriti in zdravljeni, vodita v slepoto (Jaki Mekjavič, 2008).

Pacient s stomo, ki ima oslabiljen in okvarjen vid, potrebuje mnogo več časa za osamosvojitev. Poleg tega, da uporabljajo primerna očala, je pomembna tudi izbira pravega pripomočka za oskrbo stome. Izbrati je treba tak pripomoček, ki bo pacientu kljub slabovidnosti omogočal samostojnost pri namestitvi. Če to ni možno, pa je treba vključiti svojce oz. družino. Kožne podloge in vrečke za stomo so različnih oblik in modelov, ki jih pacient zazna tudi s tipanjem. Tako poznamo kožne podloge, kjer je izdelana posebna reža, ki omogoča, da pacient s tipom namesti zbiralno vrečko za stomo (slike od 1-4); pacient lahko uporabi dvodelni sistem, kjer ima kožna podloga obroček in bo tako lažje nameščal zbiralno vrečko (slike od 5 – 8). Pri enodelnih sistemih, kjer je zbiralna vrečka s kožno podlogo izdelana v enem kosu, je princip namestitve pri slabovidnem pacientu mnogo težji, zlasti če gre za starostnika z ileostomo (pogosto, tekoče, kašasto blato) ali urostomo (urin).



1.



2.

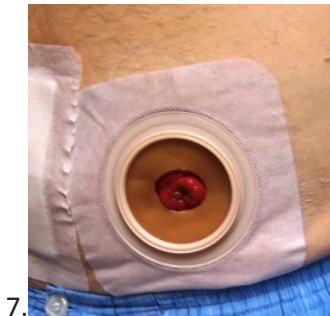


3.



4.

Slike 1–4.: Dvodelni sistem s kožno podlogo, ki ima na spodnjem delu režo, ki omogoča lažje nameščanje vrečke. (Batas, 2011)



Slike 5-8.: Dvodelni sistemi s kožno podlogo in vrečko z obročkom (Batas, 2011)

Slabovidnega pacienta opozorimo na primerno svetlobo, dodatne luči, uporabo ogledal s povečavo, nošenje očal s primerno dioptrijo pri menjavi kožne podloge in vrečke.

2. Motnje sluha: Starostnik ima lahko okvarjen sluh zaradi: dednih dejavnikov, posledic določenih bolezni (vnetje ušesa, mumps, ošpice, gripa, sladkorna bolezen, meningitis), poškodb zaradi izpostavljenosti hrupu, poškodb glave in posledic uporabe določenih zdravil (garamicin, kinin, citostatiki). S starostjo se sicer vse bolj pojavlja naglušnost, vendar lahko kljub temu 85-letni posameznik tudi odlično sliši. Pešanje sluha lahko nastopi zaradi starostnih sprememb vratne hrbtenice, ker se zožijo kanali, po katerih potekajo žile, ki prehranjujejo notranje uho (Radšel - Burger, 1998). Zaradi težav s sluhom je otežkočena komunikacija posameznika. Starostnik čedalje težje sledi pogovoru v družbi več sogovorcev (Vatovec, 2005).

Starostnika s stomo in težavami s sluhom je treba najprej usmeriti k zdravniku. Le-ta mu bo predpisal zdravila, če je to potrebno ali pa ustrezen pripomoček za sluh (slušni aparat). Kljub temu pa je pomembno, da med komunikacijo gledamo starostnika v oči, obraz, ker si tako lahko pomagata z branjem z ust. Po-

služujemo se praktičnega prikazovanja, lahko uporabimo tudi pisna navodila s slikovnim gradivom, ki poučevanje za samooskrbo olajšajo. Med poučevanjem naj bo zagotovljena primerna intimnost v prostoru, brez nepotrebne hrupa (Bizjak, 2003).

3. Starostne spremembe na koži: S staranjem se spreminja in stara tudi naša koža. Poleg dednih in notranjih dejavnikov (delovanje organov, endokrinih žlez) imajo na staranje kože vpliv tudi zunanji dejavniki (izpostavljanje soncu, UV-žarkom, sevanju; kajenje, alkohol, nezdrava prehrana). Koža opravlja številne funkcije: ščiti telo pred mehničnimi dejavniki, sevanjem, kemičnimi vplivi, uravnava telesno temperaturo, ščiti pred vdorom mikroorganizmov, preprečuje izgubo tekočin in snovi iz telesa ter služi kot skladišče maščob (Žgavec, 2005). S starostjo se prične spreminjati tako povrhnjica kot usnjica in podkožje:

- koža postaja suha (spremenjeno delovanje keratinocitov – poglavitnih celic povrhnjice),
- spremembe v usnjici zaradi zmanjšanja fibroblastov in njihovega delovanja (koža postane manj elastična, pojavijo se gube),
- zaradi zmanjšane opore usnjičnih vlaken in stanjšanja sten žilja se številne manjše kapilare razširijo in že ob manjšem mehanskem pritisku lahko pride do podplutb,

V koži se nahajajo sprejemniki štirih čutov: za tip, toploto, mraz in bolečino. Čutilo za tip je zgrajeno iz tipalnih telesc, ki se nahajajo v usnjici. V njih so čutnice, ki so občutljive na dotik in pritisk (dlani, podplati, ustnice itd.). Čutilo za tip je zelo pomembno, zlasti za slabovidne in slepe, ker z njim prepoznavajo predmete v svoji okolici. Okvara le-tega vpliva na samooskrbo starostnika s stomo, ker mu lahko povzroča težave pri rokovanju s pripomočki za stomo. Na koži se pojavljajo tudi starostne pege, lise in bradavice. Te lahko, če se nahajajo na koži okoli stome, motijo dobro namestitev kožne podloge. V tem primeru si lahko pomagamo z zatesnitveno pasto, filmi v obliki spreja ali robčkov, če je potrebno pa patronažna medicinska sestra napoti starostnika s stomo k zdravniku, da bi mu to odstranili. Vsekakor se starostnika s stomo napoti k zdravniku, če se na koži okrog stome opazi znamenja, ki spreminjajo velikost, barvo ali obliko (Žgavec, 2005).

4. Voh in okus v starostnem obdobju:

Nos ima obliko piramide, ki jo tvorijo proksimalno kost in nosni hrustanci. Nosni

hrustanci oblikujejo sredino nosu in konico. Nosni pretin deli nos v desno in levo nosno votlino. Nos je znotraj prekrit s sluznico, na kateri razločujemo dihalni in vohalni predel. Dihalni predel je prekrit z večplastnim epitelijem z migetalkami, ki se gibljejo hitreje proti hoanam. Vohalni del zajema predel zgornje školjke in zgornji del nosnega pretina. Prekriva ga vohalni epitelij, ki je sestavljen iz čutnic in opornih celic, kjer poteka vohalni živec (Kambič, 1984). Nos opravlja dihalno, vohalno in govorno nalogo. S staranjem se pojavijo motnje voha, ki so lahko: zmanjšana sposobnost vohanja, popolna izguba voha, preobčutljivost za določene vrste vonjev, motnja voha, ko starostnik nenazadnje navaja drug vonj namesto določenega (Kambič, 1984). Kadar gre za motnje vonja, starostnik ne bo zmožen hitro prepoznati situacije, ko blato zateka pod kožno podlogo in se širi neprijeten vonj. To bo lahko prepoznal le vizualno.

Okus zaznamo, ko zaužijemo hrano in kemične snovi iz hrane stopijo v stik s polariziranimi nevroepiteljskimi celicami, ki so nakopičene v brbončicah jezika. Ločimo štiri glavne okuse: slano (robovi jezika), kislo (robovi jezika), sladko (konica jezika) in grenko (koren jezika). Kemične snovi iz hrane med žvečenjem in požiranjem vzdražijo okušalne brbončice. Na pojav motenj v zaznavanju okusa lahko vplivajo zdravila ali različna obolenja posameznika (Potočnik, 2008).

Motnje v zaznavanju vonja in okusa lahko vplivajo na apetit, željo posameznika po hrani, posredno pa na primerno prehranjenost in optimalno zdravje posameznika. Redna in zdrava prehrana starostnika s stomo vpliva tudi na aktivnost odvajanja. Zelo pomembno je zadostno uživanje tekočine. Nepravilno prehranjevanje, nezadostno uživanje tekočin in premalo gibanja lahko vodi v težave z odvajanjem – obstipacijo. V primeru obstipacije patronažna medicinska sestra pacientu s stomo svetuje, da si pomaga s pomočjo naravnih odvajal, kamor sodi primerna prehrana ter zadostno uživanje tekočin, tudi takih, ki delujejo odvajalno (Donat Mg, kompot iz suhih sliv in jabolk idr.). Če to ne zadostuje, se mora pacient posvetovati z osebnim zdravnikom, ki mu bo predpisal ustrezno odvajalo (Portalak sirup, Prorektal sirup, tablete za odvajanje). V skrajnem primeru, ko nobeno od navedenih sredstev ne učinkuje, pride v poštev aplikacija klizme v stomo (velja samo za osebe s kolostomo).

5. Gibanje – telesna dejavnost: Gibanje je normalna fiziološka potreba vsakega živega bitja, tudi človeka. Gibanje in telesna dejavnost sta pomembna za zmanjšanje tveganja pojava kardiovaskularnih obolenj, ohranjanje gibljivosti sklepov in mišične moči, preprečevanje zmanjševanja kostne mase (osteoporoze), preprečevanje in zmanjšanje stresa, izboljšanje metabolizma maščob in ogljikovih hidratov ter za vzdrževanje telesne teže. Telesna dejavnost mora biti

prilagojena posamezniku in njegovemu zdravstvenemu stanju. V primeru prisotnih kroničnih degenerativnih obolenj mora biti, po posvetu z zdravnikom, telesna dejavnost temu prilagojena. Na ta način se izognemo nepotrebni zapletom ob prekomernih in napačnih obremenitvah.

V obdobju starosti pa se vse pogosteje pojavljajo dejavniki tveganja, ki vplivajo na samostojnost gibanja. Med te dejavnike uvrščamo: kardiovaskularna obolenja, osteoporozo, degenerativne spremembe predvsem velikih sklepov (Turk, 2008). Kardiovaskularna obolenja predstavljajo veliko tveganje za nastanek možganske kapi ((CVI) Petek - Šter, Kersnik, 2004).

Starostnik s stomo je po možganski kapi lahko močno oviran glede samooskrbe. Vse je odvisno od tega, kako hude posledice so nastale po njej. Zaradi možganske kapi lahko pride do delne ali popolne ohromelosti telesa (hemipareze, hemiplegije), motenj vida, motenj govora, sluha, motenj ravnotežja ter slabših kognitivnih sposobnosti. V teh situacijah, ko je zaradi motorične ali kognitivne prizadetosti pacient s stomo nezmožen samooskrbe, je nujno potrebno v oskrbo vključiti svojce, družino.

Za oceno stopnje gibljivosti – ravnotežja se uporabljajo različne ocenjevalne lestvice. Najbolj znana je BERG-ova lestvica (Bergs, 2012). Obstaja pa še vrsta ocenjevalnih lestvic za ocenjevanje psihofizičnih sposobnosti (Morse fall scale, 2012).

6. Mentalne sposobnosti in komunikacija pri starostniku s stomo:

Za uspešno komunikacijo je pomembno, da informacija pride od oddajnika (medicinska sestra, enterostomalni terapevt) preko komunikacijskega kanala (govor, vid, sluh, tip) do sprejemnika (starostnik s stomo). Zato je pomembno, da pri usposabljanju, poučevanju starostnika s stomo medicinska sestra upošteva njegove zmožnosti sprejemanja informacij.

Pri komunikaciji s pacientom, starostnikom s stomo, se mora medicinska sestra izogibati nekaterim pogostim motnjam, ki lahko nastopijo tako na strani oddajnika kot sprejemnika, pri čemer nastopajo med. sestra, enterostomalni terapevt in pacient v vlogah obeh (Filipič, 1998), (preglednica 1).

MOTNJE PRI ODDAJNIKU		MOTNJE PRI SPREJEMNIKU	
med. sestra	pacient	med. sestra	pacient
Narobe razumljena beseda	Ni zmožen, da bi se izrazil	Neustrezen odnos	Okvara sluha
Uporaba strokovnih izrazov	Strah pred avtoriteto	Brezbrižnost	Slabovidnost
Nerazločno, tiho ali hitro govorjenje	Strah	Pomanjkanje časa	Slepota
Lastna negotovost		Neodkritost	Duhovna pasivnost
Narobe podana navodila	Napačno pričakovanje	Neustrezno odzivanje	Čustveno stanje (upanje, strah, jeza, žalost)
Brezbrižnost	Občutki krivde	Jemanje poguma s kretnjami in mimiko	Pomanjkanje pozornosti
Časovni pritisk	Občutki dolžnosti	Ne obvladovanje tujega jezika	Neprijetno, neprimerno okolje (hrup ...)
Strah pred vprašanji bolnika	Depresija		Neposlušnost
Nejasno, neurejeno govorjenje	Agresija		Strah pred spraševanjem
Podcenjevanje pomena informacij za bolnika	Demenca		Napačne predstave
Pomanjkanje stikov			
Napačne predstave (saj ne razume)			

Preglednica 1 : Pogoste motnje v komunikaciji s strani oddajnika in sprejemnika, pri čemer nastopata med. sestra in pacient v vlogah obeh (Filipič, 1998).

Pri učenju pacienta lahko medicinska sestra naleti na več ovir, ko informacija potuje k starostniku s stomo. Upoštevati mora njegovo mentalno sposobnost, stanje spomina, stanje vida, sluha in motorike. V starosti se pogosto pojavlja-

jo psihično-vedenjske motnje, kot so depresija, anksioznost, motnje spomina, demenca in drugo (Redfern, Ross, 1999). S starostjo se posameznik počasneje odziva in reagira v specifičnih situacijah. Pri komunikaciji s slepimi in/ali zelo slabovidnimi naj medicinska sestra pristopi k pacientu, ga najprej ogovori in poda roko, ker se slednji tako lažje orientira. Slepimi in slabovidnimi posamezniki imajo bolj razvite ostale čute, kot na primer sluh, tip in vonj, zato mora medicinska sestra pristop temu prilagoditi (Bizjak, 2003).

V primeru težav, motenj na enem izmed v prispevku omenjenih področij je potrebno, da medicinska sestra temu primerno prilagodi pristop k poučevanju, po možnosti izbere primeren pripomoček za posameznega pacienta in ko je to potrebno, vključi v proces učenja svojce.

ZAKLJUČEK

Delež starejšega prebivalstva, starega nad 65 let, se zelo povečuje - tako pri nas kot v svetu. S tem se povečuje tudi pojav kroničnih degenerativnih in rakavih obolenj. V porastu je tudi rak debelega črevesa in danke. Zdravljenju letnega pogosto sledi operativni poseg s končnim izidom – stomo. Starostnik se tako z vsemi svojimi normalnimi pojavi staranja sooča še z novo telesno podobo ter psihičnim in fizičnim stresom, ki to novo podobo spremljata. Zato je potrebno v zdravstveni negi nameniti mnogo več pozornosti ustreznemu načinu in pristopu k zdravstveni negi ter oskrbi starostnikov s stomo. Potrebno je upoštevati vse možne oteževalne okoliščine in jih upoštevati pri izbiri ustreznih pripomočkov za oskrbo stome. Pripomočki naj bodo taki, da se bo starostnik lahko z njimi rokoval in mu bodo zagotavljali občutek varnosti ter mu omogočali čim večjo samostojnost. V primeru, da zdravstveno stanje starostnika onemogoča samooskrbo, je potrebno v proces učenja za boljšo samooskrbo vključiti svojce, družino. Vsekakor pa moramo biti zdravstveni delavci, enterostomalni terapevti/-ke pri delu s starostnikom potrpežljivi, razumevajoči in delovati po načelih, ki nam jih narekuje kodeks etike in nenazadnje humanost do sočloveka. Ne pozabimo, da gremo vsi po enaki poti.

LITERATURA

Accetto B. Med zdravniki in bolniki. 40 let ustanovitve inštituta za gerontologijo in geriatrijo. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka: 53.

Batas R. Pacient s stomo na domu in prilagoditev življenjskih navad. V: Batas R. (ur.). Kirurška rana in oskrba zapletov črevesnih izločalnih stom. Zbornik predavanj s strokovnega srečanja. Rogaška Slatina. 2007: 17 – 27.

Bergs balance scale. Dostopno na http://ompo.info/uploads/Long_Form.pdf <19. 01. 2012>.

Bizjak S. Zdravstvena nega pri starejših, slepih in slabovidnih. V: Polajnar M. Nega starejših in bolnih: Zbornik referatov, Škofja Loka: Ljudska univerza Škofja Loka. 2003;19-22.

Filipič I. Komunikacija v zdravstveni negi. Obzor Zdrav Neg. 1998; 32 (številka): 221 – 5

Hojnik – Zupanc I. Dodajmo življenje letom. Nekaj spoznanj in nasvetov, kako se smiselno in zdravo pripravljati na starost in jo tako tudi živeti. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, 1999.

Jaki Mekjavič P. Starostnik in motnje vida. Ljubljana. Zdrav vest 2008. 77 (številka): 823 – 6

Kambič V. Otorinolaringologija: za medicince, stomatologe in zdravnike splošne medicine-2.izd.-Ljubljana: Mladinska knjiga, 1984.

Morse fall scale. Dostopno na:

<http://sacramento.networkofcare.org/library/Morse%20Fall%20Scale.pdf> (19. 01. 2012).

Pentek M. Zdravo staranje, Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije in Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1995: 8.

Petek - Šter M., Kersnik J., Obravnava starostnika v družinski medicine. Zdrav vest. 2004; 73 (številka): 767-71.

Potočnik K. Odkrivanje in preprečevanje otorinolaringoloških težav pri starostniku (Diplomsko delo). Univerza v Mariboru. Fakulteta za zdravstvene vede. Maribor. 2008: 1 - 76.

Radšel Burger Z. Sluh in glas v starosti. V: Turk J. (ur.). V mladosti misli na starost. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, 1998: 107.

Ramovš J. Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontagogika. Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti. Ljubljana, 2003: 68.

Ramovš J. Medčloveški in medgeneracijski odnosi – pogoj za kakovostna po-

znejša leta. V: Turk J. (ur.). Zdrava poznejša leta. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, 2005: 293-307.

Redfern S J, Ross F M. Nursing older people. Third edition, 1999. Churchill livingstone.1- 45.

Dostopno na: <http://books.google.si/books?id=ZR8KD1ntllkC&printsec=frontcover&hl=sl#v=onepage&q&f=false> <13. 02. 2012>.

SVIT. Državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije – Center za preprečevanje kroničnih bolezni CINDI. 2008. Dostopno na:<http://www.program-svit.si/> <13. 02. 2012>.

Turk Z. Gibanje je vir zdravja in zdravje je vir gibanja. Maribor: Univerza v Mariboru, Univerzitetni klinični center Maribor, 2008.

Vatovec J. Sluh v poznejših letih. V: Turk J. (ur.) Zdrava poznejša leta: naj bodo tudi lepa. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, 2005: 188-190.

Žgavec B. Koža - težave v poznejših letih. V: Turk J. (ur.) Zdrava poznejša leta: naj bodo tudi lepa. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, 2005: 173-179.

PREHRAMBENE NAVADE PACIENT Z IZLOČANO STOMO

EATING HABITS OF OSTOMY PATIENT

KLAVDIJA PRAH OPREŠNIK, DIPL. M. S., ET, UNIV. DIPL. ORG.

KLAVDIJA.PRAH@GMAIL.COM

IZVLEČEK

Življenje se po uvedbi stome zagotovo spremeni, zato je zelo pomembno, da posameznik premaga začetne strahove in odpor, se z njimi sooči in sprejme stomo kot del svojega življenja. Dobra prehrana obnavlja in pomlajuje celice in tkiva ter vpliva na izločanje odpadnih snovi iz telesa. Pravil glede prehrane ni, so le priporočila. Izogibati se je treba težki in mastni hrani ter jedem, ki nape-njajo.

ABSTRACT

Life after getting a stoma changes, therefore it is important that individuals gets over his fear, resistance and takes stoma as part of his life. Good nutrition restores and rejuvenates cells and tissues as it affects on elimination of waste products out of body. There are no rules about certain nutrition - there are only recommendations. It is important to avoid hard and greasy food as well as food that produces a lot of gases.

Ključne besede: stomist, prehrana, informiranost

Key words: ostomy patient, nutrition, information

UVOD

Prebavni sistem ima zelo pomembno vlogo pri prebavi hrane, absorpciji hranil, vode in soli ter odstranjevanju vsega, kar ostane neprebavljeno.

Po šestih tednih se praviloma lahko začne uživati hrana, ki je bil posameznik navajen pred operacijo.

PRIPOROČILA GLEDE PREHRANJEVANJA

Za uspešno svetovanje glede ustrezne prehrane se moramo s pacientom pogovoriti že pred operacijo ter se ob tem seznaniti z njegovimi prehrabnenimi navadami, alergijami in intolerancami na razna živila. Svetovanje je individualno in strogih pravil ni.

Če je odstranjeno debelo črevo, bo izostala absorbcija vode in drugih hranil, pacient pa bo izločal redko blato, približno 800 ml na dan. Motena je tvorba vitamina K.

Po operaciji začnemo počasi uvajati vlaknine, popolnoma pa izločimo grah, fižol, lečo, močne začimbe (poper, paprika), salame in klobase, konzervirano hrano, mastna in ocvrta živila ter alkoholne pijače. Priporoča pa se: zelenjavni pire, kremne juhe, pusto meso, kuhano sadje, sadne sokove (ne limoninega), mleko z manj maščobami, nemastno skuto, jogurt ter nemastno in ne presladko pecivo. Živila je treba uvajati postopoma- le eno živilo naenkrat.

Uživa naj se več manjših obrokov na dan in hrana naj se dobro prežveči. Preskakovanje obrokov povzroča flatulenco (vetrovi), meteorizem (napenjanje) in diarejo (driska).

Osebe s stomo:

naj jedo počasi v mirnem okolju, hrano naj dobro prežvečijo, jedo naj v manjši količini, med jedjo naj ne govorijo zaradi požiranja zraka, tekočino naj zaužijejo v zadostni količini po jedi,

naj ne pijejo med jedjo, omejijo naj uporabo enostavnih sladkorjev, hrana naj bo bogata s kalijem, popijejo naj 6-8 kozarcev vode na dan, ko se uvaja novo živilo, naj bo le-to v manjši količini innaj ne nosijo pretesnih oblačil, saj ta povzročajo slabšo prebavo in napenjanje (Čudić, 2009).

PIRAMIDA ZDRAVE PREHRANE

Ne glede na to, da je piramida zdrave prehrane umeten model, je osnovana na praktičnih izkušnjah nekaterih poznanih prehrabnenih navad, ki so se skozi stoletja dokazale, da so varovalne. Piramida že ob bežnem pogledu pokaže, da osnovo zdrave prehrane tvorijo polnovredna žita, sadje in zelenjava. Omogoča izbiro hrane med petimi osnovnimi skupinami: polnovredna žita, sadje, zelenjava, beljakovine in maščobe.

