



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



*Sekcija
izvajalcev
zdravstvene
nege in oskrbe
v socialnem
varstvu*



DRUGA POT DO VRHUNSKÉ ZDRAVSTVENE NEGE V SOCIALNEM VARSTVU

ZBORNİK PRISPEVKOV



Ankaran, 28. in 29. maj 2024

Organizator:

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

SEKCIJA IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V SOCIALNEM VARSTVU

Strokovno srečanje Sekcije izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe v socialnem varstvu

DRUGA POT DO VRHUNSKE ZDRAVSTVENE NEGE V SOCIALNEM VARSTVU

Ankaran, 28. in 29. maj 2024

Zbornik prispevkov

Urednik:

Slavko Bolčević

Zbral in tehnično uredil:

Slavko Bolčević

Založila in izdala:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije - Strokovna sekcija izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe v socialnem varstvu, Ob železnici 30A, Ljubljana

Avtorji odgovarjajo za vsebino prispevka, strokovnost navedb ter pravilno citiranje literature in virov.

Prispevki niso recenzirani in niso lektorirani.

Programsko – organizacijski odbor strokovnega srečanja: Slavko Bolčević, Ivanka Limonšek, Marjetka Smolinger Galun, Inge Mesarec, Olga Bezjak, Mateja Šešerko, Darko Lončnar, Maja Anžič, Andrejka Horvat, Nataša Slejko, Martina Klopčar Črep

e-zbornik, dostopen na: <https://www.zbornica-zveza.si/regijska-drustva-in-strokovne-sekcije/sekcije/27-sekcija-izvajalcev-zdravstvene-nege-in-oskrbe-v-socialnem-varstvu/>

Ankaran, 2024

e-zbornik, dostopen na: <https://www.zbornica-zveza.si/regijska-drustva-in-strokovne-sekcije/sekcije/27-sekcija-izvajalcev-zdravstvene-nege-in-oskrbe-v-socialnem-varstvu/>

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID 227063043
ISBN 978-961-273-296-7 (PDF)

Program

TOREK, 28.5.2024

8.00 - 9.00

Registracija udeležencev

9.00 - 9.30

Pozdravni nagovori

Slavko Bolčević in Monika Ažman

9.30 - 10.10

Pot k sebi je pot k sreči in uspehu

Tanja Skaza

10.10 - 10.30

Predstavitel sponzorja Abena Helpi

10.30 - 11.00

Odmor za mreženje in obisk sponzorjev

11.00 - 11.40

Psihosocialni vidiki hranjenja in odvajanja

doc. dr. Nataša Mlinar Reljič

11.40 - 12.20

Razumevanje procesa odvajanja v različnih življenjskih obdobjih

Ivanka Limonšek, Slavko Bolčević

12.20 - 12.35

Predstavitel sponzorja Zepster – Svetlobna terapija

12.35 - 13.15

Težave z odvajanjem pri uporabnikih v socialnem varstvu – vzroki, ocena in pristopi – vloga medicinske sestre

Jožica Brenčič, Stanka Vuzem

13.15 - 13.30

Razprava

13.30 - 15.00

Kosilo – v lastni režiji

15.00 - 15.40

Ukrepanje in zdravljenje najpogostejših prebavnih motenj

Špela Ferlin, Nataša Koren

15.40 - 16.20

Pomen prehrane za zdravje starejših

Mirjam Koler Huzjak

16.20 - 16.40

Predstavitel sponzorja Simps's

16.40 - 17.40

Panelna razprava: "Integracija prehranskih strategij v načrte zdravstvene nege"

Tamara Lubi, Tatjana Peršuh, Mirjam Koler Huzjak

17.40 - 18.00

Razprava in žrebanje nagrad

19.30 -

Večerja in neformalno druženje

SREDA, 29.5.2024

8.00 - 9.00

Registracija udeležencev

9.00 - 9.45

Celostna prehranska podpora oseb v socialnovarstvenih ustanovah

doc. dr. Evgen Benedik

9.45 - 10.30

Etični izzivi pri odvajanju in hranjenju

Darinka Klemenc

10.30 - 10.50

Razprava

10.50 - 11.10

PIG, RIG, PEG?

Mojca Lukša

11.10 - 11.40

Sodelovanje v Programu Svit rešuje življenjske težave

Živa Žerjal,

regijska koordinatorica promocije Programa Svit

Koper

11.40 - 12.00

Razprava

12.00 - 13.00

Kosilo

13.00 - 14.20

Učna delavnica: Hranjenje osebe z motnjami požiranja

Aleksandra Gjura

Učna delavnica: Bazalna stimulacija ob hranjenju

Stanka Vuzem

Učna delavnica: Čistilna klizma

Sandra Martinuč

14.20 - 14.40

Odmor

14.40 - 16.00

Učna delavnica: Hranjenje po GS

Nataša Kreft

Učna delavnica: Oskrba PEG

Jožica Brenčič

Učna delavnica: Vstavljanje NGS in hranjenje po NGS

Barbara Smrke

16.00 - 16.20

Skupna razprava in povzetki kongresa

KAZALO VSEBINE

PSIHOSOCIALNI VIDIKI HRANJENJA IN ODVAJANJA	5
UVAJANJE NASOGASTRIČNE SONDE IN ENTERALNO HRANJENJE	10
CELOSTNA PREHRANSKA PODPORA STAREJŠIH ODRASLIH V SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH	23
TEŽAVE Z ODVAJANJEM PRI UPORABNIKIH V SOCIALNEM VARSTVU: vzroki, ocena in pristopi – vloga medicinske sestre	25
TEŽAVE Z ODVAJANJEM PRI UPORABNIKIH V SOCIALNEM VARSTVU	27
HRANJENJE PO GASTROSTOMI.....	33

PSIHOSOCIALNI VIDIKI HRANJENJA IN ODVAJANJA

doc. dr. Nataša Mlinar Reljić

Fakulteta za zdravstvene vede Univerza v Mariboru, Katedra za zdravstveno nego

natasa.mlinar@um.si

IZVLEČEK

Hranjenje in odvajanje sta ključna aspekta vsakdanjega življenja, ki ne vplivata le na telesno zdravje posameznika, temveč imata tudi globoke psihološke, socialne in duhovne razsežnosti. Psihosocialni vidiki osnovnih fizioloških potreb kot sta hranjenje in odvajanje se odražajo v različnih fazah življenjskega cikla in so prepleteni z individualnimi, družinskimi, družbenimi in kulturnimi dejavniki. V prispevku so opredeljeni psihosocialni vidiki hranjenja in odvajanja in njihov pomen za posameznike, ki bivajo v socialno varstvenih zavodih.

Ključne besede: čustva, hranjenje, odvajanje, celostna obravnava, domovi za starejše

UVOD

Človek je celostno bitje, zato je pomembno, da v zdravstveni negi in oskrbi poleg fizičnih kot enakovredne in enako pomembne obravnavamo tudi psihološke, socialne in duhovne potrebe. Vsi vidiki so namreč med seboj tesno prepleteni, pogojeni. Kadar se spremeni eden izmed vidikov, to posledično pomeni spremembo tudi ostalih vidikov. Psihološki vidiki prehranjevanja in odvajanja so neločljivo povezani s posameznikovimi čustvi, prepričanji, vzorci in izkušnjami. Na primer, hrana pogosto ni zgolj vir energije, temveč tudi sredstvo za izražanje ljubezni, skrbi ali tolažbe, kar kaže na njeno globoko psihološko in socialno vlogo. Prav tako so težave z odvajanjem pogosto povezane s stresom in anksioznostjo, kar kaže na to, da telesnega in duševnega zdravja in dobrega počutja v zdravstveni negi in oskrbi nikakor ne moremo in ne smemo ločevati.