Pri ileostomi je pomembno, koliko tankega črevesa je ostalo; več kot ga je, bolj

raznolika in normalna je lahko hrana. Pomembno je popiti vsaj dva litra tekočine na dan. Občasno se lahko zaužije malo več kuhinjske soli.

Pri kolostomi je prehrana običajna, le vsrkavanje tekočine je odvisno od dolžine ostalega debelega črevesa.

Nekatera živila vplivajo na:

- zapiranje: čokolada, rozine, zelena, bel kruh, krompir, koruza, rdeče vino, prekuhano mleko, suhi siri
- odvajanje: surovo mleko, špinaca, fižol, fige, pivo, sladkor, kava, suhe slive
- napenjajo: sveže sadje, čebula, zelje, koleraba, pivo, gazirane pijače, cvetača, stročnice
- zmanjšujejo napenjanje: jogurt, sok brusnic
- povečujejo neprijeten vonj: česen, čebula, beluši, jajca, meso, gobe
- zmanjšujejo neprijeten vonj: peteršilj, špinaca, brusnice, jogurt, zelena solata

Pri urostomi je najbolj priporočljivo uživanje zadostne količine tekočine (dva litra na dan).

Posebno pozornost je potrebno nameniti neprijetnemu vonju in prekomernemu izločanju plinov. Zato se je treba izogibati tistim jedem, ki le-te povzročajo, zlasti če gremo na potovanje ali v družbo.

Za preprečevanje neprijetnega vonja in uhajanja plinov se priporoča uporaba vrečk s filtrom ali pa razna sredstva za nevtralizacijo vonjev (kapljice in pudre), ki se stisnejo v vrečko (Klemenc, 2001).

VLOGA MEDICINSKE SESTRE – ENTEROSTOMALNE TERAPEVTKE

V okviru osnovnih življenjskih aktivnosti, kot sta prehranjevanje in pitje, ima medicinska sestra pomembno vlogo pri usposabljanju osebe s stomo za samooskrbo. Medicinska sestra nudi pomoč pri izvajanju te aktivnosti ter uči osebo s stomo o pravilni, zdravi prehrani ter njenih učinkih na prebavni sistem. Medicinska sestra daje osebi s stomo psihično podporo in motivacijo.

Zadovoljene potrebe po osnovnih življenjskih aktivnostih so pomembne za zadovoljevanje ostalih psihičnih in socialnih potreb, so pa tudi pogoj za kakovostno rehabilitacijo osebe s stomo (Batas, 2009).

ZAKLJUČEK

Krajši čas po operaciji je za osebo s stomo priporočljivo uživanje dietne prehrane, ki vsebuje malo balastnih snovi. S tem se zmanjša količina blata z namenom, da se črevo in stoma pozdravita in da oteklina, ki je posledica operacije, izgine. Šest tednov po operaciji se lahko posameznik vrne k običajni prehrani in počasi začne ugotavljati, katera hrana mu ne povzroča težav, kot so plini, neželene vonjave ... Tako hrano ustrezno prilagodi svojim potrebam.

LITERATURA

Batas R. Rehabilitacija pacienta s stomo – aktivnosti prehranjevanja in oblačenja. *Obzor Zdr N.* 2009; 43(4).

Čudić S. Zdravstvena nega bolnika po operaciji na debelem črevesu s kolostomo. Diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru. Fakulteta za zdravstvene vede; 2009.

Klemenc D. *Živeti s stomo.* Ljubljana: Coloplast A/S, Podružnica; 2001.

POJAV ZGODNJIH ZAPLETOV OB IZLOČALNI STOMI PRI STAROSTNIKIH V UNIVERZITETNEM KLINIČNEM CENTRU LJUBLJANA

EARLY OSTOMY COMPLICATIONS AT THE ELDERLY PATIENTS IN THE UNIVERSITY MEDICAL CENTRE LJUBLJANA

ANITA JELEN, DIPL. M.S., ET

UKC Ljubljana

Svetovalna služba zdravstvene nege

anita.jelen@kclj.si

IZVLEČEK

Izhodišče: Število ljudi, starejših od 65 let, se povečuje in z njim tudi vse več starejših pacientov s stomo. Starostniki imajo več stalnih črevesnih stom, njihova hospitalizacija je daljša, imajo več pooperativnih zapletov in višjo stopnjo umrljivosti. Namen prispevka je predstaviti predvsem pojav zgodnjih zapletov ob izločalni stomi pri starostnikih, ki so bili obravnavani v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani v letu 2011 ter na osnovi tuje strokovne literature narediti primerjavo med pojavnostjo zapletov. Metode: V prispevku je bila uporabljena deskriptivna metoda s pregledom literature in pregledom dokumentacije enterostomalnih terapij. Rezultati: Starostniki imajo več pridruženih obolenj, zato je običajno hospitalizacija pri njih daljša in imajo več pooperativnih zapletov. Največ zapletov se pojavlja pri starostnikih z urostomo, najmanj pa s kolostomo. Razprava in zaključek: S starostjo narašča možnost nastanka zapletov, predvsem na koži okrog stome, posledično popuščanje kožne podloge in pa težko prilagajanje na življenje s stomo. Primerjava podatkov o pojavu zgodnjih zapletov ob izločalnih stomah pri starostnikih ne odstopa s podatki iz literature, vendar bi bilo za točno oceno potrebno narediti podrobne analize z uporabo primernih primerjalnih statistik.

ABSTRACT

Introduction: The number of people older than 65 continues to grow, and so does the number of older patients with stomas. Older patients have more permanent fecal ostomy, their stays at hospitals are longer, they have more postoperative complications and the mortality rates among older patients are higher. The aim of this article is to present the occurrence of early ostomy complications on older patients who were treated in University Medical Centre Ljubljana in 2011 on the basis of an analysis of foreign professional literature to compare the incidence of complications. **Methods:** In this article the descriptive research method with an examination of literature and internal documentation was used. **Results:** The hospitalization of older patients lasts longer, because they have more comorbidity and postoperative complications. The most of complications occur on the patients with urostomy, and the least on the patients with colostomy. **Discussion and conclusion:** With age, the possibility of complications, especially the irritation on the skin around the stoma as a result of leaking appliances and difficult adapting of the life with stoma, is increasing. Comparison of data on the occurrence of early ostomy complications doesn't deviate in comparison with data in a literature, but it would be necessary to make an accurate assessment of a detailed analysis with use of appropriate comparative statistics.

Ključne besede: starostnik, izločalna stoma, zgodnji zapleti

Keywords: older person, ostomy, early complications

UVOD

V zadnjih desetletjih smo priča demografskim spremembam, ki zahtevajo spremembe v zdravstvenem sistemu. Število ljudi, starejših od 65 let, se povečuje in statistike v Evropi prikazujejo naraščanje te populacije na več kot 17 % prebivalstva (Turk et al., 2008).

Starost in zdravo staranje nista bolezen, temveč le programirani fiziološki proces, ki je zapisan v dedni zasnovi. Toda ta proces lahko pospešijo različni vplivi okolja, predvsem bolezni, ki lahko povzročijo bolezensko ali prezgodnje staranje organizma. Osnovna značilnost sprememb v procesu staranja je upočasnitev različnih procesov in posledično zmanjšanje delovanja različnih organskih sistemov ter s tem delovanje celotnega organizma. Zaradi zmanjševanja delovanja in posledično zmanjšane funkcijske rezerve se organizem teže prilagaja na spremenjene pogoje in večje obremenitve (Poredoš, 2004).

Dobra priprava starostnika na operativni poseg, kakor tudi preprečevanje pooperativnih zapletov in nadaljnjo obravnavo starostnika s stomo, zahteva interdisciplinaren pristop izkušenih strokovnjakov. V tem interdisciplinarnem timu mora aktivno sodelovati več zdravnikov specialistov (kirurg, internist, anesteziolog oz. specialist ustrezne stroke), medicinska sestra na kliničnem oddelku, medicinska sestra-enterostomalna terapevtka, dietetik, fizioterapevt, socialni delavec ter seveda pacient in njegovi svojci.

Kljub vsej podpori in profesionalni oskrbi ter dobremu sodelovanju vseh strokovnjakov pa včasih ni mogoče preprečiti pooperativnih zapletov. V nadaljevanju bodo predstavljeni najbolj pogosti zgodnji zapleti ob izločalnih stomah pri starostnikih v UKC Ljubljana v letu 2011.

METODE

Uporabili smo deskriptivno metodo dela, in sicer pregled literature ter pregled dokumentacije enterostomalnih terapevtk v Svetovalni službi zdravstvene nege o obravnavi vseh novo- nastalih izločalnih stom v UKC Ljubljana. Pregledali smo naslednje podatkovne baze: Google Učenjak, EBSCOhost (MEDLINE, CINAHL, HealthSource: Nursing/AcademicEdition) brez časovne in jezikovne omejitve, s ključnimi besedami: older ostomate, older person with a stoma, postoperative ostomy compliations.

UGOTOVITVE

Pri starostnikih je še posebej pomembno, da ga pred operativnim posegom obišče enterostomalna terapevtka in ga pripravi na operacijo, seznaniti z osnovnimi stvarmi - predvsem pa s tem, kaj lahko pričakuje v neposrednem obdobju po operaciji. Obvezna je seznanitev z dieto oz. prehrano, kako se prazni pripomoček, ki ga bo imel, kako se neguje koža okrog stome, kako se izrezuje kožna podloga in namešča nov pripomoček, kam bo zavrgel uporabljeni pripomoček, način preskrbe s pripomočki, ki jih bo potreboval ter kje bo dobil pomoč in podporo, ko jo bo potreboval (Slater, 2010).

Predoperativno označevanje mesta stome je dobra preventiva pred neprimeren kreiranjem stome, primerno mesto stome pa je tudi dober začetek pacientovega prilagajanja življenju s stomo (Leafgreen, 2002).

V večini primerov začne enterostomalna terapevtka hitro po operaciji poučevati posameznike s stomo in za tiste, ki dobro okrevajo, prilagajanje na stomo ni tako velik izziv kot na primer pri starostnikih. Za starejše ljudi je to neizmerno težko, kajti zelo težko sledijo procesom učenja v obdobju rehabilitacije po veliki operaciji, in misel, da se bodo morali naučiti obvladovanja oskrbe stome v

enem tednu, jih še dodatno psihično obremenjuje (McKenzie et al., 2006, cit. po Slater, 2010).

Pri starostnikih postaja nega stome zahtevnejša, naraščajo težave predvsem z vidika večjih fizičnih zahtev in nezmožnostjo obvladovanja le-teh zaradi zmanjšane fizične aktivnosti ali drugih sposobnosti (Black, 2009). Ista avtorica tudi navaja, da pri starostnikih, ki pridejo na operacijo in so prvič v bolnišnici, pogosto prihaja zaradi hudega občutka prestrašenosti do popolne nemoči in nesposobnosti obvladovanja osnovnih življenjskih potreb. Takšni pacienti so po operaciji pogosto zmedeni, ne prepoznajo okolja, v katerem se nahajajo, pogosto pa imajo tudi slabši sluh, kar onemogoča dobro sporazumevanje z zdravstvenim osebjem. Otežen je proces učenja in posledično slabša samooskrba oziroma nezmožnost samooskrbe.

Narejenih je bilo nekaj študij, ki so raziskovale vpliv starosti na kvaliteto življenja s stomo. Masteracci et al. (2006, cit. po Williams, 2009) v svoji študiji ugotavljajo, da so 80 let in več stari pacienti s kolorektalnim rakom bolj zaskrbljeni glede vsakodnevne nege in oskrbe stome, kot pacienti z enakim obolenjem stari manj od 70 let.

Dykes et al. (2001, cit. po Williams, 2009) pravi, da je vsako odstranjevanje kožne podloge neprijetno in boleče ter potencialno zmanjša lepljivost novega pripomočka, tako pa poveča tveganje za popuščanje kožne podloge.

Pomembno je, da pacienta naučimo pravilnega odstranjevanja kožne podloge brez poškodb kože, primerna pa je tudi informacija o uporabi silikonskih odstranjevalcev, ki pripomorejo k varni odstranitvi stare kožne podloge (Rudoni, 2008, cit. po Williams, 2009).

Pittman et al. (2008) navajajo, da s starostjo narašča možnost nastanka zapletov, ki se kažejo predvsem kot spremembe na koži oz. vnetje parastomalne kože, popuščanje kožne podloge in težko prilagajanje na življenje s stomo.

V retrospektivni raziskavi, ki je potekala v eni izmed bolnišnic v San Franciscu, so ugotovili, da je pri starejših pacientih (74,8 %) pogosteje vzrok novo formirani črevesni stomi karcinom na debelem črevesju, kot pri mlajših pacientih (45 %). Pri starejših in mlajših pacientih ni bilo bistvene razlike v nujnosti operacije, vendar je več starejših pacientov pri nujnih operacijah dobilo trajno stomo. Starejši pacienti so imeli že pred operacijo več pridruženih obolenj, daljšo hospitalizacijo in več pooperativnih zapletov. Zaključki omenjene raziskave so, da imajo pacienti starejši od 70 let več stalnih črevesnih stom, njihova hospitalizacija je daljša, imajo več pooperativnih zapletov in višjo stopnjo umrljivosti (Bosshardt, 2003).

Pregled dokumentacije

V prvi preglednici so predstavljene vse izločalne stome pri odraslih, ki so bile narejene v letu 2011 v UKC Ljubljana. Vseh skupaj je bilo 263 (100 %), od tega največ kolostom (43,34 %), sledijo ileostome (32,32 %), urostome (17,50 %), transverzostome (6,08 %) in pa dve cekostomi (0,76 %).

Preglednica 1: Novo formirane izločalne stome v UKC Ljubljana v letu 2011

VSE STOME V LETU 2011	ŠTEVILO	PROCENTI %
ILEOSTOMA	85	32,32 %
KOLOSTOMA	114	43,34 %
TRANSVERZOSTOMA	16	6,08 %
CEKOSTOMA	2	0,76 %
UROSTOMA	46	17,50 %
	263	100 %

V drugi preglednici so predstavljene vse izločalne stome, ki so bile narejene pri pacientih starih 65 let in več v letu 2011 v UKC Ljubljana. Vseh izločalnih stom, narejenih pri starostnikih, je bilo 149, to je 56,65 % od vseh izločalnih stom. Največ je bilo kolostom (46,31 %), in sicer 60,53 % od vseh kolostom, sledijo ileostome (28,86 %), teh je bilo 50,59 % od vseh ileostom, urostom (17,45 %), to je 56,52 % od vseh urostom. Sledijo še transverzostome (6,71 %), to je 62,5 % od vseh transverzostom in pa ena cekostoma (0,67 %), to je 50 %.

Preglednica 2: Novo formirane izločalne stome v UKC Ljubljana v letu 2011 - starostniki

VSE STOME V LETU 2011 - starostniki	ŠTEVILO (%)	PROCENTI %
ILEOSTOMA	43 (28,86 %)	50,59 % od vseh ileostom
KOLOSTOMA	69 (46,31 %)	60,53 % od vseh kolostom
TRANSVERZOSTOMA	10 (6,71 %)	62,5 % od vseh transverzostom
CEKOSTOMA	1 (0,67 %)	50,0 % od vseh cekostom
UROSTOMA	26 (17,45 %)	56,52 % od vseh urostom
	149 (100 %)	56,65 % od vseh stom

Zgodnje zaplete pri izločalnih stomah smo zasledili pri 120 pacientih, to je 45,63 % vseh pacientov, kjer so formirane nove stome. Od tega jih je bilo pri starostnikih (pacientih nad 65 let starosti) 75, to je pri 62,5 % pacientov z zapleti.

V preglednici 3 prikazujemo zaplete pri pacientih starostnikih, ki so imeli na novo formirano urostomo. Zapleti so bili prisotni pri več kot polovici (57 %). Najbolj pogost zaplet je bil edem, sledi vnetje kože, glivična okužba ter dehiscenca.

Preglednica 3: Zapleti pri urostomi - starostniki

ZAPLETI UROSTOMA	ŠTEVILO
15 pacientov (57,7 % od vseh urostom pri starostnikih)	
Vneta koža	6
Maceracija kože	1
Glivično vnetje	3
Nekroza	1
Dehiscenca	3
Ugreznjena	1
Edem	8
V gubi	1

V preglednici 4 prikazujemo zaplete pri starostnikih, ki so dobili ileostomo. Tudi tukaj vidimo, da so se zapleti pojavili pri več kot polovici pacientov (53,49 %). Najbolj pogost zaplet je bil edem, sledi mu vneta koža in ugreznjena stoma.

Preglednica 4: Zapleti pri ileostomi - starostniki

ZAPLETI ILEOSTOMA	ŠTEVILO
23 pacientov (53,49 % od vseh ileostom pri starostnikih)	
Vneta koža	8
Razjeda kože	1
Nekroza	2
Dehiscenca	2
Ugreznjena	5
Edem	13
V gubi	1

V preglednici 5 prikazujemo zaplete pri starostnikih, ki so dobili kolostomo. Tukaj je bilo zapletov manj, prisotni so bili pri 44,93 % pacientov. Najbolj pogost zaplet je bil edem, ravno toliko je bilo tudi ugreznjenih stom, sledi dehiscenca stome, nekaj pa je bilo tudi nekroz, vnete kože in v gubi kreiranih stom.

Preglednica 5: Zapleti pri kolostomi - starostniki

ZAPLETI KOLOSTOMA	ŠTEVILO
31 pacientov (44,93 % od vseh kolostom pri starostnikih)	
Vneta koža	4
Maceracija kože	1
Nekroza	4
Dehiscenca	7
Ugreznjena	13
Edem	13
V gubi	4

V preglednici 6 prikazujemo zaplete pri pacientih starostnikih, ki so dobili transverzostomo. Zapleti so se pojavili pri polovici, najbolj pogost zaplet je edem, sledi vneta koža.

Preglednica 6: Zapleti pri transverzostomi - starostniki

ZAPLETI TRANSVERZOSTOMA	ŠTEVILO
5 pacientov (50 % od vseh transverzostom pri starostnikih)	
Vneta koža	2
Dehiscenca	1
Ugreznjena	1
Edem	3
V gubi	1

V preglednici 7 prikazujemo pacienta s cekostomo. Imel je vgreznjeno stomo in vneta koža.

Preglednica 7: Zapleti pri cekostomi - starostniki

ZAPLETI CEKOSTOMA	ŠTEVILO
1 pacient (100 %)	1
vneta koža	1
ugreznjena	1

RAZPRAVA

Zdravstvena nega starostnika z izločalno stomo je otežena predvsem zaradi težav in problemov, ki jih prinesejo leta. Po pregledu literature je razvidno, da posebnih težav pri negi in oskrbi same stome ni bilo eksplicitno izraženih, nekaj več težav in problemov gre predvsem na račun pridruženih obolenj pred operacijo in zmanjšane fizične sposobnosti ter s tem povezane slabše samooskrbe.

Starejši kot so pacienti, bolj jih skrbi njihova zmožnost samooskrbe, kar je tudi povsem pričakovano, glede na to, da se s starostjo zmanjšujejo fizične, nekaterim pa tudi kognitivne, sposobnosti.

S starostjo narašča možnost nastanka zapletov predvsem na koži okrog stome v smislu sprememb oz. vnetij, posledično popuščanje kožne podloge in težko prilagajanje na življenje s stomo.

Najpogosteje je vzrok za novo formirano stomo pri starostnikih karcinom na debelem črevesju. Starostniki imajo več pridruženih obolenj, zato je običajna hospitalizacija pri njih daljša in imajo več kooperativnih zapletov.

Po pregledu dokumentacije ugotavljam, da je bilo narejenih več stom pri starostnikih (56,65 %), kot pri mlajših od 65 let. Transverzostom je bilo narejenih samo 6,08 %, vendar jih je bilo največ narejenih pri starostnikih (62,5 %). Sledijo kolostome, te so tudi najbolj pogoste stome, dobilo jih je 60,53 % starostnikov. Zgodnjih zapletov je bilo pri 62,5 % starostnikov.

Največ zapletov je bilo opaziti pri starostnikih, pri katerih je bila narejena urostoma, zaplete je bilo opaziti pri 57,7 %. Najbolj pogosti zgodnji zaplet je bil edem, sledi vnetje kože okrog stome, glivično vnetje in pa dehiscenca.

Zapletov pri starostnikih z ileostomo je bilo v 53,49 % primerov. Ravno tako je bil najpogostejši zaplet edem, sledi pa vnetje kože okrog stome.

Najmanj zapletov so imeli starostniki s kolostomo, takšnih z zapleti je bilo 44,93 %. Pri zapletih pacientov s kolostomo je opaziti, da je najbolj pogost zaplet poleg edema ugreznjena stoma, sledi dehiscenca. Vneta koža ni zelo pogost zaplet pri kolostomi, zapleti z vneta koža so bili številčno enaki nekrozi stome in mestu stome v gubi.

Zapletov pri transverzostomi je bilo opaziti pri polovici starostnikov, največ je bilo edemov, sledi vneta koža okrog stome.

Cekostomi sta bili v letu 2011 narejeni samo dve, ena je bila narejena pri starostniku, pri katerem je bila ugreznjena, prisotno pa je bilo tudi vnetje kože okrog stome.

Primerjava podatkov UKC Ljubljana o pojavu zgodnjih zapletov ob izločalnih stomah pri starostnikih ne odstopa s podatki iz literature, vendar bi za točno oceno morali narediti podrobne analize z uporabo primernih primerjalnih statistik.

ZAKLJUČEK

Vseh zapletov ne moremo preprečiti, lahko pa jih s primerno in kakovostno zdravstveno nego omilimo ter starostnikom pomagamo, da čim manj boleče sprejmejo življenje s stomo. Starostniki imajo predvsem težave zaradi zmanjšanih fizičnih sposobnosti, zato je izredno pomembno, da se pri izvajanju zdravstvene nege uporabljajo pripomočki primerni za oskrbo stome in zdravstveno vzgojo prilagodimo njihovim potrebam. Še posebej pozorni moramo biti pri starostnikih z urostomo, saj so pri njih najbolj pogosti zgodnji zapleti. Pri starostnikih, ki bodo dobili kolostomo, pa je izredno pomembno, da se predoperativno označi mesto stome, saj je najbolj pogost zaplet ugreznjena stoma in neprimerno mesto v gubi. Če bo imel starostnik primerno stomo na primernem mestu, jo bo predvsem lažje negoval in navsezadnje tudi lažje sprejel.

LITERATURA

Black P. Care of the older ostomate in the residential care setting. *Nursing&Residential Care*. 2009; 11(3): 123-127.

Bosshardt TL. Outcomes of Ostomy Procedures in Patients Aged 70 Years and Older. *Archives of Surgery*. 2003; 138(10): 1077-1082.