HRANA IN ČUSTVA

Hranjenje človeku prinaša prvo izkušnjo ugodja in mu daje prijeten občutek, novorojenček pa to informacijo ohrani v svoji podzavesti. Seveda je lahko situacija tudi

drugačna. Ko mora novorojenček zelo jokati, da dobi hrano. Tudi taka informacija se zapiše v otrokov živčni sistem. In večkrat, ko se enak način odzvanja ponovi zato, da bi otrok dobil hrano, močnejši je zapis, ki tvori vzorec po katerem oseba deluje tudi kot odrasel človek. Tako se razvija odnos do hrane, ki je pri vsakem posamezniku specifičen. Hrana postane prisposoba ugodja zato, ker se v otrokovi podzavesti poveže s sprejemanjem, dajanjem, ljubeznijo, varnostjo, udobjem, močjo, srečo in zadovoljstvom (Končnik Goršič, 2004). Otrok začne hitro spoznavati, da mu mati s hranjenjem ne daje samo občutka sitosti, ampak tudi toplino, varnost, ljubezen.

Na ustvarjanje pomena in odnosa do hrane ima že od rojstva pomembno vlogo družina, kjer otrok ustvari prepričanja in vrednostni sistem do hrane in hranjenja. Nekatero ugotovitve (Reichenberger, et al., 2020) kažejo na to, da otroci, katere starši prevečkrat nagrajujejo s hrano, kasneje v poznem otroštvu posegajo po hrani za spoprijemanje s čustvi in občutki. Odnos do hrane se oblikuje tudi skozi način, kako so starši otroka (po)tolažili. Hrana se v družini lahko zlorablja tudi kot vzgojni ukrep («če ne boš priden, ne dobiš sladice»; «če boš ubogal, dobiš sladoled»). Glavni vzroki čustvenega prehranjevanja izhajajo iz zgodnjega otroštva in odnosov v družini in so veliki meri posledica tega, da so starši otroka s hrano pomirjali (Kobal Grum & Seničar, 2011).

Prepričanja in vrednostni sistem hranjenja se kasneje tekom različnih razvojnih obdobjih tudi spreminja. V obdobju mladostništva se hrana poveže s simboliko odraščanja, torej se takrat vrednostni sistem bolj osredotoča na mladostnikov izgled. Hranjenje je tako prisposoba obvladovanja sveta in samega sebe, sprejemanja in preseganja ter simbolna zamenjava za premagovanje tistega, kar je sicer neobvladljivo (Rakovec-Felser, 2021).

V odrasli dobi ima čustveno prenajedanje kot odziv na neprijetna čustva številne neugodne in škodljive vplive na zdravje (Reichenberger, et al., 2020).

Os hipotalamus-hipofiza-nadledvična žleza (HPA os) ima pomembno vlogo v povezavi med stresom in vnosom živil (George, et al., 2009), kar pomeni, da lahko stres vpliva na hranjenje (Pasquali, 2012) in vedenje prehranjevanja. Vpliva lahko predvsem na premajhen ali prevelik vnos hrane, odvisno od vrste stresorja. Kortizol npr. neposredno vpliva na večji vnos hrane, saj lahko denimo poviša vnos živil, kar vpliva na neželjeno pridobivanje telesne mase in debelost (Michels, 2013; Tryon, 2013).

Posamezniki z višjo stopnjo stresa dosežejo tako višji vnos energije na račun vnosa maščob, manj sadja in zelenjave oziroma nezmanjšanega vnosa sadja in zelenjave

ter višjega vnosa hitre hrane, visokomaščobnih prigrizkov in sladkih pijač (Barrington, et al., 2014). Z večjim vnosom energijsko bogatih živil pa se pomembno slabša kvaliteta prehrane (Rodrigues de Oliveira, et al., 2016). Tudi pri otrocih obstaja negativna povezava med psihološkim stresom in izbiro ter vnosom živil, kar prispeva k razvoju debelosti v otroštvu (Horsch et al., 2015). Zelo je pomembno razumeti, s katerim vedenjem bodo otroci obvladovali stres, saj se (naučene) navade iz otroštva pogosto prenesejo v odraslost. Življenjski stresorji so namreč prisotni skozi vse življenje (Balantekin & Roemmich, 2012).