Leafgreen PK. Care of Patients with Colorectal Cancer. *Perspectives*. 2002; 2(3). Dostopno na: <http://www.perspectivesinnursing.org/pdf>, 20. 01. 2012.

Pittman J, Rawl SM et al. Demographic and Clinical Factors Related to Ostomy Complications and Quality of Life in Veterans With an Ostomy. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 2008; 35(5): 493-503.

Poredoš P. Zdravstveni problemi starostnikov. *Zdrav Vestn* 2004; 73: 753-756.

Slater RC. Managing quality in the older person with a stoma. *British Journal of Community Nursing*. 2010; 15(10): 480-484.

Turk Z, Jesenšek B, Turk E. Specifičnost rehabilitacije starostnikov. *Zdrav Vestn* 2008; 77: 833-838.

Williams J. Maintaining healthy skin in the older ostomate. *Nursing&Residential Care*. 2009; 11(8): 389-392.

STAROSTNIK Z VENSKO GOLENJO RAZJEDO NA DOMU – PRIKAZ PRIMERA

ELDERLY PEOPLE AND LOWER THING VENOUS ULCER CARE- A CASE REPORT

RENATA BATAS, DIPL. M. S., ET

Patronažno varstvo; Zdravstveni dom Ljubljana – Šiška

renata.batas@zd-lj.si

IZVLEČEK

Delež prebivalstva, starega nad 65 let, se neprestano večja in s tem tudi pojav različnih kroničnih obolenj. Zaradi težav z ožiljem se pri starostnikih pogosto srečamo z nastankom venske golenje razjede. V prispevku je opisan primer starostnika z vensko golenjo razjedo in način zdravljenja ter oskrbe, ki omogoča optimalno celjenje.

ABSTRACT

A part of 65 years old population and up continual increase and by that also apperance of different chronic diseases. Because of their cardiovascular problems we often meet with apperance of venous leg ulcer. In article is described a case report of old man with venous leg ulcer and the way of treatment and care who enable optimal wound healing.

Ključne besede: starostnik, venska golenja razjeda, ocena razjede, priprava dna rane

Key words: elderly, venous leg ulcer, estimation of ulcer, preparation of wound bottom

UVOD

Zaradi spremljajočih pojavov staranja, ki se kažejo v senzoričnih spremembah, spremembah v lokomotornem aparatu človeka, so starostniki še bolj podvrženi

pojavo obolenj in težavam z ožiljem, še posebej, če je njihova skrb za zdravje zanemarjena. Tako se pogosto srečamo s starostniki, ki imajo žilna obolenja, posledica le-teh pa je nastanek venske golenje razjede.

Venska golenja razjeda nastane zaradi venske staze ob venski hipertenziji. Kronično vensko popuščanje je posledica posttrombotičnega sindroma, pogosteje pa primarne insuficience venskih zaklopk in žilnih sten povrhnjih in globokih ven (Planinšek Ručigaj, 2007). Rezultat popuščanja je obratni tok venske krvi, imenovan refluks. Ta se na nivoju mikrocirkulacije kaže v spremembah na permeabilnosti endotelija. Med drugim prihaja do aktivacije levkocitov, ki izločajo vnetne mediatorje in preko vrste reakcij končno povzročijo hipoksijo tkiva, kar vodi do pojava razjede (Lugović, 2006). Venska razjeda je zadnji stadij kroničnega venskega popuščanja.

Golenja razjeda nastane v 80 - 85 % zaradi kronične venske insuficience in je najpogostejše na goleni ter stopalu. V 10 - 15 % so vzrok golenjim razjedam arterijske bolezni, v 5 % pa so vzrok druge bolezni (vaskulitisi, dermatološka obolenja, tumorji) (Vreček, 2007). Golenja razjeda je kronična rana, ki traja od 4 do 6 tednov (Vreček, 2007).

Pri obravnavi pacienta s kronično rano je s strani zdravstvene nege pomembna celostna obravnava, ki jo medicinske sestre poznajo kot obravnavo po procesu zdravstvene nege. V prispevku pa želimo poudariti oskrbo rane. Medicinska sestra najprej oceni rano. Ocena rane zajema:

velikost razjede: širino, dolžino, globino;

dno rane: granulacija, suha mrtvina, vlažna mrtvina, fibrinske obloge, epitelizacija, mešano dno;

izloček: nič, malo, srednje, obilen;

bolečina: ni prisotna, je občasna ali kontinuirana;

vnetje: ni prisotno, sumljivo, prisotno ter

stanje okolne kože: edem, ekcem, poškodovana koža, prisotno vnetje.

Za uspešno celjenje kronične rane je pomembno, da je dno rane čisto, brez mrtvin, fibrinskih oblog. To omogočimo s pripravo dna rane, ki zajema štiri komponente. Te predstavljajo okvir, na podlagi katerega lahko sistematično pristopimo k oskrbi kronične rane. Na podlagi tega je izoblikovan model, ki je poimenovan s kratico TIME (Kecelj-Leskovec N. et al., 2005):

T (tissue management) – oskrba tkiva, odstranjevanje mrtvin

I (inflammation and infection control) – obvladovanje in nadzor nad vnetjem ter okužbo

M (moisture balance) – ravnovesje vlage

E (epithelial advancement) – epitelijski napredek

T - Odstranjevanje mrtvin in drugih oblog na rani

Za pripravo dna venske golenje razjede (VGR) je pomembno, da odstranimo mrtvine ter fibrinske obloge. Le-te se lahko odstranijo kirurško (nekrektomija), encimsko (z medikamenti), mehanično, avtolitično (s sodobnimi oblogami) ali biološko (z ličinkami).

Glede na dno razjede (barva in izloček) se odločamo za primerno sodobno oblogo. Ob vsaki menjavi sodobne obloge moramo VGR umiti s tekočo, neoporečno vodo in z blagim, tekočim milom. Po namestitvi sodobne obloge na VGR je izrednega pomena povijanje goleni z dolgoelastičnim kompresijskim povojem. Pri tem moramo upoštevati tudi kontraindikacije. V našem primeru smo oskrbeli VGR z gelom in sekundarno oblogo ter dolgoelastičnim kompresijskim povojem. Prevezo smo izvajali na dva dni. Po nekaj prevezah je imel izloček neprijeten vonj, prisotna je bila tudi bolečina, zato smo oskrbeli VGR z Vivamel – alginatno oblogo z medom. Neprijeten vonj izločka je bil manjši, izloček je bil manjši, VGR je postala plitkejša in se pričela celiti z robov in dna rane.

I - Obvladovanje vnetja in okužbe

Kronične razjede so vedno kontaminirane, pogosto kolonizirane s številnimi bakterijami in/ali glivičnimi organizmi. Vse to onemogoča ali upočasnjuje celjenje in zadržuje rano v vnetni fazi. V tem primeru je primerna uporaba antiseptičnih oblog, predvsem srebrovih, ki morajo zagotavljati dolgotrajno sproščanje antiseptične učinkovine v primerni količini. Na voljo so tudi druge obloge npr. z medom. Sistemski antibiotiki se svetujejo v primerih, ko pride do zapletov (celulitis, limfangitis in sepsa) (Kecelj-Leskovec N. et al., 2005). V našem primeru je bil uporabljena alginatna obloga z medom. Rano je treba opazovati, in sicer prisotnost izločka, količino izločka, neprijeten vonj, krhko granulacijsko tkivo, večanje rane ter počasnejše celjenje.

M - Zagotavljanje vlažnega okolja

Venski golenji razjedi pa tudi drugim kroničnim ranam je potrebno zagotoviti

vlažno okolje. Pri tem moramo biti previdni, da ne bi prišlo do maceracije kože okoli rane. Zato je pomembno, da izberemo primerno sodobno oblogo, ki bo zagotovila vlažnost brez maceracije okolice. Poleg tega je treba poznati način pravilne uporabe posameznih sodobnih oblog. Pri nekaterih sodobnih materialih je potrebno okolico rane zaščititi tudi z mazili (alginati ...) pri drugih ne (hidrofibre ...), pomembno pa je, da jih pravilno namestimo. V našem primeru smo uporabili za zaščito kože okoli rane hladilno mazilo.

E – Pospeševanje epitelizacije

Okužbe, poškodbe dna razjede, hipoksija in nalaganje oblog v okolici rane, ki so posledica posušenih oblog v okolici rane, odluščenih epidermalnih celic ter ostankov lokalnih pripravkov za zdravljenje in nego zavrejo epitelizacijo. Potrebno jih je ustrezno obravnavati. Ostanke mazil, odmrlih celic, posušenega izločka na okolni koži VGR lahko zmehčamo z obkladki z olivnim oljem, nato pa previdno odstranimo s topim robom skalpela ali škarij (Kecelj-Leskovec N. et al., 2005).

Pomen kompresijskega zdravljenja

Kompresija je izvajanje pritiskov na spodnji ud s kompresijskimi pripomočki (dolgoelastični, kratkoelastični povoji, kompresijske nogavice) z namenom povečanje venskega in/ali limfnega pretoka in zmanjšanja edema uda (Kecelj-Leskovec N. et al., 2005). Kompresija je nujni del zdravljenja venske golenje razjede ob upoštevanju kontraindikacij.

Pomen gibanja in pravilne prehrane pri celjenju rane

Gibanje ima velik pomen za vzdrževanje kondicije kardiovaskularnega sistema in ožilja. Z gibanjem izboljšujemo pretok krvi po žilah, s tem pa tudi prehranjenost in oksigenacijo tkiv. Za krepitev venskega ožilja goleni se priporoča hoja.

Poleg gibanja je ob pojavu venske golenje razjede - rane pomembna za njeno celjenje beljakovinsko in vitaminsko bogata hrana. Priporoča se uživanje visokobeljakovinskih živil zaradi tvorbe kolagena in C-vitamina, ki sodeluje pri tvorbi kolagena ter pomaga vzdrževati celovitost kapilarne stene. Ravno tako je pomemben vitamin A, ki sodeluje pri epitelizaciji rane (Simčič, 2011).

NAMEN RAZISKAVE

Namen raziskave je celostna obravnava pacienta z vensko golenjo razjedo - rano, ki živi sam in je odvisen od tuje pomoči.

RAZISKOVALNO VPRAŠANJE

Kako vpliva celostna obravnava pacienta, kontinuirano spremljanje in ustrezna izbira sodobne obloge za oskrbo rane na celjenje le te pri starostniku starem 90 in več let?

METODE

Izvedli smo kvalitativno študijo primera, ki je temeljila na pregledu dokumentacije, izvedbi intervjuja, oblikovanju in izvedbi načrta dela ter spremljanju pacienta z rano zaradi pritiska od novembra 2010 do marca 2012.

REZULTATI IN RAZPRAVA

Negovalna anamneza starostnika z vensko golenjo razjedo

Starostnik star 91 let z vensko golenjo razjedo živi sam v stanovanjskem bloku. Vdovec je že dvajset let. Hči in sin z družino ga redno obiskujeta. Pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti (hoja, gibanje, oblačenje, osebna higiena, priprava hrane ...) je samostojen. Kuha si sam, pogosto pa ga povabita na kosilo tudi hči in sin. Uživa veliko zelenjave, sadja, mesa, mlečnih izdelkov pa malo. Pri hoji uporablja podpazdušne palice zaradi težav s kolkom desne noge. Desna noga je zatrdela, slabo gibljiva, nekoliko krajša od leve, kar je posledica strelnih poškodb v času druge svetovne vojne. Nosi ortopedске čevlje, ki mu jih po meri izdelajo na Zavodu za rehabilitacijo invalidov Soča. Pri oblačenju oz. obuvanju nogavic si pomaga s posebnim pripomočkom izdelanim v ta namen. Uporablja posebno prijemalko, ko je treba s tal pobrati kakšen predmet, saj se zelo težko skloni. Pri kopanju se poslužuje sedeža za kopalno kad in uporablja nedrsečo podlago. Na steni ob kopalni kadi si je dal namestiti tudi ročko za oprijemanje. Že več let se zdravi zaradi prostate in motenj v strjevanju krvi. Zadnje leto sta mu pričeli zelo zatekati obe nogi zaradi popuščanja srca. Od zdravil jemlje: Diuver 10 mg 0,5 tablete dnevno, Marevan po shemi, Casodex 50 1 tableto dnevno, Bionoliprel forte 5/1,25 1 tableto dnevno. Pri gospodu se je venska golenja razjeda ponovila že drugič, in sicer novembra 2010. Na levi goleni sta nastali dve razjedi različnih velikosti (8 x 4 cm in 3 x 5 cm). Dno obeh razjed je bilo pokrito s fibrinskimi oblogami, izloček je bil obilen, na robovih razjed je bilo veliko oblog odmrlih epidermalnih celic, okolišna koža suha, luskasta ter porde-la. Prisotne so bile tudi bolečine. Postavili smo naslednje negovalne diagnoze:

- pojav venske golenje razjede pri 91-letnem starostniku,
- suha koža goleni starostnika,

- prisotna bolečina v predelu venske golenje razjede starostnika,
- težja pokretnost starostnika,
- delna samooskrba venske golenje razjede starostnika zaradi slabe gibljivosti in slabovidnosti,
- otežkočeno dihanje starostnika ob naporu,
- zatekanje obeh goleni, pojav edemov goleni pri starostniku,
- pomanjkljiva prehrana starostnika.

V prispevku se bomo osredotočili samo na diagnoze, ki so povezane z vensko golenjo razjedo.

Starostnik z VGR je imel ob prvi prevezi s strani patronažne medicinske sestre dve razjedi na levi goleni. Prva razjeda je merila (november, 2010) 8 x 4 cm in druga 3 x 5 cm. V okviru zdravstvene nege in oskrbe venskih golenjih razjed smo na začetku izvajali preveze na dva dni, nato na dva do tri dni. Razjedi sta bili oskrbljeni z alginatnim gelom in sekundarno oblogo. Po nekaj prevezah in po posvetu z izbranim osebnim zdravnikom pa smo zaradi neprijetnega vonja izločka in prisotnih občasnih bolečin prešli na uporabo alginatne obloge z medom – Vivamel. Bolečine so izginile in tudi izloček ni več imel tako neprijetnega vonja. Starostnik se redno prehranjuje tri- do petkrat dnevno, vendar je njegova prehrana pomanjkljiva, vsebuje premalo beljakovin, ki so pomembne za celjenje ran. Navodila glede prehrane bogatejše z beljakovinami in vitamini je starostnik upošteval. Po 16 dneh sta se razjedi očitno zmanjšali, prva na 6 x 4 cm, druga na 3,5 x 2 cm, izloček iz razjed je bil manjši, dno razjed je bilo z manj fibrinskih oblog. Po treh mesecih in 16 dneh sta bili razjedi še manjši. Večja razjeda je epitelizirala od robov proti sredini in preko sredine razjede, tako da sta iz ene nastali dve manjši (2,5 x 4 cm in 1,5 x 3 cm). Druga razjeda se je zmanjšala na velikost 1,5 x 2 cm. Izločka je bilo manj, razjede manjše in bolj plitve. Alginatne obloge z medom smo zamenjali z gelom in sekundarno oblogo iz poliuretanske pene (sprva debelejšo, kasneje tanjšo). Ob tem načinu oskrbe starostnik ni imel bolečin v predelu razjed, celjenje je potekalo optimalno. Po približno petih mesecih oskrbe se je splošno zdravstveno stanje starostnika malo poslabšalo. Zaradi popuščanja srca je prišlo do obsežnih edemov obeh goleni, kar je vplivalo tudi na celjenje le-teh. Razjede so se zopet povečale in poglobile. Izbrani zdravnik mu je uvedel terapijo z Diuver tabletami, ki odvajajo vodo iz telesa. Edemi so v nekaj dneh uplahnili in razjede so zopet bolj napredovale. Do februarja, 2012 se je druga, manjša razjeda zacelila, prvi dve pa sta blizu zacelitve, merita približno 1,5 x 1,0 cm in sta zelo plitki z minimalnim iz-

ločkom. Ves čas oskrbe VGR smo pri starostniku povijali golen z dolgoelastičnim kompresijskim povojem. Starostnik je dosledno upošteval naša navodila, veliko se je gibal, skrbel za redno prehrano ter redno jemal predpisana zdravila. Kljub starosti in težji pokretnosti (s pomočjo podpazdušnih bergel), smo ob upoštevanju navodil zdravstvenega osebja dosegli optimalno celjenje VGR. Starostnik se je dobro počutil, predvsem ker ni bilo več bolečin, ki so najbolj vplivale na njegovo psihofizično počutje.

Celostna obravnava pacienta, kontinuirano spremljanje in ustrezna izbira sodobne obloge za oskrbo rane pri starostniku starem 90 let je omogočila optimalno celjenje venske golenje razjede, starostnik ni imel bolečin v rani, njegova kakovost življenja pa se je izboljšala.

VGR je pogost pojav pri starostnikih, ki pa ga z zdravstvenovzgojnim delom lahko uspešno preprečujemo, bodisi v smislu preventive VGR bodisi v smislu preprečevanja sekundarnih zapletov. Z uporabo sodobnih metod, pristopov ter sodobnih oblog se psihofizični komfort starostnika z VGR izboljša, celjenje VGR je hitrejše in poteka z manj ali brez bolečin. Za optimalno zdravljenje in oskrbo starostnika z VGR je pomembno, da ga obravnavamo celostno, individualno in multidisciplinarno.

LITERATURA

Kecelj-Leskovec N, Planinšek-Ručigaj T, Godić A, Luft S, Somrak J. Priporočila za zdravljenje in preventivo venske golenje razjede. V: Vilar V, Gavrilov N., Mertelj O. Priporočila za oskrbo razjede zaradi pritiska in golenje razjede. Radenci: Društvo za oskrbo ran Slovenije. 2005: 25-39.

Lugović L. Imunološki čimbenici značajni za cijeljenje rane. V: Šiturm M, Soldo-Belić A (ur.). Kronične rane. Zagreb: Klinička bolnica »Sestre milosrdnice«. 2006: 25-29.

Planinšek Ručigaj T. Venska golenja razjeda. V: Gavrilov N, Trček M. (ur.). Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije. Ljubljana. Univerzitetni Klinični center Ljubljana- Področje za zdravstveno nego. 2007: 259-266.

Simčič D. Uporaba sodobnih oblog zaradi oskrbe razjed zaradi pritiska. (Diplomsko delo). Izola: Univerza na Primorskem. Visoka šola za zdravstvo Izola; 2011. 5.

Vreček M. Zdravstvena nega bolnika z vensko in mešano golenjo razjedo. V: Gavrilov N, Trček M. (ur.). Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije. Ljubljana: Univerzitetni Klinični center Ljubljana – Področje za zdravstveno nego. 2007: 267 – 272.

STAROSTNIK S SLADKORNO BOLEZNIJO IN DIABETIČNO STOPALO

ELDERLY DIABETIC PATIENT AND DIABETIC FOOT

BARBARA MALJEVIĆ, DIPL. M. S.,

UKC Ljubljana, Klinični oddelek za intenzivno interno medicino

barbara.maljevic@gmail.com

IZVLEČEK

Staranje oziroma tako imenovano tretje obdobje človekovega življenja je fenomen, s katerim se mora soočiti vsak človek. Družba, v kateri živimo, še vedno opredeljuje staranje kot nekaj negativnega, nepotrebne in nezaželenega, zato je stigmatizacija starejših ljudi tudi dosti bolj izrazita. S pojavom staranja so povezana različna kronična obolenja, med njimi je tudi sladkorna bolezen. Prav tako se zaradi omejitev, ki jih povzroča staranje telesa, pojavljajo različne komplikacije že obstoječih kroničnih obolenj. Le-te lahko drastično vplivajo na kakovost življenja starostnika. Med najbolj pogoste kronične komplikacije sladkorne bolezni sodi tudi diabetsko stopalo, ki je najpogosteje posledica neurejene sladkorne bolezni in neustreznega življenjskega sloga. Vloga zdravstvene nege je pri obravnavi takega bolnika izrednega pomena. Poudarek je predvsem na prepoznavanju dejavnikov tveganja za nastanek diabetskega stopala, hitri in strokovni obravnavi, individualni, kakovostni in bolniku razumljivi zdravstveni vzgoji ter rednemu in natančnemu izvajanju preventivnih pregledov.

ABSTRACT

Aging, or so called man's third life period is a phenomenon, which every person has to deal with. Our society still defines aging as something negative, unnecessary and undesirable, this is the reason older people are stigmatized. Aging is associated with many chronic diseases, also well known diabetes. Various complications of already existing chronic diseases may occur due to restrictions of aging body. These can drastically affect the quality of life of elderly people. One of the long term complications of diabetes is a diabetic foot, which most often happens due to uncontrolled management of this chronic disease

and improper lifestyle. The role of Nurse is vital when taking care of such patient. The emphasis is on diabetic foot risk factors identification, prompt and professional care, individual, quality and understandable patient health education and regular and accurate prevention controls.

Ključne besede: starostnik, bolnik, sladkorna bolezen, diabetično stopalo, medicinska sestra

Keywords: elderly person, patient, diabetes, diabetic foot, nurse

UVOD

V sodobni družbi je izraz, ki označuje staranje, še vedno povezan z določenimi negativnimi stereotipi, ki opredeljujejo starostnika kot neuporabnega, bolnega in nujno družbeno breme. Kljub stigmatizaciji starostnikov so ti, v primerjavi s preteklostjo, veliko bolj aktivni in živijo bolj kvalitetno. Dejstvo je, da se s starostjo pojavijo številna obolenja, med katerimi je tudi sladkorna bolezen. Najbolj opazna in strah vzbujajoča komplikacija neurejene sladkorne bolezni je nastanek diabetičnega stopala ter posledično izguba okončine. Zdravstvena nega ima na področju preventive, pravočasnega ukrepanja ob nastanku rane in zdravstvene vzgoje sladkornih bolnikov neprecenljiv pomen, saj s svojim delovanjem zmanjšuje ali odpravlja posledice, ki bi vodile v invalidnost.

STARANJE

Definicija staranja se neprestano spreminja, ker je porast tega fenomena postal zanimiv za številne raziskave na področju družboslovja in naravoslovja. Z raziskavami želijo poiskati odgovore na to, zakaj se starostna doba podaljšuje in kateri so tisti dejavniki, ki vplivajo na starostnikovo kvaliteto življenja ter navesti točne vzroke za porast omenjenega fenomena.

Staranje prebivalstva je velik izziv tudi za evropsko družbo, saj se z njim srečuje prvič v zgodovini. Do leta 2035 se bo po Eurostatovih projekcijah prebivalstva Evropop2008 število prebivalcev še povečevalo. Po teh projekcijah se bo staranje prebivalstva intenzivno nadaljevalo, saj se bo delež prebivalcev, starejših od 65 let, ki je v letu 2008 znašal 17,1 %, do leta 2060 povzpel na 30,0 % delež vseh prebivalcev. Tudi prebivalstvo Slovenije je staro: delež prebivalstva, starega 65 let in več, je precej velik, delež mladih pa dokaj skromen. Po podatkih Eurostatovih projekcij prebivalstva Evropop2008 za obdobje 2008–2060 in po študiji Svetovne banke bo imela Slovenija do konca tretjega desetletja tega stoletja že eno najstarejših prebivalstev na svetu (Statistični urad RS, 2008).