Človekove prehranjevalne navade uravnava dva metabolična fenomena, in sicer lakota in apetit. Lakoto je mogoče definirati kot "prirojen občutek potrebe po hrani" (Radivo, 2011, p.10). Občutenje lakote in sitosti uravnava možgani, pri čemer gre za zapleten mehanizem, ki ga posreduje telo, ko v organizmu pride do pomanjkanja hrane in so neposredno povezani s čustvenim stanjem osebe. Lakota se občuti kot "neprijeten občutek praznine v želodcu". Apetit ali tek pa ne izhaja iz biološke potrebe, ampak gre za željo po hrani, ki se lahko pojavi tudi brez občutenja lakote. Apetit torej najpogosteje kaže željo po uživanju točno določene vrste hrane (Radivo, 2011). Neprijetna čustva, kot so strah, sram, jeza, žalost zmanjšajo vnos hrane. Neprijetna čustva kot so dolgčas, zasmehovanje, zaskrbljenost pa najpogosteje vodijo v pretirano uživanje sladkih živil, ki spodbujajo izločanje dopamina, ki je odgovoren za dobro počutje, dobro voljo, dobro razpoloženje, več energije, motivacije in endorfinov, ki jih imenujemo tudi hormoni ugodja (Skowron, et al., 2020).

Psihološki vidiki hranjenja in odvajanja pri osebah, ki bivajo v socialno varstvenih zavodih, so izjemno pomembni za njihovo celostno oskrbo in dobro počutje. Pristop, ki upošteva čustvene, kognitivne in socialne potrebe teh oseb, lahko bistveno prispeva k izboljšanju zdravstvene nege in oskrbe in prispeva h kakovosti življenja v socialno varstvenem zavodu. Ugotovitve kažejo, da individualiziran, sočuten odnos osebja, prilagojen psihološkim značilnostim posameznikov, zmanjšuje stresne dejavnike, povečuje sodelovanje in izboljšuje rezultate prehranskih praks. Integracija psiholoških dejavnikov v vsakodnevno oskrbo teh oseb ostaja ključnega pomena za izboljšanje njihovega psihofizičnega zdravja in splošnega zadovoljstva z življenjem v zavodih.

ZAKLJUČEK

Pomembno je, da poznamo tudi psihološke mehanizme, ki vplivajo na hranjenje in odvajanje, saj kot zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi lahko vplivamo na vedenje, ki

je posledica vzorcev iz otroštva, če jih le prepoznamo in razumemo. Mnogo bolj razumljivi in smiselni se nam bodo zdeli odzivi uporabnikov, starostnikov v socialno varstvenih zavodih, če bomo razumeli zakaj starostnik po namestitvi v dom doživlja akutni stres in zavrača hrano in zakaj se na dolgotrajne stresne dejavnike morda odziva s prenajedanjem z nezdravo hrano. Ustrezen odziv negovalnega kadra lahko stresne vplive odstrani ali pa vsaj zmanjša.

LITERATURA

- Balantekin, K. N. & Roemmich, J. N. 2012. Children's coping after psychological stress. Choices among food, physical activity, and television. *Appetite*, 59(2), pp. 298-304. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.05.016>.
- Barrington, W. E., Beresford S. A. A., McGregor, B. A., White, E. 2014. Perceived stress and eating behaviors by sex, obesity status, and stress vulnerability: findings from the vitamins and lifestyle (VITAL) Study. *Journal of the Academy of nutrition and dietetics*, 114 (11), pp. 1791-1799. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.03.015>.
- George, S. A., Khan, S., Briggs, H. in Abelson, J. L. 2009. CRH-stimulated cortisol release and food intake in healthy, non-obese adults. *Psychoneuroendocrinology*, 35(4), pp. 607–612. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.09.017>.
- Horsch, A., Wobmann, M., Kriemler, S., Munsch, S., Borloz, S., Balz, A., Marques-Vidal, P., Borghini, A. in Puder, J. J. 2015. Impact of physical activity on energy balance, food intake and choice in normal weight and obese children in the setting of acute social stress: a randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*, 15, pp. 12. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0326-7>.
- Kobal Grum, D. & Seničar, M. 2011. Psihološki vidiki prehranjevalnega vedenja. *Antropos* 3-4, pp. 153 – 177.
- Končnik Goršič, N. 2004. *Moj otrok odrašča*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Michels, N., Sioen, I., Braet, C., Huybrechts, I., Vanaelst, B., Wolters, M. in De Henauw, S. 2013. Relation between salivary cortisol as stress biomarker and dietary pattern in children, *Psychoneuroendocrinology*, 38(9), pp. 1512-1520. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.12.020>.
- Pasquali R. 2012. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and sex hormones in chronic stress and obesity: pathophysiological and clinical aspects. *Annals*