Ramovš (2003) definira staranje kot dogajanje v telesu, ki poteka vse življenje,

največji pomen pa ima v starosti. Besedo staranje uporabljamo, kadar govorimo o tem dogajanju pri posameznem človeku ne glede na to, koliko je star, in ko govorimo o sožitju vseh treh generacij z vidika njihovega staranja. Starost opredeli s kronološkega, funkcionalnega in doživljajskega vidika.

Staranje samo po sebi ni bolezen. Res pa je, da staranje povzroči večjo dovzetnost za bolezni in poškodbe (Gašparovič, 2007). Predvsem moramo izpostaviti kronične nenalezljive bolezni, kot so sladkorna bolezen, bolezni srca in ožilja ipd.

SLADKORNA BOLEZEN

Pojem sladkorna bolezen zajema več presnovnih bolezni, katerih skupna značilnost je povečana koncentracija glukoze v krvi. Nastane zaradi pomanjkljivega izločanja hormona inzulina ali njegovega okvarjenega delovanja ali obojega skupaj. Posledica je motena presnova ogljikovih hidratov, beljakovin in maščob. Sladkorna bolezen tipa 2 je najpogostejša oblika sladkorne bolezni (Koselj, 2006). Obstaja več dokazov, ki govorijo o pogostosti in razširjenosti sladkorne bolezni ter njenem naraščanju s starostjo. Izpostavlja se tudi genetska nagnjenost k tej bolezni. To pomeni, da obstaja pri diabetesu v družinski anamnezi za posameznika velika verjetnost za razvoj bolezni v starosti. S starostjo so povežane številne spremembe v presnovi ogljikovih hidratov, ki aktivirajo gensko predispozicijo za nastanek sladkorne bolezni (Meneilly, 2010).

DIABETIČNO STOPALO

Diabetično stopalo je izraz, ki opisuje skupek bolezenskih okvar na stopalu, kjer lahko nevropatija, ishemija in infekcija privedejo do destrukcije tkiva. Približno 15 % bolnikov s sladkorno boleznijo je ali bo med boleznijo imelo razjedo na stopalu (Štrin, 2006).

Glede na vrsto okvare ločimo nevropatsko, ishemično in ishemično-nevropatsko ali kombinirano diabetično stopalo.

Značilnosti ishemičnega stopala pri sladkornem bolniku so naslednje:

- koža na stopalu je tanka in na dotik mrzla,
- barva kože je modrikasta (cianotična),
- ishemično stopalo ima slabo kapilarno polnitev,
- ulkusi na ishemični nogi so boleči, okolica rane nima hiperkeratoze, rane niso čiste,

- potenje nog je minimalno ali pa ga sploh ni,
- tipljivost pulzov na a. dorsalis pedis in a. tibialis posterior je slabša ali pa jih ni možno zaznati z rokami,
- zmanjšana dlakavost ali brezdlakavost ter
- normalna senzibilnost stopal (Urbančič Rovan, 2006).

Značilnosti nevropatskega stopala pri sladkornem bolniku so naslednje:

- koža je debela, dobro prekrvljena in topla na dotik,
- znojenje stopal je normalno,
- dlakavost je normalna,
- pulzi na stopalih so normalno tipljivi,
- bolnik ne čuti stopal ali nog (prisotna je asenzibiliteta nog) ter
- ulkusi na nevropatski nogi so neboleči, okoli rane je obilo hiperkeratoze, rane so večinoma čiste (Urbančič Rovan, 2006).

Ishemično-nevropatsko diabetično stopalo vsebuje specifične nevropatske kot ishemične značilnosti in je kombinacija obeh okvar.

Dejavniki tveganja za nastanek diabetičnega stopala so poleg nevropatije in periferne žilne bolezni še vse anomalije, ki lahko povzročijo nastanek poškodbe na stopalu. Najpogostejše deformacije pri diabetičnem stopalu so (Urbančič Rovan, 2003):

Hallus valgus: Je deformacija palca, gre za addukcijo proksimalne falange palca proti sredini stopala.

Maščobna atrofija: Opazimo jo na podplatu, nastane zaradi nevropatije in pride do stanjšanja maščobnih blazinic.

Deformiran noht: Je pogost pri diabetičnem stopalu. Tak noht je močno zadebeljen, vraščen ali glivično spremenjen in predstavlja možnost za nastanek infekta.

Charcotovo stopalo: Nastane zaradi povečane presnove kosti, pride do resorpcije, kasneje pa do destrukcije kosti in sklepov. V začetni fazi ga je možno prepoznati le na rentgenskem posnetku. V kasnejši fazi pa je možno deformacijo tudi vidno opaziti, ker nart postopoma pridobi obliko vreče.

Kladivast in krempljast prst: Ta deformacija nastane zaradi nevropatije, kar privede do atrofije stopalnih mišic in posledično do porušenega ravnotežja med fleksorji in ekstenzorji.

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI BOLNIKA Z DIABETIČNIM STOPALOM

Obravnava bolnika z diabetičnim stopalom mora biti individualna, celostna, z aktivnim vključevanjem bolnika v proces zdravljenja, preventive in morebitne rehabilitacije. Predpogoj za kakovostno zdravstveno obravnavo starostnika je vzpostavitev partnerskega odnosa med bolnikom in medicinsko sestro. Psihofizično stanje starostnika je zaradi upada moči, omejenosti gibanja, spremenjenih reakcij čustvovanja in mišljenja izredno občutljivo, zato je pomembna vzpostavitev in ohranjanje zaupanja med medicinsko sestro in bolnikom.

Naloga medicinske sestre v ambulanti za diabetično stopalo je izvedba in validacija presejalnega (screening) testa, s pomočjo katerega lahko oceni tveganje za nastanek diabetičnega stopala. Presejalni test je neinvazivna, preventivna preiskava, s katero preprečujemo ali ugotavljamo nastanek diabetičnega stopala. Test poteka v naslednjem vrstnem redu:

Medicinska sestra mora pridobiti zdravstveno anamnezo bolnika, informacije o morebitnih težavah s kardiovaskularnim sistemom in obstoječih razvadah bolnika.

Pogleda noge, jih otipa in zabeleži obstoječe deformacije. Preveri in natančno opiše prisotnost bolečin in ran na stopalu.

Preveri prisotnost pulzov na nogi in ugotavlja senzibiliteto s pomočjo Semmes-Weinstainovega monofilamenta. Upogib monofilamenta lahko enačimo z desetimi grami.

Vse podatke natančno zabeleži na formularju za presejalni test diabetičnega stopala in v primeru odstopanj od normale obvesti zdravnika.

Zdravstvena vzgoja bolnika z diabetičnim stopalom se izvede po opravljenem presejalnem testu. Potekati mora obzirno, skladno z bolnikovimi individualnimi sposobnostmi sprejemanja informacij. Na začetku je potrebno izvesti kratek nestrukturiran intervju, s pomočjo katerega skušamo pridobiti čim več informacij o bolnikovem življenjskem slogu, prehrani, fizični aktivnosti, obstoječem znanju o svoji bolezni in o težavah, ki ga pestijo.

Zdravstveno vzgojni program mora zajemati naslednje točke:

- razložiti izraz diabetična noga (kaj je to, zakaj nastane in njene značilnosti),
- izvajanje nege nog na domu,
- vsakodnevno pregledovanje in opazovanje nog,
- pedikura,
- izbira obutve in nogavic,
- fizična aktivnost in počitek ter
- kdaj in kam po pomoč (Slak, 2003).

Sladkorni bolnik si mora umivati noge vsak dan pod tekočo vodo, ki ima med 36 in 37 stopinj. Pri umivanju nog lahko uporablja samo blago tekoče milo. Noge si mora umiti temeljito tudi med prsti, vendar brez uporabe krtač ali masažnih krp, ker bi mehansko draženje lahko povzročilo poškodbe tkiva. Kopeli so dovoljene le pri zdravih nogah, kjer ni vidnih poškodb. Kopel ne sme trajati več kot pet minut in ne sme vsebovati nobenih dodatkov. Bolnik si mora noge temeljito obrisati tudi med prsti, šele nato si jih lahko namaže z vlažilno kremo. Kremo lahko razmaže po nogi, vendar ne med prsti. Nikoli ne sme uporabljati smukca ali drugih pudrov, ker ti kožo dražijo (Slak, 2003). Bolnike vedno opozarjamo, da si morajo med umivanjem nog natančno pregledati stopala. Pri bolnikih, ki slabše vidijo, naj bi to izvedel nekdo od bližnjih.

Glede nege nohtov morajo bolniki vedeti, da je uporaba pribora za nego nohtov individualna in je preostali družinski člani ne smejo uporabljati. Nohte si morajo rezati naravnost, ob straneh pa jih popiliti. Za striženje nohtov lahko uporabljajo samo škarje z zaobljenimi robovi. Sladkorni bolnik ne sme uporabljati ostrih predmetov, kot so britvice, koničaste škarje ali železna strgala, ker bi ob morebitni poškodbi lahko prišlo do nastanka rane na stopalu. Če sladkorni bolnik slabo vidi in nima nobenega svojca, ki bi mu pomagal pri negi nog, priporočamo obisk pri medicinskem pedikerju (Slak, 2003).

V primeru nastanka rane bolnik dobi točna navodila, in sicer:

- rano mora umiti z mlačno vodo in blagim milom,
- nogo obriše s čisto zlikano brisačo,

- rano pokrije s sterilnim zložencem,
- na rano ne sme nanašati nobenih zdravil ali krem,
- če pa se rana v treh dneh ne pozdravi oziroma zaceli, mora diabetik rano pokazati zdravniku.

Pri bolniku s sladkorno boleznijo je pomembna izbira nogavic. Le-te namreč za-varujejo nogo pred morebitnimi poškodbami, ki jih lahko povzročijo neprimer-ni čevlji. Nogavice morajo biti iz naravnih materialov in ne smejo biti pretesne. Izrednega pomena je tudi izbira primernih čevljev, saj lahko neustrezna obutev na stopalu povzroči mehanske poškodbe. Sladkorni bolnik mora izbrati čevlje iz naravnih materialov, biti morajo zračni, udobni, brez notranjih šivov, imeti morajo vezalke ali zapiranje na ježke, ki omogočajo dobro prilagoditev nogi. Čevlje mora vedno kupovati v popoldanskem času, ko so noge otekle. Pomerjati jih mora v nogavicah, ki se prilegajo nogi. Sladkorni bolnik ne sme nikoli hoditi bos, saj se lahko ob izgubi senzibilnosti na podplatih ureže ali zbode, ne da bi za to sploh vedel.

SKLEP

Človek se v obdobju staranja spopada s težavami, ki so povezane z njegovo spremenjeno družbeno vlogo, fizičnimi, psihičnimi in socialnimi spremembami ter omejitvami, ki so posledica starosti. Staranje je tudi neposredno povezano z nastankom določenih kroničnih nenalezljivih bolezni, med katere spada tudi sladkorna bolezen. Družba ima preveč popačeno predstavo o tem, kaj je sladkorna bolezen. V medijih jo predstavljajo kot opozorilno ikono, ki je posledica nezdravega življenja. Malokdo pa opozori na realne posledice in kvaliteto življenja po nastanku te bolezni in njenih poznih komplikacijah. Diabetično stopalo je ena izmed najpogostejših komplikacij povezanih s sladkorno boleznijo, starostjo teh bolnikov in njihovo nagnjenostjo k poškodbam. Največkrat se bolniki zavedajo resnosti svoje bolezni šele takrat, ko nastopijo nepopravljive okvare. Aplikacija zdravstvene nege pri starostnikih s sladkorno boleznijo je nepogrešljiva pri preprečevanju in obvladovanju te bolezni. Medicinska sestra z zdravstveno nego in zdravstveno vzgojo povezuje in koordinira postopke, katerih cilj je urejena sladkorna bolezen. Glavni dejavnik pri preprečevanju in nadzoro-vanju kroničnih nenalezljivih bolezni je promoviranje in izvajanje preventivnih programov, ki se nanašajo na zdrav način življenja in opolnomočenje bolnika.

LITERATURA

Gašparovič M. Priročnik za družinske negovalce. Ljubljana: Dom starejših obča-nov Grosuplje; 2007: 10.

Koselj M. Definicija, diagnoza, klasifikacija in epidemiologija sladkorne bolezni. V: Bohnec M, Klavs J, Tomažin Šporar M, Krašovec A, Žargaj B. Sladkorna bolezen. Ljubljana: Tiskarna Januš; 2006: 42-7.

Meneilly G. Pathophysiology of Diabetes in the Elderly. A Peer- Reviewed Clinical Journal of the American Geriatrics Society. 2010. Dostopno na: <http://www.clinicalgeriatrics.com/node/3608>. Dne < 25. 01. 2010>.

Ramovš J. Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka; 2003: 29-30.

Slak M. Zdravstveno-vzgojni program, nega stopal. V: Urbančič Rovan V, Koselj M. Oskrba diabetičnega stopala. Ljubljana, Littera Picta; 2003: 199-205.

Statistični urad Republike Slovenije. 1. oktober, mednarodni dan starejših. 2008. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=1908. Dne < 20. 01. 2012>.

Štrin B. Diabetično stopalo. Predavanje za študente. Med Mes 2006; 2: 280-7. Dostopno na: http://www.medicinskimesecnik.com/strokovni_abstract/diabeticno_stopalo.htm. Dne < 29. 01. 2012>.

Urbančič Rovan V. Diabetično stopalo-definicija, etiopatologija in klasifikacija. V: Urbančič Rovan V, Koselj M. Oskrba diabetičnega stopala. Ljubljana, Littera Picta; 2003: 24-46.

Urbančič Rovan V. Diabetična noga. V: Bohnec M, Klavs J, Tomažin Šporar M, Krašovec A, Žargaj B. Sladkorna bolezen. Ljubljana, Tiskarna Januš; 2006:176-95.

OBRAVNAVA PACIENTA Z RAZJEDO ZARADI PRITISKA V UNIVERZITETNEM KLINIČNEM CENTRU LJUBLJANA

PREVENTION OF PRESSURE ULCER IN THE UNIVERSITY MEDICAL CENTRE LJUBLJANA

VANJA VILAR, VIŠ. MED. SES., ET, DIPL. EKON.

Svetovalna služba zdravstvene nege, UKC Ljubljana

vanja.vilar@kclj.si

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Preventiva in oskrba razjede zaradi pritiska (v nadaljnjem besedilu RZP) je področje zdravstvene dejavnosti, ki predstavlja zaradi obolevnosti velike stroške za pacienta in zdravstvene blagajne. RZP zmanjšuje kakovost posameznikovega življenja in njegovo sposobnost, da optimizira svoj prispevek k družbi. Oskrba RZP je tudi zelo draga, potrebno je nadaljnje zdravljenje, sledi pa lahko še morebitna okužba. Namen prispevka je ugotoviti, ali smo v UKC Ljubljana primerljivi z evropskimi državami v prevalenci RZP in uporabi preventivnih pripomočkov.

Metode: V prispevku je bila uporabljena deskriptivna metoda s pregledom literature in pregledom dokumentacije o RZP v UKC Ljubljana.

Rezultati: V petih evropskih državah je povprečna prevalenca RZP 18 %, za preventivno dejavnost uporabljajo statične blazine v 41,2 %, dinamične blazine v 30,4 %, brez preventivne blazine pa je bilo 28,4 % pacientov. V UKC Ljubljana je prevalenca RZP v letu 2010 znašala 5,8 ‰. Preventivo dejavnost se izvaja s statičnimi blazinami v 16%, z dinamičnimi blazinami v 53 %, brez preventivne blazine pa je 30,18 % pacientov.

Razprava in zaključek: Potrebno je uporabiti mednarodno sprejete formule za izračun prevalence in incidence. Prijava RZP naj postane enostavnejša s pomočjo računalniškega programa, kar bo zagotovo zmanjšalo odstopanja s podatki iz literature. Z izobraževanjem izvajalcev zdravstvene nege se lahko doseže bolj kakovostne storitve, ki so usmerjene v preventivno dejavnost. Pacienti potre-

bujejo tudi primernejše preventivne in terapevtske razbremenilne blazine. V preventivno dejavnost morajo biti vključeni vsi profili zdravstvenih delavcev.

ABSTRACT

Prevention and treatment of pressure ulcers is part of medical activity, which presents high costs for patients and health budget due to high level of sickness. Pressure ulcer decreases the quality of individual's life and his/her ability to optimize his/her contribution to the society. The treating of pressure ulcer is very expensive and the possibility of infection can be very high as well. The purpose of the report is to find out whether the prevalence of pressure ulcer and the usage of the support surfaces in University Medical Centre Ljubljana can be comparable to the rest of European countries.

Methods: Descriptive method with the literature and pressure ulcer documentation overview from University Medical Centre Ljubljana was used in our research.

Results: The prevalence of pressure sore is on average 18 % in five European countries; static devices are used for prevention of 41,2 % of patients, dynamic devices are used in 30,4 % and no support surface are used with 28,4 % of patients. University Medical Centre Ljubljana had a prevalence of pressure ulcer of 5,8 ‰ in 2010. 16 % of prevention is treated with static devices, 53 % with dynamic devices, 30,18 % of patients had no support surface.

Summary: Internationally accepted formulas should be used for measuring prevalence and incidents. Pressure ulcer detections should be simplified with computer program, which will decrease deviations from the literatures' data. Educating of the nursing holders can achieve more qualified services, which are focused on preventive activities. Patients need more adequate support surface. All profiles of medical staff should be included in preventive activities.

Ključne besede: razjeda zaradi pritiska, prevalenca, statične blazine, dinamične blazine

Key words: pressure ulcer, prevalence, static devices, dynamic devices

UVOD

Razjeda zaradi pritiska (v nadaljnjem besedilu RZP) je kompleksen klinični problem s številnimi dejavniki tveganja. Je nacionalno in mednarodno priznana kot neugoden izid zdravljenja pacienta in sodi med pet najbolj pogostih vzrokov, ki povzročijo dodatno škodo pacientu. Pacienta in celotno družbo prizadene z vi-

sokimi finančni stroški. Z RZP ugotavljamo tudi kakovost delovanja posamezne zdravstvene ustanove.

Razjeda zaradi pritiska nastane na mestih povečanega pritiska okolice na telo, kar povzroči zmanjšan lokalni krvni pretok in s tem odmrtnje tkiva. Pri nastanku RZP sodelujejo še dodatni dejavniki, ki jih delimo na zunanje in notranje. Pomembna pri nastanku RZP je reperfuzijska poškodba celic. Glavni dejavnik tveganja za nastanek razjede zaradi pritiska (RZP) je nemobilnost pacienta, pri katerem se koža in globlja tkiva ob dolgotrajnem mirovanju okvarijo zaradi pritiska v predelih, na katerih pritisk na tkiva presega pritisk v kapilarah (EPUAP, 2009).

Splošno sprejeta klasifikacija RZP obsega štiri stopnje. Klasifikacija predvideva potek okvare tkiv od površine v globino. Najprej pride do vrhnje okvare kože, ki se nato ob vztrajnem pritisku širi v širino in globino. Pri prvi stopnji opisujemo rdečino, ki na pritisk ne zbledi. Ta stopnja je lahko podobna hiperemiji (rdečini, ki nastane po razbremenitvi tkiva) in ju je zato pogosto težko razločevati. Razločevanje je kritično pomembno, saj v kolikor ne prepoznamo prve stopnje RZP in ne pričnemo z metodami razbremenjevanja tega predela, stanje napreduje, in sicer propadajo celice bazalne membrane, ki nato odstopijo. Tako pride do druge stopnje. Značilnost druge stopnje so povrhnje razjede ali mehurji, ki so pogosto boleči. Koža pri tej stopnji izgubi zaščitno funkcijo pred mikroorganizmi, zato je razjeda kolonizirana, lahko pa pride tudi do okužbe. Napredovanje v globino opredelimo kot tretjo stopnjo, ko rana seže tudi do podkožnih tkiv – mišičja ali maščevja. Celjenje take rane traja najmanj več tednov, včasih pa tudi več mesecev in pogosto potrebuje tudi kirurške intervencije. Če je na dnu rane vidna kostnina, RZP opredelimo kot četrto stopnjo, pri slednji pa lahko pride tudi do sistemske okužbe (EPUAP, 2009).

Za preventivo RZP uporabljamo pripomočke za razbremenitev pritiskov v kombinaciji z načrtovanim obračanjem pacienta. Statične blazine zmanjšujejo pritisk in strižne sile na osnovi porazdelitve pritiska glede na velikost stične površine med pacientom in blazino (večja je stična površina, manjši je pritisk). Statične blazine so: penaste blazine, zračne blazine, spominske - viskoelastične blazine in blazine z gelom. Dinamične blazine izmenično znižujejo in povečujejo pritiske v posameznih prekatih blazin. Priporoča se uporaba blazine z višino prekatov vsaj 10 cm. Za svoje delovanje potrebujejo električno energijo (razen nekaterih izjem). Dinamične blazine so: blazine z izmeničnim pritiskom, dinamični odprti sistem z regulacijskimi ventili, blazine z nizko izgubo zraka (EPUAP, 2009).

METODE DELA

S pregledom literature sem želela pridobiti podatke o prevalenci RZP, najpogostejših mestih nastanka in uporabo preventivnih pripomočkov pri oskrbi pacientov z RZP. Za literaturo sem uporabila evropsko pilotno študijo o razširjenosti RZP v Evropi, avtorjev Katrien Vanderwee, Michael Clark, Carol Dealey, Lena Gunningberg in Toma Defloor, objavljeno leta 2007. Instrument za zbiranje podatkov je vključeval pet kategorij podatkov: splošni podatki in podatki o pacientu, ocena tveganja, opazovanje kože in preprečevanje nastanka RZP. Raziskava je potekala v univerzitetnih in splošnih bolnišnicah v Belgiji, Italiji, Veliki Britaniji, na Portugalskem in Švedskem. V vsaki sodelujoči bolnišnici je bila določena ekipa dveh usposobljenih medicinskih sester, ki sta zbirali podatke na oddelkih. V raziskavo so bili vključeni pacienti starejši od 18 let. V UKC Ljubljana sem za zbiranje podatkov uporabila podatkovno bazo Access, v katero v Svetovalni službi zdravstvene nege vnašamo vse podatke o pacientih z RZP.

Rezultati

V študiji, ki jo uporabljamo kot primerjalno je bilo vključenih 5.947 pacientov, izvedena je bila v petindvajsetih bolnišnicah, petih evropskih držav (Belgija, Italija, Portugalska, Velika Britanija in Švedska). Povprečna prevalenca RZP je znašala 18,1 %. V Belgiji, Švedski in Veliki Britaniji se je prevalenca gibala od 21,1 % do 23 %, v Italiji 8,3 % in na Portugalskem 12,5 %. Najpogostejši mesti nastanka RZP sta trtica in pete. Le 9,7 % pacientov je bilo deležnih popolnoma ustrezne preventive. Pri 41,2 % so uporabili statične razbremenilne blazine, pri 30,4 % so uporabili dinamične razbremenilne blazine, 28,4 % pacientov pa ni imelo preventivnih blazin. Razširjenost RZP je bila višja od pričakovane in relativno malo pacientov je imelo ustrezno preventivo. Ti podatki kažejo, da bi bilo treba nameniti več pozornosti in ukrepov preventivi RZP (Vanderwee et al., 2007).

Rezultate pridobljene v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana prikazujemo v nadaljevanju. V preglednici 1 prikazujemo splošne ugotovitve glede prevalenice, incidence RZP in prisotnosti RZP že ob sprejemu pacientov na zdravljenje v UKC Ljubljana v letu 2010.

Preglednica 1: Pregled prisotnosti RZP pri pacientih v UKCL v letu 2010

Števec	Imenovalec	
Število pacientov z RZP prevalenca 590	Sprejeti pacienti v UKC LJ 102.086	5.8 ‰
Število pacientov z RZP pridobljeno v UKC LJ incidenca 414	Sprejeti pacienti v UKC LJ 102.086	4.1 ‰
Število pacientov z RZP ob sprejemu 190	Sprejeti pacienti v UKC LJ 102.086	1.9 ‰

V raziskavo zajeti pacienti so bili v največji meri starejši od 80 let, najmanj je bilo zajetih pacientov v starostni skupini od 14 do 49 let. V približno enakem odstotku pa so bile zastopane starostne skupine od 50 – 64; od 65 – 74 in od 75 – 80 let.

Ugotavljali smo prevalenco prisotnosti RZP pri pacientih v UKCL. V največji meri je RZP nastal v UKCL (400 pacientov), 110 pacientov je z RZP bilo sprejetih v UKCL iz domačega okolja, nekaj več kot 50 iz doma starejših občanov, najmanj iz drugih bolnišnic in nobeden ni bil sprejet z RZP iz zdravilišč. Primerjava prevalence v letih 2008, 2009 in 2010 je pokazala, da se prevalenca in incidenca, prav tako pa sprejem pacientov z RZP v UKCL, narašča.

RZP se najpogosteje pri pacientih pojavlja na trtici (preko 250 primerov), na gluteusu (160), na petah (160), na kolkih (80), na zatilju (40), in nato si sledijo od večjega proti manjšemu številu pojava, RZP na hrbet, komolec, zunanji gleženj, mečnica, lopatica in uho.

Za preventivo RZP v UKCL se najpogosteje uporablja dinamične blazine (53,9%), v 15,92% se uporablja statične blazine, v 30,18% pa za preventivo preležanin ne uporabljajo ničesar.

Glede na stopnjo prisotne RZP pri pacientu, se uporabljajo različni pripomočki za preventivo RZP. Ob prisotnosti blede rdečine na ogroženih delih telesa se pri pacientih v UKCL najpogosteje uporablja FLY PAD ali pa se ne uporabi nič. Naj-

redkeje se uporabi zračna blazina. Pri drugi (stalna rdečina in možna poškodba kože), tretji (dermalna rana) in četrti (globoka rana) stopnji RZP, se najpogosteje uporablja FLY PAD ali se ne uporablja nič. najredkeje je pri drugi in tretji stopnji RZP označena možnost drugo. Pri četrti stopnji RZP pa se najredkeje uporablja zračna blazina.

Penasta blazina se najpogosteje uporablja pri RZP druge ali tretje stopnje, najredkeje pa pri prvi stopnji RZP. Zračna blazina se najpogosteje uporablja pri pacientih z drugo stopnjo RZP, najredkeje pri pacientih s prvo stopnjo RZP. FLY PAD se od vseh pripomočkov uporablja najpogosteje ob prisotnosti vseh stopnjah RZP, uporablja se najpogosteje pri drugi stopnji RZP. ATMOSAIR se uporablja v največji meri pri četrti stopnji RZP. Pogosto se za preventivo RZP ne uporablja nobenega pripomočka

RAZPRAVA

Povprečna prevalenca RZP ugotovljena z evropsko raziskavo je 18 %. V UKC Ljubljana je v letu 2010 le-ta znašala 5,8 ‰. Rezultati med seboj niso primerljivi zaradi uporabe različnih metodologij. Vendar lahko kljub neprimerljivosti rečemo, da so pacienti v evropskih bolnišnicah ravno tako ogroženi za nastanek RZP, kot v UKC Ljubljana. Trditve z našimi podatki ne moremo potrditi, ker kažejo ravno obratno. Vzroke za nizko prevalenco RZP v UKC Ljubljana je potrebno poiskati znotraj organizacije. Izvajalci zdravstvene nege še vedno ne prijavljajo vseh pacientov z RZP. Za prijavo pacienta z RZP uporabljamo dokumentacijo, ki je sestavljena iz treh obrazcev. Za ustrezno izpolnitev in ocenitev RZP potrebuje oddelčna medicinska sestra od 15 do 30 minut časa, kar je v sedanjih delovnih pogojih pogosto preobsežno. Prijave pacientov z RZP se pošlje v Svetovalno službo zdravstvene nege, kjer se vnesejo v podatkovno bazo Access, katero uporabljamo za pripravo poročil in analizo stanja. Potek prijave RZP je predolg in veliko preveč časa na kliničnih oddelkih ter v Svetovalni službi zdravstvene nege. Postopek prijave pacientov z RZP je potrebno posodobiti z računalniškim programom.

RZP je kazalnik kakovosti delovanja posameznega javnega zavoda, na Ministrstvo za zdravje je treba pošiljati trimesečna in letna poročila. Poročila morajo biti objavljena tudi na spletni strani vseh javnih zavodov. Zaradi pomanjkljivosti, netočnosti ter nedodelanega sistema poročanja pri zbiranju podatkov za kazalnike kakovosti povezane z zdravstveno nego niso uspeli dokazati, v kolikšni meri in kako pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege v slovenskih bolnišnicah vpliva na kazalnike kakovosti. Le na bazi natančnih in zanesljivih podatkov bomo lahko utemeljevali potrebe po izvajalcih zdravstvene nege za doseg skupnega cilja - kakovostno in varno zdravstveno oskrbo pacienta.

Izobraževanje zdravstveno-negovalnega kadra naj bo usmerjeno v preventivno dejavnost. Pravočasno prepoznavanje prve stopnje, ki jo opisujemo kot rdečina, ki na pritisk ne zbledi, je bistvenega pomena za nadaljnje aktivnosti zdravstvene nege. Izvajalci zdravstvene nege pogosto opisujejo rdečino v poročilu zdravstvene nege, vendar ne napišejo prijave RZP. V UKC Ljubljana že dve leti izvajamo interno izobraževanje za zaposlene v zdravstveni in babiški negi o standardnih postopkih oskrbe akutne in kronične rane. Do konca decembra 2011 se je izobraževanja udeležilo 517 udeležencev. Z izobraževanjem bomo nadaljevali tudi v naslednjih letih, ker želimo, da se ga udeležijo vsi zaposleni v zdravstveni in babiški negi. Odkar izvajamo izobraževanje se število prijav pacientov z RZP konstantno povečuje.

Brez preventivnih pripomočkov je bilo v evropski raziskavi 28,4 % pacientov, v UKC Ljubljana pa 30,18 %. Zato lahko rečemo, da smo deloma primerljivi z evropskimi državami. Statične blazine je imelo 41,2 %, v UKC Ljubljana le 16 %. V literaturi navajajo dober preventivni učinek viskoelastičnih pen, katerih pa imamo v UKC Ljubljana zelo malo zaradi težav pri čiščenju. V evropskem prostoru uporabljajo 30,4 % dinamičnih blazin za preventivo RZP. V UKC Ljubljana imamo v uporabi 318 dinamičnih blazin, kar predstavlja 53,9 %. Med dinamične blazine sodi tudi blazina Flay pad, katerih imamo 259 oziroma 43,89 %. Po raziskavah v literaturi omenjena blazina ne ustreza več kriterijem primerne dinamične blazine. Zato lahko navedem, da imamo v UKC Ljubljana le 10 % ustreznih dinamičnih blazin, kar je bistveno premalo za ustrezno preventivo predvsem visoko ogroženih pacientov in pacientov z RZP četrte stopnje. Iz podatkov v UKC Ljubljana lahko povzamem, da je 168 pacientov imelo RZP IV. stopnje, od tega jih je za preventivo in zdravljenje 16 imelo ustrezno dinamično blazino, 42 pacientov pa sploh ni imelo preventivne blazine. 148 pacientov je imelo RZP III. stopnje, ustrezno terapevtsko blazino je imelo 7 pacientov, 36 pacientov pa je bilo brez preventivne blazine.

Za učinkovito in kakovostno preventivno dejavnost je nujno potrebno sodelovanje multidisciplinarnega tima. Dokler se bomo s preventivno dejavnostjo ukvarjali samo zaposleni v zdravstveni negi, bistvenih sprememb ne moremo pričakovati.

Ob neprimerni preventivni dejavnosti in zdravljenju razjede zaradi pritiska lahko pride do nadaljnjih invalidnosti, kot so zmanjšana pomičnost, izguba samostojnosti, kirurški posegi, amputacije in celo smrt zaradi okužbe. Ocenjuje se, da 7-8 % pacientov z RZP umre zaradi komplikacij pri zdravljenju (EPUAP, 2009).

ZAKJUČEK

Glede na demografske spremembe v družbi, v smislu staranja populacije s številnimi kroničnimi boleznimi, lahko pričakujemo, da se bo povečalo tudi število pacientov z RZP. Vsa naša prizadevanja morajo biti usmerjena v preventivno dejavnost in zmanjševanje dejavnikov tveganja za nastanek RZP. Za učinkovito delovanje morajo biti v proces preventivne dejavnosti vključeni vsi profili zdravstvenih delavcev. Za kakovostno izvedene postopke je treba zagotoviti zadostno število ustrezno izobraženega osebja in primernih preventivnih pripomočkov. Največje koristi pa bodo zagotovo imeli naši pacienti, ki so ključni dejavnik našega delovanja in potrebujejo primerno izobražene izvajalce zdravstvene in babiške nege, ki jim zagotavljajo učinkovite in kakovostne storitve. Izvajalcem zdravstvene in babiške nege pa omogoča ohranitev avtonomije, pristojnosti in enakosti pri delovanju v zdravstvenem timu, ki je nujno potreben za oskrbo kroničnih ran.

LITERATURA

INTERNATIONAL GUIDELINE Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline; National Pressure Ulcer Advisory Panel & ©European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009; (www.epuap.org).

Vanderwee K, Clark M, Dealey C et al. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*; 2007; 13(2), 227-235.

Poročilo o kazalniku kakovosti RZP v UKC Ljubljana, 2010.

UPORABA IMPREGNIRANIH UMIVALNIH VREČK V DOMU STAREJŠIH LAŠKO

USE OF IMPREGNATED WASHING BAGS IN ELDERLY HOME

MARCELA ZABRET, DIPL. M. S.

Thermana Laško, d. d.

IZVLEČEK

V prispevku je predstavljena uporaba impregniranih umivalnih vrečk v Domu starejših Laško pri zdravstveni negi inkontinentnega starostnika. Z inkontinenco se v proučevani organizaciji srečujejo vsak dan. Da bi dvignili kakovost življenja starostnika, njegovo zadovoljstvo in preprečili navzkrižne okužbe, so se leta 2010 odločili za uporabo impregniranih umivalnih vrečk. Najprej so jih začeli uporabljati v sobah namenjenih izolaciji pacientov (18 pacientov), kasneje pa njihovo uporabo razširili še na dva negovalna oddelka Doma starejših (52 pacientov).

ABSTRACT

The paper explores an expert use of impregnated washing bags in elderly home Dom starejših Laško in case of nursing care of elderly incontinence. With the problem of incontinence are faced every day, therefore to raise the quality of life of elderly people, their satisfaction and prevention of cross contamination was in 2010 made decision for use of impregnated washing bags. The impregnated washing bags were first used in isolation rooms after that their use was extended to the two other departments of Dom starejših Laško.

Ključne besede: socialno-varstveni zavod, inkontinenca, impregnirane umivalne vrečke, kakovost življenja

Keywords: Social-welfare institution, incontinence, impregnated washing bags, quality of life

UVOD

Dom starejših Laško je bil ustanovljen in odprt leta 2001. Program varstva oskrbe starejših v Thermani d. d. organizacijsko sestavljata dve enoti (Podkoritnik-Kamenšek, 2012):

oskrbovana stanovanja in dom starejših.

Dom starejših v okviru svojih prostorskih zmogljivosti nudi možnost oskrbe in zdravstvene nege v objektih – vilah Debro, Šmohor, Rečica in Hum. V domu je na negovalnem in stanovanjskem oddelku ter oddelku za stanovalce z demenco prostora za 165 stanovalcev. Za stanovalce v tem trenutku skrbi 87 zaposlenih oseb v okviru zdravstvenonegovalne službe, osnovne oskrbe, socialne oskrbe in poslovanja (Podkoritnik-Kamenšek, 2012).

Institucionalna oblika varstva starih, bolnih in invalidnih oseb v DS Laško obsega:

- osnovno oskrbo,
- socialno oskrbo,
- poslovanje,
- zdravstveno varstvo,
- zdravstveno nego
- rehabilitacijo,
- možnosti vključevanja v delovno terapevtsko dejavnost ter
- družabno življenje stanovalcev (Podkoritnik-Kamenšek, 2012).

V okviru dejavnosti DS Laško je trikrat tedensko organiziran obisk zdravnice, specialistke splošne medicine, ki v DS Laško opravlja osnovno zdravstveno dejavnost. V zavodu se zavedajo, da teorija brez kvalitetnega praktičnega usposabljanja ne pridobiva na kakovosti, zato so že tri leta učna baza dijakom in študentom.

Staranje je življenjski pojav, ki se mu nihče ne more izogniti. S preventivnim delovanjem posameznik lahko doseže, da bo živel kakovostno starost. Telesna neaktivnost je pogost dejavnik tveganja, ki pripelje do težav v jeseni življenja. Ena od pogostih težav, povezanih z aktivnostjo, je prav inkontinenca (Podkori-

tnik-Kamenšek et al., 2011). Inkontinenca pomeni nehoteno izločanje urina. Avtorji opisujejo inkontinenco urina in blata. Pojavlja se v vseh starostnih obdobjih, pri obeh spolih, v vseh vrstah poklicev in vseh družbenih slojih. Urinska inkontinenca (UI) je najpogostejša pri starejših ženskah. Strokovnjaki ocenjujejo, da je urinska inkontinenca med starejšimi ženskami kar dvakrat pogostejša kot med starejšimi moškimi (Trobec, Ličen, 2010). Urinska inkontinenca ni bolezen, niti neogibna posledica staranja, ampak je simptom, ki spremlja številne druge motnje (Trobec, Ličen, 2010). Nekateri avtorji navajajo delitev UI na stresno, urgentno in mešano. Stresna UI je opredeljena kot nehotno uhajanje urina pri kihanju, kašljanju ter dvigovanju bremen; pri zelo hudi obliki pa že ob spremembi položaja telesa ter pri drugih gibih, ki povečajo pritisk v trebušni votlini. Stresna UI nastane zaradi oslabilve mišic medeničnega dna, ki dajejo oporo sečnemu mehurju, ter mišic zapiralk, ki obdajajo sečnico (Trobec, Ličen, 2010). Pri ženskah je to najpogostejša oblika UI.

Urgentna UI je povezana z nenadno močno potrebo po uriniranju brez posebnega razloga. Spremlja jo lahko prekomerno aktivni sečni mehur, kar se kaže kot močno tiščanje na vodo z UI ali brez nje ter kot povečana pogostost mokrenja, ki je opredeljena s pogostostjo več kot osemkrat dnevno in prebujanjem zaradi potrebe po mokrenju dva- ali večkrat na noč. Težave urgentne UI se najpogosteje pojavljajo na poti proti stranišču, ob poslušanju iztekajoče vode ali ob delu z mrzlo vodo. Pri starostnikih je to najpogostejša vrsta UI. Povzroča jo prekomerno vzdražena velika mišica v sečnem mehurju, ki je lahko posledica možganske kapi, demence, drugih nevroloških bolezni, tumorja, kamnov v sečnem mehurju in tudi zdravil.

Mešana UI je kombinacija stresne in urgentne UI in se pogosteje pojavlja pri starejših ženskah (Trobec, Ličen, 2010).

S staranjem se pojavijo določene spremembe, ki lahko vplivajo na nastanek UI, to so zmanjšana elastičnost stene mehurja in zmanjšana raztegljivost mišice mehurja, ki vodi k nepopolnemu praznjenju. Različni patološki in funkcionalni dejavniki, ki so pogosto prisotni pri starostnikih, lahko prispevajo k izgubi nadzora nad mehurjem. Spremembe so pogostejše pri ženskah kot pri moških in so posledica hormonskega usihanja. Ocenjujejo, da ima pomanjkanje estrogenov v postmenopavzalnem obdobju pomembno vlogo pri nastanku UI, medtem ko je pri starejših moških razlog za nastanek UI praviloma bolezen. S starostjo se zmanjša velikost mehurja, odtekanje urina skozi sečnico je počasnejše, pri ženskah se sečnica skrajša, zapiralni pritisk v sečnici je nekoliko manjši. UI lahko nastane kot posledica poškodb pri padcu ali omejene gibljivosti v starosti (Trobec, Ličen, 2010).

Obvladovanje UI

Starostniki z UI v Domu starejših uporabljajo inkontinenčne pripomočke, ki so:

- inkontinenčne predloge, te so namenjene uporabi pri blagem do zmernem uhajanju urina, za individualne potrebe pa so na voljo različne stopnje vpojnosti,
- inkontinenčne hlačke, ki so namenjene uporabi pri srednji do zelo težki stopnji inkontinence; te hlačke nudijo popoln občutek varnosti, saj se prilagajajo obliki telesa kot spodnje perilo; hitro vpijejo tekočino in preprečijo razvoj neprijetnega vonja,
- inkontinenčne Flex predloge s pasom pa so tanke, zračne in nudijo popoln občutek suhe kože; oblikovane so tako, da ne pokrivajo stegen in kolkov,
- inkontinenčne hlačne predloge pa so namenjene pacientom, kjer so težave z uhajanjem urina hujše in uhaja tudi blato ter
- hlačne predloge, ki so anatomsko oblikovane in se namestijo z mrežastimi hlačkami (Simpss, 2012).

Impregnirane umivalne vrečke so primerne za umivanje inkontinenčnih stanovalcev in vseh, ki imajo alergijske probleme s kožo (Palmedic, 2012). Njihova uporaba zmanjša kontaminacijo z mikroorganizmi. Vrečka je narejena iz posebne medicinske vlaknovine, ki je mehka, močna in se ne trga. Vlaknovina je tudi zelo higroskopična, saj v sebi zadrži dovolj veliko količino losjona, ki je potreben za učinkovito umivanje stanovalcev.

Uporaba impregniranih umivalnih vrečk

Impregnirane umivalne vrečke je potrebno pred uporabo segreti v mikrovalovni pečici za 30 sekund na 700 vatov, v zimskem času pa jih postavimo na ogrevane radiatorje. Ob prvi uporabi je bilo potrebno veliko zdravstvenovzgojnega dela s stanovalci, da so počasi začeli razumevati, kaj pomeni uporaba teh vrečk zanje. Preden se vrečko odpre, jo je treba stisniti z rokama, da se voda in snovi, s katerimi je impregnirana, enakomerno porazdelijo. V enem pakiranju je osem krpic, ki so namenjene le enemu stanovalcu, v primeru, da ne porabi vseh krpic naenkrat, prihrani krpice še za opoldansko in večerno zdravstveno nego. Vrečka mora biti dobro zaprta, da se tako dobro ohrani vlažnost. Po uporabi se krpice takoj odvržejo med komunalne odpadke. Zelo pomembno je, da se ravna po shemi umivanja, ki je narisana na vsakem paketu. To je pomembno zaradi prenosa koli-bakterij in MRSA-bakterij po telesu (Palmedic, 2012).

Impregnirane umivalne vrečke zagotavljajo (Palmedic, 2012):

- prihranek časa (ni potrebno iskati vrčev, umivalnikov in točiti vode vanje, hitreje opravljena zdravstvena nega, manj zaposlenih ljudi v službi, več ljudi se lahko stušira, opoldanska in večerna zdravstvena nega je bolj kvalitetna zaradi uporabe krpic);
- ekonomičnost (vrečke gredo med enake odpadke kot plenice, odpade razkuževanje vrčev in umivalnikov po končanem delu) ter
- stroškovno učinkovitost (manj perila gre v pranje, poraba tekstilnega perila se zmanjša, zmanjša se nakup kozmetike, odpade nakup dragih razkužil za vrče in umivalnike).

Namen prispevka je ugotoviti, ali se kljub uporabi impregniranih umivalnih vrečk pojavljajo komplikacije na koži pod plenici ali v anogenitalnem predelu pacientov.

METODE DELA

S pomočjo računalniškega programa v Domu je bila pregledana dokumentacija pacientov, ki so imeli predpisano terapijo zaradi vnetja kože v predelu namestitve inkontinenčnih predlog. Spremljano je bilo vseh 70 pacientov, ki se negujejo z impregniranimi umivalnimi vrečkami. Paciente smo opazovali od 1. 6. 2011 do 31. 12. 2011.

REZULTATI

V DS Laško največ starostnikov uporablja inkontinenčne hlačne predloge. Če ima kateri od starostnikov zaradi tega zdravstvene težave, to so alergične reakcije, mu namestijo inkontinenčne Flex predloge s pasom, ki so tanke, zračne in ne pokrivajo stegen ter kolkov. Večina starostnikov jemlje veliko zdravil, katerih razkrojni produkti lahko poškodujejo kožo pod inkontinenčnimi predlogami. Na tem predelu so pogoste tudi okužbe, predvsem se pogosto razrastejo glivice. Vse te spremembe je treba spremljati ter jih ustrezno in pravočasno zdraviti, da se ne razširijo na bližnjo okolico. Glivične infekcije so najpogostejše pri starostnikih s sladkorno boleznijo in tistih pri katerih je zaradi različnih vzrokov zmanjšana odpornost kože.

Odločitev za uporabo inkontinenčnih predlog v DS Laško temelji na potrebah starostnika glede na stopnjo inkontinence, pacientovo mobilnost in ali je le-ta sposoben nadzorovati svojo UI.