- of the New York Academy of sciences, 1264, pp. 20–35.
<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2012.06569.x>.
- Radivo, M. 2011. *Prehrana in dietetika*. Kranj: Konzorcij šolskih centrov.
- Rakovec-Felser, Z. 2021. *Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja: razumeti in biti razumljen*. Založba Pivec.
- Rodrigues de Oliveira Penaforte, F., Matta, N. C. & Japur Cremonezi, C. 2016. Association between stress and eating behavior in college students. *Demetra*, 11(1), pp.225-237. <https://doi.org/10.12957/demetra.2016.18592>.
- Skowron, K., Kurnik-Łucka, M., Dadański, E., Bętkowska-Korpała, B., & Gil, K. 2020. Backstage of eating disorder—About the biological mechanisms behind the symptoms of anorexia nervosa. *Nutrients*, 12(9), pp. 2604.
- Tryon, M. S., DeCant, R., in Laugero, K. D. 2013. Having your cake and eating it too: a habit of comfort food may link chronic social stress exposure and acute stress-induced cortisol hyporesponsiveness. *Physiology & behavior*, 114-115, pp. 32-37.

UVAJANJE NASOGASTRIČNE SONDE IN ENTERALNO HRANJENJE

Pred. Barbara Smrke, mag. zdrav. nege

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

Splošna bolnišnica Celje

barbara.smrke@sb-celje.si

IZVLEČEK

Izveček: Vstavljanje nasogastrične sonde (NGS) je standardni postopek, ki ga medicinske sestre pogosto izvajajo pri zagotavljanju enteralne prehrane in dekompresiji želodca. Pravilna namestitev sonde je ključnega pomena za učinkovito zdravljenje in preprečevanje zapletov, kot so aspiracija ali poškodbe prebavil. Najbolj primerna metoda za merjenje ustrezne dolžine sonde je formula ksifoid-uho-nos + 10 cm, vendar ta metoda ne zagotavlja popolne varnosti. Zato je za potrditev pravilne lege sonde priporočljivo uporabiti pH test želodčne vsebine ali rentgensko slikanje. Enteralno hranjenje preko NGS je pogosto indicirano pri pacientih, ki ne morejo oralno zaužiti hrane, medtem ko se za preverjanje prebavljivosti enteralne hrane redno meri zaostala želodčna vsebina.

Ključne besede: nasogastrična sonda, enteralno hranjenje

UVOD

Nasogastrične sonde (NGS) se uporabljajo že več kot stoletje in še vedno veljajo za pomembna in oživljajoča orodja v različnih medicinskih disciplinah za akutno in kronično zdravljenje (Vadivelu et al., 2023). NGS je koristna kot pot za dostavo zdravil. Poleg tega je NGS uporabna tudi za dekompresijo želodca pri pacientih z obstrukcijo črevesja. Vstavljanje NGS je pogost postopek, ki ga izvajajo medicinske sestre. Postavitev NGS je potrebna za zagotavljanje enteralne prehrane, zlasti pri pacientih, ki ne morejo zadostiti svojim prehranskim potrebam oralno in so izpostavljeni tveganju za aspiracijo. Čeprav je vstavljanje NGS pogost in se šteje za enostaven postopek, lahko nepravilno vstavljanje povzroči nekaj nepričakovanih stanj. Če je vstavljanje NGS premalo, lahko konica NGS ostane v požiralniku in poveča tveganje za

aspiracijo. Nasprotno pa lahko pregloboko vstavljanje NGS povzroči, da konec NGS vstopi v dvanajstnik in prepreči popolno prebavo hrane v želodcu (Lemyze, 2010).

NAMEN VSTAVITVE NGS

1. Diagnostični namen:
aspiracija želodčne vsebine,
ocena krvavitev iz zgornjega dela prebavil,
dajanje kontrastnega sredstva za rentgenski pregled prebavnega trakta.
2. Terapevtski namen:
razbremenitev želodca,
dajanje zdravil,
dovajanje hrane in tekočine,
izpiranje želodca.