V DS Laško je v program mesečnega naročanja za inkontinenco vključenih 136 stanovalcev, ki jih razvrstijo v skupine glede na obsežnost inkontinence. V zelo težko inkontinenco spada 80 stanovalcev, v težjo inkontinenco spada 27 stanovalcev, v srednjo inkontinenco pa spada 29 stanovalcev. Čez dan samostojno uporablja vložek in sanitarije 47 stanovalcev, ob pomoči negovalnega osebja pa toaletne prostore čez dan uporablja sedem stanovalcev.

Da bi dvignili kakovost življenja starostnikov v DS Laško, zmanjšali kožna vnetja in preprečili možnost navzkrižnih okužb, so se leta 2010 odločili za uporabo impregniranih umivalnih vrečk najprej v izolacijskih sobah (18 stanovalcev). Po treh mesecih pa so uporabo impregniranih umivalnih vrečk razširili še na dva oddelka v DS Laško (52 stanovalcev).

Vsak stanovalec dobi vsako jutro en paket impregniranih umivalnih vrečk, ki morajo biti vroče. Ta paket mu ponavadi zadostuje za ves dan. Pri starostnikih, pri katerih se uporablja te vrečke, so zdravstveni problemi povezani s kožo zelo redki.

Rezultati raziskave od 1. 6. 2011- 31. 12. 2011 so pokazali, da je v tem času od 70 pacientov, ki niso bili vključeni v raziskavo, imelo terapijo za kožno vnetje v predelu inkontinenčnih predlog 14 pacientov, od tega 13 pacientov ženskega spola in 1 pacient moškega spola. Večina stanovalcev je spremembo pri umivanju in uvedbo impregniranih vrečk za umivanje dobro sprejela, tisti pa, ki so bolj samostojni, se še večinoma umivajo v kopalnici pod tekočo vodo. Stanovalci so potrebovali veliko razlage, saj jih nismo brisali s suho brisačo, niti mazali s kremami za nego kože, ker to ni bilo več potrebno.

Z impregnirami umivalnimi vrečkami želimo doseči varno in prijetno rokovanje tako za stanovalce kot za zaposlene. Uporaba teh impregniranih vrečk preprečuje tudi navzkrižne okužbe ob pravilni uporabi in nadzoru.

ZAKLJUČEK

Ne obupajte, tudi naši vodilni v podjetju so spoznali, kaj pomeni kakovost v zdravstveni negi. Nenehno je potrebno dokazovati ekonomičnost, stroškovno učinkovitost in prihranek časa. Mogoče lažje razumejo tisti, ki imajo pri nas svojce in nas pridejo večkrat obiskat. Za leto 2012 nam je uspelo toliko dvigniti finančni plan, da bomo lahko še razširili uporabo impregniranih umivalnih vrečk v DS Laško.

LITERATURA

Podkoritnik-Kamenšek J, Vrbovšek M, Vindišar P, Poglavc L, Drstvenšek K, eds. Pod Lipo. Laško: Thermana d. d. Laško, 2011.

Podkoritnik-Kamenšek J. Po lipo. Interno glasilo Dom starejših. Laško: Thermana d. d. Laško, 2012.

Trobec I, Ličen S. Vpliv urinske inkontinence na kakovost življenja starostnikov v domu za starejše. Obzor Zdr N. 2010; 44 (2): 81-7.

Purawash impregnated washmitts. Dostopno na: <http://www.palmedic.eu/files/6725z9wza.pdf> <16. 2. 2012>.

Pripomočki za oskrbo inkontinence. Dosegljivo na: www.simpss.si/inkontinenca-pripomočki.html <17. 2. 2012>.

OSKRBA RANE PRI PACIENTU S KRONIČNIM OBOLENJEM

WOUND CARE IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES

LOJZKA PRESTOR, DIPL. M. S.

Klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

lojzka.prestor@klinika-golnik.si

IZVLEČEK

Kronična rana je vsaka rana, ki se celi več kot osem tednov. Oskrba kronične rane zahteva veliko strokovnega znanja in povezovanja strokovnjakov s področja medicine in zdravstvene nege. V starosti se kopičijo kronične bolezni, ki poslabšujejo funkcionalno stanje organizma in neredko puščajo trajne posledice. Zdravstvena nega pri obravnavi pacienta s kroničnimi obolenji mora temeljiti na odkrivanju dejavnikov tveganja za nastanek in preprečevanje rane zaradi pritiska. Na rano namestimo primerno oblogo in poskrbimo na stalen nadzor izpostavljenih mest.

ABSTRACT

A chronic wound is any wound that does not heal within eight weeks. Chronic wound care requires a lot of knowledge and multidisciplinary approach from medical and nursing care professionals. Chronic diseases become increasingly more frequent in the elderly. They also decrease a patient's functional status and very often cause permanent damage. Nursing care of patients with chronic diseases should be based on the recognition of risk factors that cause pressure ulcers, as well as on the prevention of pressure ulcers. An appropriate dressing should be applied to a wound and of exposed areas should be checked continuously.

Ključne besede: rana, pacient s kronično boleznijo, zdravstvena nega

Key words: wound, patient with chronic disease, health care

UVOD

Rana je vsaka prekinitve zdravega tkiva. V primeru, da se celi več kot osem tednov, postane kronična rana. Kronične rane se največkrat pojavijo pri starejših pacientih z občutljivo kožo, kar poslabša kvaliteto njihovega življenja. Zaradi dolgotrajnega celjenja predstavljajo kronične rane finančno breme za pacientovo družino in zdravstveni sistem. Oskrba kronične rane zahteva veliko strokovnega znanja in povezovanja strokovnjakov s področja medicine in zdravstvene nege.

V Kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik obravnavamo paciente, ki so hipoksemični, zaradi česar potrebujejo zdravljenje s kisikom. Zaradi stalnega draženja binazalnega katetra in pričvrstilnih trakov venturijeve maske, kože na obrazu in za ušesi, lahko nastanejo na teh mestih rane zaradi pritiska (RZP).

Pacienti s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB) so zaradi težkega dihanja slabše prehranjeni, kar poveča tveganje za nastanek rane zaradi pritiska na izpostavljenih delih telesa.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

V razvitem svetu se delež oseb starejših od 65 let skokovito povečuje. Slovenska populacija sledi navedenemu trendu. V letu 2008 je v Sloveniji živelo 71.773 ljudi starih med 75 - 79 let, v starosti med 80 – 85 leti je živelo 47.087 ljudi, med 85. in 89. letom starosti 22.681 in starejših od 90 let 6.551 ljudi (Železnik, 2010). S starostjo se pri posamezniku kopičijo kronične bolezni, ki poslabšujejo funkcionalno stanje organizma in neredko puščajo trajne posledice. Z upadanjem duševnih in telesnih sposobnosti se povečuje odvisnost od okolice, s tem pa se zmanjšuje kakovost življenja starostnika. Telesne omejitve so najpogostejše posledica bolezni gibal, ki jih ima večina starejših oseb (Poredoš, 2004).

Za starost je značilno, da se takrat pogosteje pojavljajo in kopičijo kronične bolezni, kot so srčno-žilne bolezni, bolezni dihal, gibal, rakave bolezni. V starosti pogosto govorimo o pojavu gerontološkega sindroma, ki predstavlja značilna stanja starostnikov, ki jih pri teh opazimo pogosteje kot pri mlajših, to so: inkontinenca urina in blata, preležanine, spominske motnje, demenca, osteoporoza in druge (Sager, 1996; Šabovič, 2004). Zelo pomemben dejavnik, ki podaljšuje hospitalno obravnavo starejših oseb in pomembno prispeva k najrazličnejšim zapletom, je zmanjšana pomičnost pacienta. Veliko pogosteje se pojavlja pri starejših pacientih kakor pri mlajših. Zmanjšana pomičnost med bolnišničnim zdravljenjem se lahko sprevrže v popolno nepomičnost s trajno odvisnostjo od pomoči okolice. Nepomičnost med hospitalizacijo pacienta je dejavnik tveganja za nastanek RZP, kar vse poslabšuje pacientovo splošno zdravstveno stanje

in povečuje pacientovo odvisnost pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti (Poredoš, 2004).

Na kliniki za Pljučne bolezni in alergijo Golnik se obravnavajo pacienti s poslabšanjem (KOPB). KOPB je le deloma ozdravljiva in napredujoča obstruktivna motnja ventilacije, ki jo lahko spremljajo kronični kašelj ter izkašljevanje, vselej pa napredujoča dispnea ob naporu. Če ima pacient težko obliko KOPB z zmanjšanim forsiranim ekspiratornim volumnom v prvi sekundi (FEV1) pod 50 odstotkov in je tako dispnoičen, da ga sapa ovira že pri dnevnih aktivnostih, zdravnik predpiše zdravilo Metilprednisolon (Šuškovič, 2008; Škrat in sod. 2009). Pri zdravljenju z metilprednizolonom se lahko pri pacientu pojavijo sistemski neželeni učinki, ki so redki med kratkotrajnim zdravljenjem. Priporoča se poostrena pozornost ne glede na redke pojave neželenih učinkov. Metilprednizolon vpliva med drugim tudi na učinkovitost celjenja ran. Le-ta povzroča petehije in ekhimoze na koži ter krhko in stanjšano kožo. Pri pacientih s tovrstno terapijo hitro prihaja do poškodb kože na različnih delih telesa. Zaradi petehij hitreje nastanejo odrgnine, ki so krvaveče in boleče. Medicinska sestra mora biti pozorna pri premikanju pacienta, da s hitrimi gibi ne poškoduje njegove kože ob izvajanju postopkov zdravstvene nege. Pri aplikaciji sodobnih oblog na rane se izogibamo lepljivim materialom, ki bi dodatno poškodovali rahlo tkivo v okolici rane (Dobnikar, 2007; Parač, 2004).

Pacienti z napredovano KOPB imajo pogosto znižano vsebnost kisika v krvi. Hipoksemija je znižan delni tlak kisika v arterijski krvi. Ugotovimo jo z analizo dihalnih plinov. Dodajanje kisika vdihanemu zraku je potrebno takrat, ko sama stopnja hipoksemije ogroža življenje – ko je delni tlak kisika pod 5 kPa oziroma zasičenost hemoglobina s kisikom pod 75 %. Dovaja se ga preko eno- ali dvorožega nosnega katetra in maske z znano inspiratorno koncentracijo kisika (Šifrer, 2008).

Nameščeni pripomočki za aplikacijo kisika so pogosto preveč grobi za pacientovo kožo in zaradi stalnega draženja povzročijo RZP za ušesi, na ličnicah obraza ter na nosu. Za preprečevanje le-teh uporabljamo zaščitne »komprese«, ki zmanjšajo draženje kože. Preprečevanje RZP pod nosnimi katetri se dopolnjuje s stalnim nadzorom ogroženih mest (Kadivec, 2010; Ivanuša, 2008).

METODE

V prispevku predstavljamo študijo primera pacienta z RZP. Pacienta smo opazovali na oddelku Klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Na oddelku je ležal od 18. februarja do 15. marca 2011. V času opazovanja smo vodili negovalno dokumentacijo, v kateri je bilo zabeleženo tudi vodenje in oskrba RZP.

PREGLED UGOTOVITEV- PRIKAZ PRIMERA

Zdravstvena nega pacienta s kroničnimi obolenji temelji na preprečevanju padcev in nastanku RZP zaradi različnih vzrokov. Ob sprejemu pacienta v bolnišnico na Kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik, ki že ima RZP, poskrbimo za njegovo primerno obravnavo. Na kliniki velja doktrina, da se rane oskrbujejo s sodobnimi oblogami za oskrbo in zdravljenje ran. Na pacientovo rano namestimo, ne glede na predhodno obravnavo rane, primerno sodobno oblogo, ki pripomore k hitrejšemu zdravljenju RZP. Ob sami obravnavi pacienta z že prisotno RZP poostriamo preventivne ukrepe za preprečevanje nastanka morebitnih dodatnih RZP. Izvajamo stalen nadzor izpostavljenih mest in poskrbimo za kontinuirano spreminjanje lege pacientovega telesa. Ves čas pacientove obravnave poskrbimo za primerno dokumentiranje našega dela.

V študiji primera obravnavamo 60-letnega pacienta, ki je bil premeščen z oddelka za kirurške okužbe Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana za nadaljevanje internističnega zdravljenja. Izvedena je bila nadkolenska amputacijo desne in leve noge. Je pacient s sladkorno boleznijo na insulinski terapiji že 10-15 let. Njegovo zdravstveno stanje po operaciji ni stabilno (internistično), pojavljajo se mu plevralni izlivi, je v stanju mejne respiracijske insuficience in na splošno oslabelel. Pacient naj bi imel KOPB, ker je bil dolgoletni kadilec. Brisi na MRSO so pokazali pozitiven rezultat, na katerih mestih natančno pa ni jasno.

Ob sprejemu je orientiran, zgovoren, slabo pomičen. Kontrolni brisi na bakterijo MRSA so pozitivni v nosni sluznici in žrelu, zato je pacient potreboval posebno obravnavo v izolaciji. Kontrolni bris anusa na enterobakterijo ESBL je bil negativen.

Ob sprejemu je bil nameščen v dvoposteljno sobo z izolacijo. Bil je disipnoičen, že ob mirovanju je kašljal, vendar ni nič izkašljeval. Appetit je ocenil kot dober, shujšal ni pa tudi povečanega občutka žeje ni imel. Predpisano je imel sladkorno dieto. Odvajal je redno s pomočjo odvajal. Pri gibanju je bil popolnoma odvisen. Po oceni ogroženosti (po Waterloo) je dosegel 20 točk. Na levi naddlakti je imel ekcem. Na levi in desni podlaktnici odrgnine kože in hematome. Na levem in desnem gluteusu je imel prisotno RZP četrte stopnje. Na levem in desnem krnu nog prisotne suhe krate. Na levem in desnem kolku prisoten RZP druge stopnje. Bil je kadilec 40 let in je pokadil štiri cigarete na dan. Krajevno in časovno je orientiran.

Prejemal je en liter kisik preko dvorožega nosnega katetra. Zaradi stalnega draženja kisikovega katetra je imel nameščeno zaščitno kože za ušesi. Rdečina za ušesi ni prisotna. Poleg sladkorne diete je prejemal še prehranski dodatek En-

sure enkrat dnevno. Imel je bolečine na zadnjici. Stopnja bolečine po Val lestvici se je gibala od 5 do 6, zato je prejemal predpisano terapijo Durogesic v obliki obliža. Po treh dneh je bila bolečina, ob prejemanju redne terapije, obvladana. Nameščeno je imel antidekubitalno blazino. Zaradi nadzora nad obračanjem je bila nastavljena lista za vodenje obračanja pacienta.

Fizioterapevti so izvajali lokomotorno in respiratorno fizioterapijo. Izvajal je dihalne vaje. Lokomotorne vaje je najprej izvajal leže v postelji. Po desetih dneh se ga je pričelo posedati. Po štirinajstih dneh je samostojno sedel. Ob posedanju je imel bolečine na zadnjici.

Vsakodnevno se je trikrat izvajala kontrola krvnega sladkorja zaradi prilagajanja odmerka insulina.

Ob sprejemu je imel narejeno oceno ogroženosti za padec. Bil je oslabel, rabil je pomoč pri izločanju, prejemal je kisikovo terapijo in 24-urno intravenosko terapijo. Za gibanje je uporabljal invalidski voziček. Uveden je imel urinski kateter. Odvajal je v plenico. Bil je visoko ogrožen za padec. Postavljen je bil cilj zdravstvene nege: pacient ne bo utrpel telesnih poškodb. Izvedene so bile naslednje aktivnosti zdravstvene nege: uporaba obeh zaščitnih ograjic, namestitev na hidravlično posteljo, nameščeno pa je imel tudi klicno napravo na dosegu roke.

Na levem in desnem gluteusu je imel prisotno obsežno nekrozo. Dolga je bila 18 cm in široka 12 cm na vsaki strani. Na levi strani nekoliko večja kot na desni. Bolečina je bila prisotna občasno in ob prevezi. Izloček iz rane je bil serozno-hemoragičen in smrdeč. Količina izločka je bila srednja. Robovi so bili pordeli z epitalizacijo. Rano smo tuširali z 0,9% NaCl (fiziološko raztopino). Na rano smo namestili gel za raztapljanje nekroze in vpojno sekundarno oblogo. Vse skupaj pa pokrili s folijo. Zaradi rednega odvajanja blata smo obloge morali menjati dnevno, občasno tudi večkrat dnevno. Po dvanajstih dneh je bil predlagan posvet s kirurgom zaradi eventualne nekrektomije. Stanje rane se je po 14 dneh vidno izboljšalo. Nekroza se je zmanjšala. Ves čas smo za oskrbo rane uporabljali enako sodobno oblogo. Stanje rane je spremljala tudi sobna zdravnica. Dva dni pred odpustom je bila delno odstranjena nekroza na desni strani zadnjice, ki je že začela odstopati. Velikost RZP na levi strani se je zmanjšala po širini na 5 cm in po dolžini na 14 cm. RZP na boku se je popolnoma zacelila. Pacient je bil napoten na ambulantno obravnavo h kirurgu.

Pacienta smo po štirih tednih odpustili v domačo oskrbo. Imel je vloženo vlogo za sprejem v dom starejših občanov, vendar so oviro predstavljali pozitivni brisi na bakterijo MRSA. Po posvetu s klinično mikrobiologinjo, dekolonizacija ni bila

možna. V domačem okolju bo zanj skrbela hči. Zaradi kontinuirane oskrbe pacienta z RZP se povežemo s patronažno medicinsko sestro.

ZAKLJUČEK

Večina starejših oseb ima eno ali več kroničnih bolezni, ki poslabšujejo funkcionalno stanje organizma in otežujejo uspešno zdravljenje ter rehabilitacijo. Posledica tega je zmanjšanje telesnih sposobnosti in povečevanje odvisnosti od okolice. Zdravstvena nega pri obravnavi pacienta s kroničnimi obolenji mora temeljiti na odkrivanju dejavnikov tveganja in preprečevanju nastanka RZP. V primeru, ko sprejmemo pacienta, ki ima že nastalo RZP, poskrbimo za njeno primerno obravnavo, kar pripomore k izboljšanju nastale RZP. Če hočemo doseči čim boljše rezultate, mora pri obravnavi sodelovati širši zdravstveni tim.

LITERATURA

Sager MA, Franke T, Inouye SK et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in olderpersons. *ArchIntern Med* 1996; 156:669–76.

Šifrer F. Respiracijska insuficienca-zdravljenje s kisikom. V: Roš A, Božjak M. Povezovanje - naša prednost in priložnost: zbornik predavanj in posterjev / 1. slovenski internistični kongres medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov z mednarodno udeležbo, Terme Čatež, 17. do 19. oktober 2002. Ljubljana : Zbornica zdravstvene nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, strokovne sekcije, ki delujejo na področju internističnih strok. 2002; 219-224.

Šabovič M. Sodobna načela internistične gerontologije. *ISIS*. 2004; XIII (8-9): 37-41.

Šifrer F. Zdravljenje s kisikom. V: Slovenian Pneumology and Allergology Congress. Book of abstracts / 4th Slovenian Pneumology and Allergology Congress 2008, Portorož, september 14-16, 2008 Golnik: University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases. 2008; 28-30.

Šuškovič S. Ambulantna obravnava akutnega poslabšanja KOPB. V: Slovenian Pneumology and Allergology Congress. Book of abstracts / 4th Slovenian Pneumology and Allergology Congress 2008, Portorož, September 14-16, 2008 Golnik: University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases. 2008, 25-27.

Poredoš P. Zdravstveni problemi starostnikov. *Zdrav Vestn*. 2004; 73: 753-6

Železnik D. Vloga medicinske sestre pri starostnikih s kroničnimi obolenji. V:

Kavaš E. (ur). Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji. Murska Sobota: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja. 2010; 6-14.

Škrbat KS, Šifrar F, Kopčavar Guček N, Osolnik K, Eržen R, Fležar M et al. Stališče do obravnave akutnega poslabšanja kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB). Zdrav Vestn. 2009; 78:19-32.

Kadivec S, Vrankar K. Jesenice: Skela Savič B, Kaučič BM, Filej B, Skinder Savič K, Mežik Veber M, Romih K, et al.(ur.) Aplikacija kisika. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege – izbrana poglavja. Jesenice: Založba Pivec. 2010; 270-285.

Ivanuša A, Železnik D, Standardi aktivnosti zdravstvene nege 2. Dopolnjena izdaja. Zdravljenje bolnika s kisikom. Maribor: Studio Linea. 2008; 375-387.

Parač Z, Triller C, Smrke D. Uporaba sodobnih oblog pri oskrbi kronične rane. 30. srečanje delovnih skupin – kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini. Zbornik predavanj. 28. - 29. 5. 2004, Ljubljana; 148–153.

Dobnikar B, Djekić B. Sodobni pristopi pri obravnavi kronične rane v patronažni zdravstveni negi. Obzor Zdr N 2007; 41: 125-35.

POSEBNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE STAROSTNIKA Z IZLOČALNO STOMO

SPECIAL ASPECTS OF NURSING CARE AT THE ELDERLY OSTOMY PATIENT

OBREZ JELKA, VIŠ. MED. SES., ET

Zdravstveni dom Celje, Patronažno varstvo

jelka.obrez@gmail.com

SUZANA MAJCEN DVORŠAK, VIŠ. MED. SES., ET

Valencia Stoma-Medical d.o.o.

MARJANA JAGER, VIŠJA MED. SES.

Zdravstveni dom Štore, Medicina dela, prometa in športa

DANICA LADINEK, VIŠJA MED. SES.

Zdravstveni dom Radlje ob Dravi, Uprava

IZVLEČEK

Prispevek je sestavljen iz dveh delov. Razpravlja o starostniku, izločalni stomi in o posebnosti zdravstvene nege starostnika z izločalno stomo. V teoretičnem delu je pregledana strokovna literatura s področja značilnih sprememb starostnika in zdravstvene nege pacienta z izločalno stomo. Opisane so značilne spremembe, povezane z aktivnostjo in kakovostno oskrbo izločalne stome. Prispevek temelji na predpostavki zdravstvene nege pacienta z izločalno stomo, pri katerem je stoma kronično stanje, na zmožnost samooskrbe pa vplivajo dejavniki, ki so povezani s staranjem, na primer fiziološke spremembe, polimorbiditeta, ovirane ročne spretnosti, vid, sluh, omejitve v gibanju, zmanjšana sposobnost zaznavanja, učenja in različni psihološki dejavniki.

ABSTRACT

The article is divided in to two parts. It discusses about elderly people, ostomy and special aspects of nursing care of elderly patients with ostomy. In theoretical part scientific papers were examined concerning specific physiological changes in old age and nursing care of the ostomy patients. It describes typical alterations in old age and its effect on activities and quality of ostomy care. The article bases on presumption of nursing care of the ostomy patient at whichostomy is a chronicle condition, therefore on theability of self care, influence only aspects linked with healthy ageing such as physiological changes, polymorbidity, obstruction in hand crafts, eyesight, hearing, moving, decreasing in perception, learning and also different psychological aspects.

Ključne besede: izločana stoma, starostnik, zdravstvena nega

Keywords: ostomy, elderly, nursingcare

UVOD

Staranje je neizogiben proces živih bitij, ki poteka od rojstva do smrti. Začne se ob rojstvu, le da so pri mladem organizmu v ospredju bolj anabolni kot katabolni procesi. Z leti se torej sposobnost delitve celic manjša zaradi kronološke starosti in drugih obremenitev na celice, naravne spremembe tkiv, organov in človekovega organizma kot celote (Acceto, 1987).

Zelo težko je opredeliti, kdaj nastopi starost pri ljudeh. Skupino starejših ljudi sestavljajo vsi, ki so stari 65 let in več (Klančar, 2007).

Junko, Mayumi, Sakurako, Shigeko, Akira, Miho (2002) v svojem članku opisujejo, da postaja dandanes samooskrba starostnika s stomo problem. Število starostnikov, ki ne živijo s svojimi potomci narašča. Osebe, ki jim pomagajo, pa so ravno tako ostarele in pogosto ne razumejo podanih informacij ter jih ne znajo uporabiti za oskrbo.

Kuhn in Flaherty (1990) svetujeta, da glede na to, da se starejši pacienti s stomo srečujejo z mnogimi izzivi, posvetimo pozornost identifikaciji njihovih moči in krepitvi njihove samozavesti. Ko ga učimo, moramo upoštevati vse dejavnike, ki vplivajo na učenje, kot na primer spremenjene čutne zaznave, podaljšan odzivni čas, slabši kratkotrajen spomin in nizka motivacija.

METODA DELA

Uporabili smo deskriptivno, opisno metodo dela. Za pregled literature smo uporabili podatkovne baze: COBISS, SpringerLink ter razpoložljive tiskane vire.

Vodilo pri iskanju literature so nam bile ključne besede: starostnik, izločalna stoma, zdravstvena nega (elderly, ostomy, nursing care). Uporabili smo primarne in sekundarne vire. Iskanje in pregled literature je trajal od 10. 1. 2012 do 13. 12. 2012.

RELEVANTNA DEJSTVA

FIZIOLOŠKE SPREMEMBE V STAROSTI

Staranje poteka z najrazličnejšimi spremembami v strukturi organizma in ga ne smemo istovetiti z boleznijo. Pri nekaterih je spontan proces, drugi pa staranje in spremembe v starosti doživljajo kot breme in se s tem težko soočijo (Bogdan, 2009).

Telesne spremembe so postopne. Opazne navzven in spreminjajo videz starejše osebe, druge pa se kažejo kot spremembe v delovanju organov in telesni zmogljivosti (Bogdan, 2009).

Turk (2005) po Pečjak (1998) povzame opis fizioloških sprememb pri starostnikih, ki jih lahko povežemo z oteženo oskrbo izločane stome zaradi starosti:

Na koži so najbolj opazne gube. Atrofija in nagubanost kože sta povezani z zmanjšanjem kakovosti in količine vezivnega tkiva. Zaradi propadanja kapilar se spremeni barva kože; postane rahlo rumena ali rožnata. Zaradi stanjšane kože in drugih razlogov postanejo mnoge žile vidne. Maščobno tkivo se s starostjo prerazporedi in se kopiči na osrednjih delih telesa. S staranjem se zmanjša tudi število, velikost in s tem aktivnost kožnih žlez.

Pojavijo se spremembe v konstituciji in postavi, mišičje atrofira, kostnina je oslabljena. Telesna masa se večja na račun večjega deleža maščevja. Sklepi in njihova prožnost se z leti spreminja, sklepne površine se počasi obrabljajo. S starostjo plahni tudi mišična moč.

Poslabša se ostrina vida in sposobnost razlikovanja barv.

Izguba sluha je opisana kot postopna, progresivna izguba visokofrekvenčnih tonov. Območje srednjih frekvenc je bolje ohranjeno. Pogosto je okvarjena zmožnost razumevanja govorne besede.

Občutljivost čutila za voh pade po 50. letu starosti.

Tip je glede na pomembnost v življenju tretji čut. V koži so čutnice tipa, temperature in bolečine. S staranjem čutnice odmirajo. Poškodujejo se tudi živčna vlakna, ki prenašajo informacije s kože v možgane.

S staranjem se spreminjajo vsi sistemi živčevja, nekateri manj drugi bolj. Mali možgani uravnavajo gibe in hojo. V njih propade v življenju kakih 25 % celic in ena od posledic je, da se starejši ljudje gibljejo počasneje, težje ohranjajo ravnotežje, pokončno držo in velikokrat padejo. Drobnji gibi postanejo manj natančni. Atrofira predvsem sivina možganov. Z atrofijo dendritov oslabijo sinaptične povezave in pride do sprememb v prevajanju vzbujenja. Bolj so prizadeti tisti procesi, ki zahtevajo prilagoditve na nove situacije.

V starosti ostanejo kognitivne sposobnosti zdravega posameznika nedotaknjene. Pojavljajo se manjše okvare kratkotrajnega spomina, spremembe v spalnih vzorcih, raztresenost, komunikacijske motnje, povečana incidenca za psihiatrične motnje, vendar do sprememb osebnosti v starosti normalno ne prihaja.

S starostjo pade delovanje imunskega sistema, kar vodi k povečanemu tveganju za posamezne bolezni. Naraščajo protitelesa, kar poveča tveganje za avtoimune bolezni. Starejši ljudje so bolj podvrženi infekcijam sečil, dihal in ran (Ihan, 2000).

PSIHOLOŠKE SPREMEMBE V STAROSTI

Zmanjša se zmogljivost za duševno delo. Stari ljudje se hitreje utrudijo, spominske motnje so večje, spe manj trdno, bolj so podvrženi emocionalnim motnjam, njihova percepcija je manj realna in postanejo nekritični v svojih reakcijah (Acceto, 1987). Psihološke spremembe so posledica starostnih sprememb v možganih (Bogdan, 2009).

Miselni procesi se upočasnijo. Pojavijo se težave s spominom in pozornostjo. Starejši ljudje slabše ohranjajo in obnavljajo informacije iz bližnjega spomina (Salthouse, 1991). Zmanjša se mehanični spomin, nadomeščajo ga z logičnim spominom. Prevladuje spoznanje, da ostane človek intelektualno in osebno ohranjen praktično do smrti (Bogdan, 2009).

S staranjem se spreminjajo emocije, motivacija in celotna osebnost. Te spremembe se pri ženskah pojavijo že okoli 50. leta starosti v zvezi z menopavzo (razdražljivost, tesnoba, depresija, upad seksualne želje). Moška menopavza se pojavlja postopoma med 40. in 50. letom. Spremljajo jo utrujenost, spreminjanje razpoloženja in upadanje spolne želje. Niso vse emocije neprijetne. Zadovoljstvo jim dajejo razni hobiji, druženje s sorodniki, skupine za samopomoč, sprehodi, potovanja (Bogdan, 2009).

PACIENT S STOMO

Izločevalna stoma je kirurško narejena odprtina na trebušni steni, skozi katero

se lahko izloča blato ali urin. Ločimo stome na tankem črevesu (ileostoma), na debelem črevesu (kolostoma) in izvodilo sečil (urostoma) (Majcen Dvoršak, 2008).

V praksi je najpogosteje obravnavan pacient z nizko ležečo kolostomo oz. sigmoidostomo - izpeljavo sigmoidnega dela kolona zaradi nizko ležečega karcinoma debelega črevesa ali karcinoma rektuma. Pri delu s takimi pacienti moramo upoštevati, da so to večinoma starejši ljudje, je še zapisala Dvoršakova (1995).

Najbolj izpostavljeno je področje vzdrževanja osebne čistoče, ki se zaradi drugačnega načina izločanja spremeni in pomembno vpliva na kakovost življenja. V svojem prispevku Bavčar in Škrabl (2009) navajata, da največjo oviro pacientom s stomo predstavlja strah pred puščanjem vrečke.

Batas (2009) navaja, da pacient s stomo po operativnem posegu dobi navodila glede zdrave prehrane, tj. lahke prehrane in da lahko nekako po šestih tednih začne ponovno uživati hrano, ki je bil vajen pred operacijo ter postopoma spoznava, katera živila mu ne ustrezajo in jih izloči. Poudarek je na vnosu zadostne količine tekočine, predvsem pri ileostomi in urostomi. Zima (1993) priporoča, da popijejo do dva litra tekočine dnevno.

Jelenc (2007) opisuje tudi možne probleme povezane z aktivnostjo in življenjem posameznika. Odsvetuje uporabo pretesnih oblačil. Pas naj poteka izven linije stome. Kopajo in tuširajo se lahko z ali brez vrečke, preden gredo v bazen, morajo preveriti, ali je pripomoček dobro nameščen. Pacient s stomo se lahko ustrezno športno udejstvuje.

Na področju spolnosti (Jelenc, 2007) je pomembno svetovanje predvsem v primeru motenj. Pacient mora vedeti, da je prizadeta funkcija organov, medtem ko občutki ugodja ostajajo.

Po operativnem posegu in izpeljavi izločalne stome se mora pacient naučiti samooskrbe. Dobro komuniciranje je eden od pogojev za uspešno zdravljenje in svetovanje predvsem pri pacientih s kronično boleznijo (Štemberger Kolnik, Majcen Dvoršak, Goričan, 2009; povzeto po Latković, 2002).

Frangež (1999) je zapisala, da pri izpeljavi črevesa ni prizadeto samo zdravstveno stanje pacienta s stomo, ampak tudi njegova osebna integriteta zaradi spremenjene telesne podobe. Problemi, ki so posledica prisotnosti stome, povzročajo občutke ponižanja, depresije, zaskrbljenosti, izgube, izoliranosti, prikrajšanosti in invalidnosti. Vsak pacient s stomo mora spremeniti svoje življenjske navade.

RAZPRAVA

Zdravstvena nega starostnika je specifična, ker ima le-ta drugačne psihofizične sposobnosti. Po Virginiji Henderson je zdravstvena nega običajno potrebna, ko oseba ni sposobna opravljati aktivnosti, ki bi pripomogle k zdravju, rehabilitaciji ali mirni smrti. Zelo stari so lahko nesposobni zadovoljiti eno ali več svojih osnovnih potreb zaradi fizioloških, psiholoških in socialnih faktorjev (Vovk, 2006). Vloga medicinske sestre je, da pri starostniku doseže čim večjo stopnjo samooskrbe; pomembno je vključiti tudi svojece ter druge negovalce.

Pri pacientih z izločalno stomo zaznavamo probleme predvsem pri življenjskih aktivnostih: prehranjevanju in pitju, izločanju in odvajanju, gibanju, spanju in počitku, oblačenju in slačenju, vzdrževanju telesne čistoče in urejenosti, izogibanju nevarnostim, koristnemu delu, rekreaciji in učenju. Pri zagotavljanju teh potreb imajo starostniki zaradi fizioloških sprememb ali posledic različnih bolezni pogosto težave.

Osebna higiena in urejenost je problem iz več razlogov. Pravilno izbran in nameščen pripomoček zagotavlja zbiranje izločka, zaščito kože, prepreči smrad, pacientu zagotavlja varnost in možnost socializacije. Zagotavljanje čistoče je pri starostniku s stomo problematično, saj potrebuje posameznik za pravilno izbiro in namestitev kar nekaj znanja in ročnih spretnosti. Starejši ljudje si težje zapomnijo informacije, kar ovira učenje. Bojijo se, da ne bodo naredili prav, kar poveča stres in zanje namestitev pripomočka predstavlja še večjo oviro. Kuhn in Flaherty (1990) navajata še druge dejavnike, kot na primer spremenjene čutne zaznave, podaljšan odzivni čas, nizko motivacijo, ki negativno vplivajo na sposobnost učenja.

Za nameščanje pripomočka so potrebne ročne spretnosti, ki so pri starostnikih zaradi vzrokov, kot na primer tremor, revmatična obolenja, okornost, pogosto ovirane (Turk, 2005; povzeto po Pečjak, 1998).

Zaradi slabše ostrine vida (Turk, 2005; povzeto po Pečjak, 1998) imajo težave s pripravo in nameščanjem pripomočka. Velikokrat ne opazijo, da jim je spustila vrečka. Zaradi usihanja fizičnih sposobnosti se pomanjkljivo umijejo (Habjanič, 2006).

Težave z nameščanjem pripomočka imajo zaradi sprememb na koži. Turk (2005; povzeto po Pečjak, 1998) kot posledico staranja navaja atrofijo in nagubanost kože, ki je v poznem življenjskem obdobju tudi suha, utrujena in zato lahko še bolj občutljiva. Tako je težje zagotoviti ravno površino, kamor namestimo pripomoček.

Aktivnost izločanja in odvajanja je druga pomembna aktivnost, ki ji moramo pri starostniku s stomo nameniti pozornost. Spremljati moramo izločanje in skrbeti za redno odvajanje blata. Veliko lahko storimo s primerno izbiro hrane, pitjem zadostne količine tekočine in gibanjem. Premalo zaužite tekočine lahko skupaj z upočasnjeno peristaltiko povzroči zaprtje.

Hranjenje in pitje sta aktivnosti, ki se zaradi posledic fiziološkega staranja zelo spremenita. Že zdravi starostniki niso lačni in žejni. Včasih je izguba hranilnih snovi in tekočine posebno velika, predvsem pri ileostomi. Starostnika oziroma svojce poučimo o pravilni izbiri hrane, zadostnem številu obrokov, zadostnem nadomeščanju tekočin, primerni obliki hrane, še posebej, če starostnik nima urejenega zobovja. Izogibati se morajo balastni in mastni hrani ter jedem, ki napenjajo (»Kolostoma, kaj je to?«, 1997). Predvsem naj se posameznik izogiba hrani, ki mu povzroča težave. Priporoča se beleženje zaužita hrane in tekočine (Ivanuša, Železnik, 2002).

Težave, ki se lahko pojavljajo pri prehranjevanju in pitju starostnikov s stomo ter posledično prebavi in izločanju, so lahko povezane s tremorjem in sunkovitimi gibi rok, pomanjkanjem apetita, neurejenim zobovjem, motnjami požiranja ali suhimi usti, ki ovirajo hranjenje (Habjanič, 2006).

Starostnik je velikokrat gibalno omejen, kar vpliva na njegovo sposobnost oskrbe izločalne stome. Kadar ima ročne spretnosti omejene, je nepokreten ali slabo pokreten, potrebuje drugo osebo, da mu bo menjala pripomočke. Izločalna stoma pri zdravem starostniku ni ovira za gibanje.

Pri starostnikih je pogosto prisotna polimorbiditeta. Zdravila, ki jih uživajo, lahko vplivajo na njihove psihofizične sposobnosti. Lahko se pojavi driska, zaprtje ter alergija na koži, ki lahko ovira nameščanje pripomočka.

Oblačenje je oteženo zaradi težav pri gibanju, obrab in kroničnih boleznih. Starostnik naj nosi perilo in obleko, ki ga pri oskrbi stome ne bo oviralo (Ivanuša, Železnik, 2002).

Spanje je lahko moteno zaradi fizioloških sprememb v starosti ter nameščenege pripomočka, ki predstavlja tujek. Le-ta lahko med spanjem popusti ali pa ga je potrebno izprazniti.

Učenje in pridobivanje znanj je omejeno. Za poučevanje je najbolj primerna enterostomalna terapija, ki ima zato potrebna znanja (Ivanuša, Železnik, 2002). Starostnika učimo postopoma. Vsako menjavo vrečke izkoristimo za poučevanje. Včasih je uspeh že, da si vrečko zamenja sam, podlogo pa svojci ali medicinska sestra na določeno časovno obdobje (Ivanuša, Železnik, 2002). Pri

učenju nege stome mora biti komunikacija prilagojena starostniku: preprosta, razumljiva, osredotočena na en problem.

SKLEP

Starostnik s stomo je pacient, ki ga medicinske sestre pri svojem delu pogosto srečujemo, predvsem zato, ker je velik del izločalnih stom posledica rakastih obolenj v starosti. Pojavnost se lahko samo še stopnjuje, saj predvidevanja nakazujejo tako povečanje rakastih obolenj kot tudi število starostnikov.

Medicinska sestra, ki se srečuje s takimi pacienti, mora dobro poznati zdravstveno nego starostnika, področje enterostomalne terapije in pristope zdravstveno-vzgojnega dela.

LITERATURA

Acceto B. Starost in staranje. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1987; 88-92.

Batas R. Rehabilitacija pacienta s stomo – aktivnost prehranjevanja in oblačenja. *Obzor Zdr N*; 2009. 43 (4): 269-78.

Bogdan A. Osamljenost stanovalcev v socialno varstvenem zavodu. [Diplomska naloga]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Fakulteta za zdravstvene vede; 2009.

Dvoršak S. Oskrba bolnika s stomo po operativnem posegu zaradi karcinoma debelega črevesa [Seminarska naloga]. Ljubljana: Šola entrostomalne terapije, Univerzitetni klinični center Ljubljana; 1995.

Frangež A. Kvaliteta življenja bolnika s črevesno stomo. [Diplomska naloga]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo; 1999.

Habjanič A. Zapiski iz predavanj pri predmetu Zdravstvena nega starostnika z geriatrijo. Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola; 2006.

Ihan A. Imunski sistem in odpornost: Kako se ubranimo bolezni. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2000: 122-123.

Ivanuš A, Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola; 2002: 273-278.

Jelenc M. Kolorektalni karcinom in obravnava bolnikov. V: Colarič D. Zbornik seminarjev študentov Medicinske fakultete, Univerze v Mariboru. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2007: 7-15.

Junko K, Mayumi S, Sakurako K, Shigeko I, Akira M, Akira Y, Miho K. Consideration of ostomy management of the aged. Proceeding of the Research Society of Tokai for Stoma Rehabilitation. 2002: 22(1): 33-37

Klančar D. Starostnik v sodobni družini in družbi. Zavod za zdravstvene dejavnosti in svetovanje eVita. Dosegljivo na:

[http://www.zavodevita.si/index.php?viewPage=27&highlite=Starostnik v sodobni družini in družbi](http://www.zavodevita.si/index.php?viewPage=27&highlite=Starostnik%20v%20sodobni%20družini%20in%20družbi) <25. 01. 2012>.

Kuhn JK, Flaherty MJ. Helping ostomy patients back to independence. J Gerontol Nurs. 1990; 16(6): 27-30.

Majcen Dvoršak S. Bolnik z izločalno stomo. V: Klemenc – Ketiš Z, Tušek-Bunc K. Navodila za bolnike. Posebna stanja. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2008: 22-25.

Turk J. (eds.). Zdrava poznejša leta. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje; 2005: 293- 307.

Salthouse TA. Theoretical Perspectives on Cognitive Aging. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1991: 145-146.

Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, Goričan A. Informiranost kot ključno vodilo do kakovosti življenja pacientov s stomo. Obzor Zdr N; 2009; 43 (4): 253-60.

Vovk V. Seminarska naloga pri predmetu Zdravstvena nega. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 2006.

Zima M. Vloga medicinske sestre enterostomalne terapevte. Učni pripomoček. Ljubljana: Samozaložba; 1993.

VIRI

Kolostoma - kaj je to?, Priročnik za oskrbo stomista; 1997.

OBREMENITVE GIBALNEGA APARATA PRI ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI – PREVENTIVNO-KURATIVNI PRISTOP

MUSCULOSKELETAL LOAD OF HEALTHCARE WORKERS - PREVENTIVE AND CURATIVE APPROACH

DOC. DR. DAVID RAVNIK, PH. DR., DIPL. FIZIOT., EUR. ERG.

Center za rehabilitacijo, dr. David Ravnik s. p., Ulica Tuga Vidmarja 10, 4000 Kranj

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola

david.ravnik@gmail.com; www.drdaavidravnik.si

IZVLEČEK

Veliko podjetij v Sloveniji že vrsto let promovira zdravje pri delu med delavci na različne načine, in sicer s seminarji, delavnicami in drugimi izobraževanji. Vendar pa se v praksi opaža, da so redka podjetja, ki v svoje delovno okolje vključujejo tudi ergonomijo. Namen vseh omenjenih dejavnosti izhaja iz potrebe po ohranjanju zdravja delavcev, predvsem pa v zmanjševanju absentizma. Panoga, kjer je veliko telesnih obremenitev in posledično veliko absentizma, je tudi zdravstvena nega. Učenja pravilnega dela in varovanja zdravja v zdravstveni negi bi morali biti deležni vsi zaposleni, predvsem pa bi morali prevzeti odgovornost za svoje zdravje na delovnem mestu. Odrasla oseba, ki je delovno sposobna, skoraj tretjino svojega časa preživlja na delu in tu je mesto za izboljšavo kvalitete le-tega. Tu se pojavi nujnost razvoja projektov ergonomske promocije ter intervencije za izboljšavo in ohranitev zdravja v samem delovnem okolju, pri čemer morajo zaposleni aktivno sodelovati. Eden izmed ciljev prihodnosti je obdržati človekovo aktivnost (čim manj hipokinetično in čim bolj pravilno) v kakršnem koli okolju, predvsem pa preprečevati neudobje in kasneje funkcionalne motnje gibanja. Neodpravljene funkcionalne motnje lahko vodijo v morfološke. Vpliv na človeško telo je lahko takojšen, lahko pa tudi počasen ali pa sumaren. Ergonomija je tu lahko preventivna, lahko kurativna ali kombinirana.

ABSTRACT

A lot of companies in Slovenia is already promoting health at workplace on different manners, namely with seminars, workshops and other forms of education. Rarely any company is including ergonomics into their working environment. Intention of all mentioned activities is to keep workers healthy, and above all in reducing of absenteeism. Branch where a lot of physical strain and consequently a lot of absenteeism is present is also nursing. Learning of the proper working and health prevention in nursing should include all employees, and finally they should take responsibility for their health in the workplace. A grown up person spends almost a third of their time in a working place and that is why we need to improve quality of working place. To improve and maintain health in workplace it is necessary to develop projects and promote ergonomic interventions, where employees have to participate actively. One of the aims is to keep human being active (as less as possible hypokinetical and as much as correctly) in any environment, especially to prevent discomfort and later functional movement disorders. Functional disorders, if they are not recognized and if they are uncured, can lead to morphological changes. The influence on the human body can either be immediate, slow or the result of accumulated long-term effects. Ergonomics could be preventive, curative or both.