Poznamo ozke in široke nazogastrične sonde izdelane iz polivinilklorida (PVC), poliuretana ali iz silikonskega kavčuka. Mera za premer nazogastrične sonde je Charriere (Ch) skala (1 Ch = 1/3 mm oziroma 0,33 mm). Na trgu so nazogastrične sonde s 5 do 32 CH in dolžino od 40 do 250 cm.

Osnovni namen ozkih nazogastričnih sond je predvsem hranjenje. Pri odraslih pacientih je priporočena velikost 6–12 Ch. Izdelane iz polivinilklorida se menjujejo na 7 do 10 dni, saj sčasoma postanejo toge in lomljive. Nazogastrične sonde iz poliuretana ali iz silikonskega kavčuka so mehkejše in se jih pogosto uvaja s pomočjo vodila. Menjajo se na 6 do 8 tednov (preveriti navodila proizvajalca). Široke nazogastrične sonde so izdelane iz polivinilklorida, najpogosteje uporabljena velikost pri odraslih pacientih je od 14 do 22 Ch. Njihov namen je predvsem razbremenitev ali izpraznitev želodca, če pa je že vstavljena, se jo lahko začasno uporabi tudi za hranjenje. Pri daljšem obdobju uporabe NGS lahko povzročajo: razjede nosnic, vnetje sinusov, erozije ali stenoze požiralnika, želodčne razjede, aspiracijo hrane ali želodčne vsebine v dihala (Drame, 2024).

UVAJANJE NAZOGASTRIČNE SONDE

Nazogastrično sondo uvaja diplomirana medicinska sestra po naročilu zdravnika. Običajno se za vstavev nazogastrične sonde uporablja tehnika na slepo, vstavlja se

po čisti metodi, izjemoma pri življenjsko ogroženih, imunsko oslabljenih pacientih po aseptični metodi. Medicinske sestre ne vstavljajo (niti ne zamenjujejo) nazogastrične sonde pri pacientih z zlomi lobanjske baze ali z nestabilno vratno hrbtenico, pri pacientih, ki imajo varice požiralnika, tumor v požiralniku ali v ustih, so imeli operativni poseg v ustno žrelnem področju, pri pacientih z maksilofacialnimi boleznimi ali poškodbami ter pri pacientih z neinvazivno mehansko ventilacijo (CPAP aparat).

Priprava materiala

- nazogastrično sondo za enkratno uporabo primerne velikosti,
- lubrikant na vodni osnovi v spreju ali gelu,
- 50 ml brizgalko s stožčastim nastavkom,
- ledvičko,
- zaščitne rokavice,
- obliž za pritrditev sonde,
- stetoskop,
- testni trak za določanje pH,
- drenažno vrečko (ko uvajamo nazogastrično sondo za razbremenitev),
- papirnato brisačko, robčke,
- zaščito za pacienta,
- loparček,
- posodo za shranjevanje proteze,
- razkužilo za roke,
- razkužilo za delovne površine.

IZVEDBA	REZULTATI
Pacienta prosimo, da pihne skozi posamezno nosnico.	<i>Ugotovimo prehodnost nosnic.</i>
Z loparčkom pregledamo ustno votlino, odstranimo zobno protezo, pogledamo tudi obliko nosu. Pacienta vprašamo o prehodnosti nosnic in morebitnih predhodnih poškodbah, polipih ...	<i>V zoženo ali poškodovano nosnico nazogastrične sonde ne uvajamo.</i>