Ključne besede: ergonomija, varnost pri delu, delovno okolje

Key words: ergonomics, safety, working environment

UVOD

Pod pojmom ergonomija si predstavljamo interdisciplinarno preučevanje delovnih obremenitev (lahko tudi obremenitev v prostem času) ter iskanje razbremenitev, kadar obremenitev povzroča neudobje ali celo prekoračuje tolerančno mejo. Beseda ergonomija je sestavljena iz dveh grških besed, in sicer ergon, ki pomeni delo ter nomos, ki pomeni zakon. Pomen ergonomije je v povečanju delotvornosti, učinkovitosti dela in drugih aktivnosti (lažja uporaba, zmanjšanje števila napak, povečanje produktivnosti) ter omogočiti uresničevanje človekovih vrlin (večja varnost, manjša utrujenost in stres, večje udobje, večje zadovoljstvo na delu, boljša kvaliteta življenja) (Ravnik, 2007).

V lanskem letu sprejeti aktualni in dopolnjeni Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1) Ur.l. RS, št. 43/2011 določa pravice in dolžnosti delodajalcev in delavcev v zvezi z varnim in zdravim delom ter ukrepi za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu, in sicer v obsegu nacionalnega programa. Slovenija sicer nima direktnega zakona, ki bi opredeljeval in uzakonil ergonomijo, je pa slednja

delno zastopana v prej omenjenem Zakonu v promociji zdravja na delovnem mestu. Ergonomija v zdravstveni negi se ne ukvarja le z varnim dvigovanjem in premikanjem bolnikov, temveč tudi z varnimi drugimi postopki, preventivnimi programi, programi odprave težav idr. Pozitivnost sodelovanja v praksi (na področju slovenskega gospodarstva) s certificiranimim ergonomom se je pokazala v letu 2010, ko je ZZSZ (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije) sofinanciral projekt z naslovom »Ohranjanje in krepitev zdravja zaposlenih z ergonomskimi ukrepi in ukrepi za spodbujanje zdravega načina življenja«, objavljenega v Ur.l. RS, št. 11/2010. Projekt je potekal v Luki Koper INPO d.o.o v izvedbi Centra za rehabilitacijo iz Kranja (Ravnik, 2010, Ravnik, 2011). Projekt ergonomije v zdravstveni negi pa je v letu 2009 financiralo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve Republike Slovenije, rezultati pa so predstavljeni na njihovi spletni strani (<http://www.zdravstvena-nega.mddsz.gov.si>). Nesmiselno bi bilo govoriti o ergonomiji in zdravem načinu življenja, če se predhodno ne bi ugotovilo stanje na delovnem mestu med posamezniki in kolektivom. Več ergonomskih projektov in izobraževanja bi se moralo izvajati tudi v zdravstvenih in socialnih zavodih, saj je pri njih incidenca težav zaposlenih v gibalnem aparatu med najvišjimi (Nelson et al., 2006). Glede na Alamgira s sodelavci (2011) slednji projekti izobraževanja zdravstvenih delavcev zelo uspešno potekajo v ZDA (Združenih državah Amerike), kjer se tudi sprejemajo manjši, a pomembni zakoni za varno delo zdravstvenih delavcev, kot je na primer prvi zakon za varno rokovanje z bolniki sprejetimi v Texasu (Hudson, 2005). V Sloveniji v zadnjih letih potekajo različne delavnice in projekti, ki jih delno financira tudi EU (Evropska Unija) in druge državne inštitucije, izvajajo pa jih strokovnjaki različnih usmeritev.

Glavni cilji uporabne ergonomije in ergonomske intervencije v okolje zdravstvene nege so: zmanjšati telesne in tudi psihične obremenitve negovalnega osebja, zmanjšati težave gibalnega aparata, poškodbe in predvsem absentizma ter doseči zdravo aktivno delovno dobo zaposlenih, izboljšati varnost in udobje pri rokovanju z bolniki in drugo. Določene omejitve nam postavlja zakonodaja (Pravilnik o zagotavljanju varnosti in zdravja pri ročnem premeščanju bremen, Ur.l. RS, št 73/05), druge pa si moramo na podlagi kritičnih raziskav in izkušenj postaviti sami. Zdravstveni delavci med formalnim in neformalnim izobraževanjem pridobijo premalo praktičnega znanja o metodah in tehnikah varnega dvigovanja in premeščanja. Posledično pri svojem delu pogosto uporabljajo napačne tehnike. Poleg tega imajo napačen odnos do dvigovanja, saj želijo delo opraviti čim hitreje in ne razmišljajo o tem, kako bi ga opravili varno. Med izobraževanjem za poklic je premalo poudarjeno, da morajo zdravstveni delavci pri svojem delu skrbeti, da si ne poškodujejo gibalnega aparata. Pri poučevanju terapevtov (veljati bi moralo tudi v zdravstveni negi) je zelo pomembno, da se

terapevt že z učenjem tehnik uči tudi pravilnih položajev in prijemov, kajti osebe, ki se učijo določenih tehnik, so bolj dovzetne za napačne položaje, in če se jih takoj ne prepozna, postanejo podzavestni, s tem pa se poveča riziko pojava težav v prihodnosti (Buckingham et al., 2007). Še manj pa so zaposleni poučeni o samoodpravi težav. Avtor prispevka poučuje predmet Ergonomije in varnega delovnega okolja v zdravstveni negi na Visoki šoli za zdravstvene vede Slovenj Gradec, del pa tudi v sklopu predmeta Medicinske rehabilitacije na Fakulteti za vede o zdravju Univerze na Primorskem v Izoli. Ergonomijo poučuje tudi na Visoki šoli za dizajn v Ljubljani. Pomen ergonomije v zdravstveni negi in posledično zdravo staranje je bila rdeča nit predavanja, ki ga je avtor predstavil v sklopu intenzivnega programa izobraževanja »15th International Comparative Nursing/Social Studies Module – Healthy Aging« na Hanze Univerzi za uporabne vede v Groningenu na Nizozemskem, in sicer februarja 2012.

V letu 2007 in 2008 je bila skoraj petina vseh odsotnosti z dela povzročena z boleznimi mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva (Vučkovič, 2010), kar v teh dveh letih predstavlja več kot 5,3 milijona izgubljenih delovnih dni. Raziskave po svetu so pokazale, da imajo medicinske sestre pogostejše težave v gibalnem aparatu kot zaposleni v drugih poklicih (Fronteira, Ferrinho, 2011). Raziskave pri nas so pokazale, da je imelo kar 40 odstotkov medicinskih sester bolečine ali poškodbe hrbtenice (Ramšak, 2000). Zdravstveni tehniki so v 95,5 odstotkih prepričani, da so težave s hrbtenico povezane z naravo njihovega dela. Enako je odgovorilo 70 odstotkov bolničarjev negovalcev ter 50 odstotkov diplomiranih medicinskih sester (Markovič in sod., 2007). To so podatki, ki zahtevajo in opravičujejo ergonomsko intervencijo v delovno okolje zdravstvene nege.

METODE DELA

Izveden je bil pregled literature dostopne v različnih bazah dostopnih v knjižnicah ter na spletu. Uporabljeni so bili tudi prispevki, ki jih je objavil avtor sam.

DISKUSIJA

Narava dela je takšna, da med in po delu zaposleni v povprečju navajajo več neudobja, kot pred delom in več bolečine kot pred delom (Ravnik, 2010, Ravnik, 2011). Pojav neudobja in bolečin je prav gotovo različen glede na delovne enote, veliko pa k temu prispevajo tudi psihični dejavniki, predvsem zadovoljstvo in počutje. Veliko podjetij v Sloveniji že vrsto let promovira zdravje pri delu med delavci na različne načine, in sicer s seminarji, delavnicami in drugimi izobraževanji. Vendar pa se v praksi opaža, da so redka podjetja, ki v svoje delovno okolje vključujejo tudi ergonomijo. Namen vseh omenjenih dejavnosti izhaja

iz potrebe po ohranjanju zdravja delavcev ter predvsem za zmanjševanje absentizma. Slednji zelo negativno vpliva na produktivnost družbe ter ovira posameznika v delovnem pa tudi zasebnem okolju. Napovedane spremembe pri upokojevanju in daljšanju delovne dobe nas lahko dodatno obremenijo z dejstvom, kako upravljati s človeškimi viri, da bodo ti čimdlje učinkoviti in zdravi. Odrasla oseba, ki je delovno sposobna, skoraj tretjino svojega časa preživlja na delu in tu je mesto za izboljšavo kvalitete le-tega. Tu se pojavi nujnost razvoja projektov ergonomske promocije in intervencije za izboljšavo in ohranitev zdravja v samem delovnem okolju, pri čemer morajo zaposleni aktivno sodelovati. Primeri dobre prakse v tujini in doma kažejo, da so ukrepi vpeljane ergonomske intervencije uspešni le, če se aktivno vključujejo tudi zaposleni sami, ne pa samo strokovnjaki.

Glede na opravljene ankete, razgovore, opazovanja ter obdelavo slikovnega materiala so splošna prva opažanja (v gospodarski panogi) naslednja (Ravnik, 2010, Ravnik, 2011):

- pogoste prisilne drže in ergonomsko neustrezni gibi,
- pogoste bolečine in neudobje v gibalnem sistemu,
- neustrezno izkoriščeni odmori med delom,
- slabše poznavanje varstva pri delu in slabša ozaveščenost glede zdravja in zdravstvenih nevarnosti,
- ergonomsko neustrezni pripomočki ter nepravilna uporaba obstoječih pripomočkov ter
- pogoste sprožilne (trigger) točke in velik pojav funkcionalnih motenj gibalnega aparata zaradi nepravilnih in ponavljajočih se gibov.

V sklopu delavnic, katerih udeležba je bil za zaposlene obvezna, so bile izvedene in predlagane slednje aktivnosti, ki so bile predvsem usmerjene v odstranitev prej opisanih opažanj:

- demonstracija pravih drž (dviganje, delo na stabilni bazi, tai-chi korak),
- demonstracija samoodprave bolečin in neudobja (su jok, pravilno dihanje, vaje za krepitev vidnega polja, vaje za različne dele telesa),
- aktivni in zdravju prosperujoči pristop k odmorom ter poziv k delu v varnem delovnem okolju,

- ergonomske modifikacije obstoječih delovnih pripomočkov (predvsem ročajev, - višine delovnih površin, odprave barrier in neustreznih pripomočkov, predlog uvedbe stoječih ali sedečih delovnih mest ...),
- demonstracija pravilne uporabe pripomočkov in večja ozaveščenost o zdravju,
- zloženke (1: vaje za roke, su jok; 2: vaje za vrat in hrbtenico, su jok; 3: dihalne vaje in vaje za oči, su jok; 4: vaje za noge, su jok) ter
- idejna zasnova kontinuirane ergonomije – priprava in izvedba programov preventivno-kurativne dejavnosti.

Na samih deloviščih, kot tudi med predavanji in delavnicami, so zaposleni izpostavili veliko vprašanj glede njihovega dela in zdravja pri delu. Vsi so si želeli sprememb, vodenih telesnih aktivnosti in aktivnosti v smislu promocije zdravja in zdravega načina dela. Želja po zloženkah je bila na zelo visokem nivoju. Najpogosteje izražena želja je bila individualna obravnava težav v gibalnem aparatu in želje v smislu realne ergonomske intervencije, tj. sprememb na delovnem mestu. Četudi je delež težav v gibalnem aparatu relativno visok, se je treba zavedati, da vse težave ne izhajajo iz trenutnega dela, ampak se lahko razloge išče drugje. Varno in ergonomsko delovno okolje težave ne povečuje, nasprotno – zmanjšuje jih. Pomembna pa je zgodovina, kaj je človek počel v življenju, kakšna dela je opravljal, kakšen življenjski slog ima, kako kritičen je do svojega zdravja in predvsem, kaj človek počne doma. Narava dela je tista, ki ogroža. Četudi se živa bitja regeneriramo, obstaja nekje meja med reverzibilnimi in ireverzibilnimi spremembami, meja med funkcionalnimi in morfološki motnjami. Ta pa je različna od človeka do človeka. Veliko težav se lahko prinese od doma. Zanimiv je članek, ki je bil objavljen v Population Reference Bureau (št. 16, 2009) z naslovom *Today's Research on Aging*, kjer je nazorno opisano, kako se lahko težave v otroštvu in odrasli dobi odražajo na zdravju v starosti (PRB, 2009).

Težave zaradi narave dela nastanejo v gibalnem aparatu, pri drugih zdravstvenih delavcih (fizioterapevti, delovni terapevti ...) pa se pogostost pojava težav lahko celo primerja z delavci, ki delajo v težki industriji (Darragh et al., 2009). Enako velja tudi za zaposlene v zdravstveni negi. Trenutne težave so lahko delno reverzibilne, torej se dajo s pravim pristopom spremeniti. Ta pristop pa obsega način razmišljanja, življenje doma, v službi in prostem času. Take spremembe so včasih dolgotrajne in zajemajo izraženo potrebo, definirano željo, motivacijo, moč in ugodno priložnost za realizacijo.

NEKAJ PRAKTIČNIH NASVETOV (povzeto iz zloženk - Ravnik, 2010):

Vzroki pojava težav v gibalnem aparatu:

- stalno ponavljajoči se gibi,
- premalo različnega dela,
- neustrezni odmori,
- naprej nagnjena drža,
- slabo oblikovani pripomočki,
- povečanje obremenitev ali predolge obremenitve,
- nepravilna uporaba pripomočkov,
- prehitro povratek z dopusta ali bolniške,
- vibracije,
- premočen ali neustrezen prijem,
- mraz ter
- neupoštevanje zdravstvenih in varnostnih meril.

Znaki težav v gibalnem aparatu:

- neudobje, bolečina,
- izguba občutka, mravljinčenje (izrazitejše ponoči),
- bolečine, ki so najhujše ponoči,
- pekoč občutek, zbadanje,
- otekline okoli sklepov,
- suhe svetleče dlani,
- zmanjšana moč prijema, padanje predmetov iz rok,
- utrujenost, krči,
- zmanjšana gibljivost v sklepih
- pokanje v sklepih.

Zaradi zgoraj omenjenih težav je priporočljivo med odmori, dopustom in v prostem času izvajati protiukrepe. Kot najbolj uspešne so se izkazale raztezne vaje, dinamične vaje, dihalne vaje ter sprostitve.

Nekaj ergonomskih nasvetov za roke:

- Med delom večkrat naredimo vaje za prste in zapestje (naredimo pest, odpremo prste, naredimo kremplje, zakrožimo v zapestju ...).
- Občasno si zmasiramo dlan in zapestje.
- Izogibamo se kratkim delovnim površinam ter ostrim robovom.
- V primeru bolečih zapestij ter komolcev si lahko dele nežno obvežemo ali uporabimo trak.
- Vsi ročaji naj bi bili obdani z mehko peno oz. bili prilagojeni dlani.
- Med delom se lahko za nekaj trenutkov namestimo v položaj »upravnika«

Nekaj ergonomskih nasvetov za vrat in hrbet:

- Po vožnji z avtomobilom ne dvigajte težjih bremen vsaj 5-10 minut.
- V avtomobilu si ustrezno nastavite sedež, uporabljajte varnostni pas ter se po vožnji vedno rahlo raztegnite.
- Pri dviganju bremen uporabite kolena in raven hrbet ter prenašajte težo z noge na nogo (kot pri tai chi-ju).
- V primeru bolečih kolien najprej poskusite okrepiti stegensko mišico (koleno podložimo z zvitek in iztegujemo nogo – peta se dvigne od podlage) ali pa si pod koleno namestite trak.
- Priporoča se veliko gibanja – cilj je 10.000 korakov na dan, ki jih lahko postopno dosežete.
- Pri sedenju sedite vzravnano, podložite si ledveno krivino, obe nogi imejte na tleh za oporo, zadnji del sedala naj bo višje od prednjega, občasno pa vstanite in se sprehodite.
- Glavo imejte vedno v liniji hrbtenice (ne nagnjene naprej ali v stran).

Nekaj ergonomskih nasvetov za noge:

- Večkrat si privoščite sproščen sprehod v naravi.
- Za kolena so ugodni sprehodi po iglastih gozdovih.
- Poskusite doseči cilj gibanja 10.000 korakov na dan, in sicer po naslednjem programu: 1. teden = 7.000 korakov / 2. teden = 8.000 korakov / 3. teden = 9.000 korakov. Končni cilj: 4. teden = 10.000 korakov na dan.

- V primeru bolečih kolen najprej poskusite okrepiti stegensko mišico (koleno podložimo z zvitkom in iztegujemo nogo – peta se dvigne od podlage) ali pa si pod koleno namestite trak.
- Nosite dobro in udobno obutev.
- Pri sedenju poskušajte imeti obe nogi na tleh, nog ne križajte in pazite, da vam sedalo ne pritiska v podkolensko jamico.

Nekaj ergonomskih nasvetov za oči in dihanje:

- Pogosto mežikajte.
- Izogibajte se delu in branju v slabi svetlobi.
- Oči med delom pogosto sprostite tako, da se za nekaj trenutkov zagledate v daljavo.
- Oči umivajte s toplo in hladno vodo.
- Pred izvajanjem vaj za oči sprostite ramena in vrat z ustreznimi vajami.
- Ko utegnete, se sprostite, nekajkrat globoko vdihnite in izdihnite, prisluhnite sproščujoči glasbi in odmislite vse probleme ...
- Ne zadržujte diha, vedno se poskušajte dobro predihati.
- Kajenje in prekomerno pitje alkohola škodujeta zdravju.
- Pijte zadostne količine tekočine.

ZAKLJUČEK

Rezultati zaključne evalvacije izvedenih delavnic in predavanj kažejo, da je vpejljava ergonomske intervencije v delovno okolje ustrezna in uspešna (Ravnik, 2010, Ravnik, 2011). Vodstva podjetij so pripravljena delovna mesta in pripomočke ergonomsko modificirati, vendar to ni dovolj. Največ za svoje zdravje lahko naredijo zaposleni sami, v kolikor novo pridobljena znanja tudi aktivno koristijo v vsakdanjem življenju, kajti vsak posameznik ima nad seboj največjo preventivno in kurativno moč. Pomembno pa je dejstvo, da je nujno potrebno ergonomsko intervenirati tudi na področju zdravstva in sociale, saj lahko le »ergonomsko zdrav« državni aparat svetuje in nadzira druge podsisteme. Dobro prakso je v tej smeri začelo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve Republike Slovenije s spletno stranjo <http://www.zdravstvena-nega.mdds.gov.si/index.php>. Država naj bi za svoje državljane poskrbela z nacionalnimi programi, učinkovito zakonodajo ter racionalno in učinkovito mrežo javne zdravstvene službe. Delodajalci morajo upoštevati vse sprejete predpise, izobraževati zaposlene ter vlagati v fizično ter psihično zdravje zaposlenih. Bistveno pa je, da

se posameznik začne zavedati, da je skrb za lastno zdravje in zdravje v njegovi neposredni okolici obveznost.

Kot preventiva je zelo pomembno poznavanje in upoštevanje ergonomije, funkcionalne anatomije ter fiziologije, pa tudi pravilne edukacije bodočih in že izobraženih zdravstvenih delavcev. Četudi imajo zdravstveni delavci znanje za preprečitev in zdravljenje mišično-skeletnih težav, so sami zelo izpostavljeni pojavu le-teh zaradi same narave dela, napačnih stereotipnih gibov in t. i. RSI (repetative strain injury) (Ravnik, 2009).

VIRI

Ravnik D. Ergonomija sedenja kot skupna točka pri izvajanju refleksoterapije. Zbornik prispevkov »SVIT«. Ljubljana: Gospodarska zbornica Slovenije. 2007; 29-32.

Alamgir H, Drebit S, Li HG, Kidd C, Tam H, Fast C. Peer coaching and mentoring: A new model of educational intervention for safe patient handling in health care. *Am J Ind Med.* 2011; 54 (8): 609-617.

Buckingham G, Das R, Trott P. Position of undergraduate students' thumbs during mobilisation is poor: an observational study. *Austr J Physiother.* 2007; 53 (1): 55-9.

Darragh AR, Huddleston W, King P. Work-related musculoskeletal injuries and disorders among occupational and physical therapists. *Am J Occup Ther.* 2009; 63 (3): 351-62.

Fronteira I, Ferrinho P. Do nurses have a different physical health profile? A systematic review of experimental and observational studies on nurses' physical health. *J Clin Nurs.* 2011; 20 (17-18): 2404-24.

Hudson MA. Texas passes first law for safe patient handling in America: landmark legislation protects health-care workers and patients from injury related to manual patient lifting. *J Long Term Eff Med Implants.* 2005; 15 (5): 559-66.

Markovič A, Radić D, Slemenšek A. Ergonomija in fizične obremenitve zdravstvenih delavcev v domovih starejših občanov. Celje: Srednja zdravstvena šola Celje. 2007.

Nelson A, Matz M, Chen F, Siddharthan K, Lloyd J, Fragala G. Development and evaluation of a multifaceted ergonomics program to prevent injuries associated with patient handling tasks. *Int J Nurs Stud.* 2006; 43 (6): 717-33.

PRB – Population Reference Bureau. Today's research on Aging. Effects of Early Life on elderly Health. (16), 2009. <http://www.prb.org/TodaysResearch.aspx>

Ramšak S. Izpostavljenost zdravstvenih delavcev. V: Zbornik predavanj strokovnega srečanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Celje. Celje: 2000.

Ravnik D. Dejavniki, ki vplivajo na pojav težav pri izvajalcih manualnih tehnik. Zbornik prispevkov »SVIT«. Ljubljana: Gospodarska zbornica Slovenije. 2009; 17-20.

Ravnik D. Nujnost vpeljave ergonomske intervencije v slovensko delovno okolje. V: Železnik D, Kaučič MB. (ur.). 1. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih in socialnih ved. Gradimo prihodnost: odprti za spremembe in nove izzive na področju raziskovanja zdravstvenih in socialnih ved. Zbornik predavanj z recenzijo. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvo Slovenj Gradec, 2011: 224-231.

Ravnik D. Zaključno poročilo projekta: Ohranjanje in krepitev zdravja zaposlenih z ergonomskimi ukrepi in ukrepi za spodbujanje zdravega načina življenja. Koper: Samozaložba; 2010.

Vučkovič R. Obvladovanje zdravstvenega absentizma – izziv za družbo. V: Kos D. (ur.). Zdravstveni absentizem v Sloveniji: zbornik primerov iz prakse 14 slovenskih podjetij. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2010.



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE-
Zveza
društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V ENTEROSTOMALNI
TERAPIJI

se sponzorjem iskreno zahvaljuje za sodelovanje in
podporo pri izvedbi

strokovnega seminarja
JESEN ŽIVLJENJA – STOMA, RANA, INKONTINENCA



- Fakulteta za vede o zdravju,
- Zdravstveni dom Koper,
- Zdravstveni dom Ljubljana, Enota Šiška,
- Splošna bolnica Trbovlje,
- Coloplast A/S,
- Tosama d.o.o.,
- Medis d.o.o., BBraun,
- Valencia Stoma - Medical d.o.o.,
- Simps,s,
- Helpy d.o.o.,
- Hartman d.o.o.

Rimske toplice, 16. in 18. marec 2012

Predsednica strokovne sekcije:
mag. Tamara Štemberger Kolnik