IZVEDBA	REZULTATI
Z nazogastrično sondo izmerimo razdaljo od konice pacientovega nosu okoli ušesa in nadalje do spodnjega konca prsnice («žličke»).	<i>S tem dobimo približno razdaljo od nosnic do želodca. Zagotovimo, da bomo nazogastrično sondo uvedli dovolj globoko.</i>
Izmerjeno dolžino na nazogastrični sondi označimo z lepilnim trakom ali vodoodpornim markerjem, če so razdalje na sondi oštevilčene v cm, si izmerjeno dolžino lahko zapomnimo.	
Nazogastrično sondo za razbremenitev sestavimo z drenažno vrečko. Hranilno sondo zamašimo z zamaškom.	<i>Preprečimo iztekanje želodčne vsebine med posegom.</i>
Približno 10 cm končnega dela nazogastrične sonde popršimo ali namažemo z anestetikom.	<i>Omogočimo lažje drsenje nazogastrične sonde.</i>
Pacienta obvestimo, da bomo pričeli z uvajanjem, v roke mu damo ledvičko ali papirnato brisačko.	<i>Pripravimo ga na morebitno bruhanje.</i>
Pacientu povemo, da je solzenje normalen pojav zaradi draženja nosne sluznice.	
Z vodilno roko primemo nazogastrično sondo, prosto roko položimo pacientu na čelo. Konico nazogastrične sonde vstavimo v nosnico in jo po dnu nosne votline nežno potiskamo proti žrelu. Uporabimo lahek pritisk. Pri občutku upora nazogastrično sondo usmerimo nazaj in navzdol proti ušesu. Pacient naj diha skozi usta. Pri stalnem odporu poskusimo z uvajanjem nazogastrične sonde v drugi nosnici.	<i>Zagotovimo pravilno uvajanje nazogastrične sonde, pacienta umirimo.</i>

IZVEDBA	REZULTATI
Nazogastrično sondo uvedemo do nazofarinksa, malo počakamo, da si pacient oddahne in se sprosti, medtem ga poskušamo spodbujati.	
Pacienta prosimo, da nagne glavo naprej na prsni koš in požira slino. Prosto roko prestavimo s čela na tilnik pacienta in ga podpremo. Med požiranjem nazogastrično sondo potisnemo za približno 10 cm naprej proti želodcu.	<i>Dosežemo, da se zapre vhod v sapnik. Požiranje sline olajša prehod čez ustni del žrela.</i>
Ob pojavu kašlja, dušenja in cianoze nazogastrično sondo nekoliko izvlečemo, počakamo, da se pacient umiri in šele nato nadaljujemo z uvajanjem.	<i>Kašelj in dušenje sta znak vstopa nazogastrične sonde v sapnik.</i>
Če nazogastrična sonda zaide in se zvije v grlu ali ustih, jo izvlečemo do orofarinksa in nadaljujemo z uvajanjem.	
Z uvajanjem nadaljujemo do označene dolžine.	
Začasno prilepimo nazogastrično sondo na lice.	<i>Preprečimo premikanje in izpad nazogastrične sonde.</i>
Pacienta prosimo, da govori (v primeru sodelujočega pacienta).	<i>Nezmožnost govora nas opozarja na napačno vstavitve nazogastrične sonde (preko glasilk v pljuča).</i>
Preverimo lego nazogastrične sonde s poslušanjem (20 ml zraka potisnemo v želodec, s stetoskopom položenim na epigastrij poslušamo ali slišimo šum).	<i>Preprečimo dovajanje hrane in zdravil v pljuča ali v požiralnik, kar lahko povzroči bruhanje in aspiracijo.</i>

IZVEDBA	REZULTATI
Priporočeno je še preverjanje lege z aspiracijo želodčnega soka.	
Pritrdimo nazogastrično sondo.	<i>Preprečimo izpad nazogastrične sonde.</i>

NAČINI PREVERJANJA POLOŽAJA NAZOGASTRIČNE SONDE

- Aspiracija - z brizgalko izsesamo želodčni sok in nato z lakmusovim papirjem kontroliramo kislost (pH želodčnega soka je od 1 do 4).
- Avskultacija - brizgalko napolnimo z 10 do 20 ml zraka, ga potisnemo v želodec in s stetoskopom položenim na epigastrij poslušamo ali slišimo šum v želodcu (pretok zraka).
- Rentgensko slikanje - je najbolj zanesljiva metoda potrditve pravilne lege želodčne sonde.

KAJ JE POMEMBNO?

- Pacient mora ležati v postelji z dvignjenim vzglavjem (preprečitev regurgitacije želodčne vsebine zaradi oviranega zapiranja ezofagealnega sfinktra).
- Obliž za fiksacijo nasogastrične sonde menjujemo, ko je umazan in razmočen, ob tem kožo umijemo s toplo vodo in milom.
- Ob menjavi obliža nazogastrično sondo malenkost premaknemo, da preprečimo poškodbo zaradi pritiska na nosnici.
- Ustno nego izvajamo najmanj 5-krat dnevno, pacientu pogosto vlažimo usta.
- Opazujemo morebitno draženje, vnetja in poškodbe nosnice in nosnici čistimo s toplo vodo in mehkim sanitetnim materialom.
- Ob morebitnem izpadu nazogastrične sonde jo uvajamo v drugo nosnico (preprečimo poškodbo zaradi pritiska) (Drame, 2024).

ENTERALNO HRANJENJE

Ustrezna prehrana je za pacienta izjemnega pomena, saj vpliva na presnovo, vzdržuje odpornost, vpliva na rast, razvoj in obnovo celic, ima vpliv na počutje, sintezo hormonov in encimov, proizvodnjo energije, tvorbo protiteles, izboljša celjenje ran. Neprilagojeno prehranjevanje vodi v podhranjenost, kaheksijo, debelost, prebavne motnje in v nastanek bolezni. Približno 30 % pacientov v bolnišnicah je podhranjenih.

Velik del jih je podhranjenih že ob sprejemu v bolnišnico. Pri večini se podhranjenost med hospitalizacijo še poveča. Pacienti se različno odzivajo na stresno dogajanje v organizmu, zato je stopnja presnovnega stresa različna za vsakega od njih. Prehranska obravnava pacientov s presnovnimi spremembami je zelo pomembna in jo načrtujemo in prilagajamo individualno. To pomeni upoštevanje zdravstvenemu stanju prilagojene prehrane, konsistence hrane, gostote hrane in oblike hranjenja (enteralna, parenteralna). Prehrana v času bivanja v bolnišnici je eden izmed pomembnejših dejavnikov v procesu zdravljenja. Neustrezen in nezadosten vnos hranil v času zdravljenja, ko so potrebe organizma po hranilih povečane, je razlog za slabši izid bolezni. Podhranjenost je dejavnik tveganja za zaviranje različnih procesov, kot so: celjenja ran, večja verjetnost pojava zapletenih okužb, večje tveganje za ponovno bolnišnično zdravljenje in večja umrljivost. Shema hranjenja je prikazana na Sliki 1. Kadar je peristaltika prisotna in zdravstveno stanje pacienta to dopušča, izvajamo enteralno hranjenje. V primeru odsotnosti peristaltike ali prisotnosti bolezenskega stanja, ki ne priporoča enteralnega hranjenja, izvajamo parenteralno hranjenje. V določenih primerih je možno tudi kombinirano hranjenje, kjer enteralno hranjenje dopolnimo s parenteralnim, ob upoštevanju specifičnosti zdravstvenega stanja pacienta.

Glede na načine hranjenja ločimo oralno, enteralno in parenteralno hranjenje. Možnosti enteralnega hranjenja zajemajo hranjenje pacienta po nasogastrični sondi (NGS), gastrostomi (PEG), jejunostomi ali jejunalni sondi. Enteralno hranjenje je prednostni način hranjenja pred parenteralnim, saj omogoča vnos hranil za delovanje telesa preko prebavnega sistema, kar najbolj približa hranjenje v naravnih razmerah. Tovrsten način hranjenja omogoča vnos vira energije, izločanje hormonov, mehanično spodbujanje delovanja prebavil k naravnemu delovanju, ohranjanje imunske sposobnosti ter ohranjanje nemotene presnove maščob.

KAJ JE POMEMBNO PRI ENTERALNEM HRANJENJU

Izpiranje sonde

Sondo spiramo z vodo, negazirano mineralno vodo ali nesladkanim kamiličnim čajem. Nikoli NE spiramo s sadnim čajem, saj kislina v sadnih čajih koagulira beljakovine v hrani, kar privede do zamašitve sonde.

KDAJ IZPIRAMO SONDO?

Pri neprekinjenem hranjenju; pred in po hranjenju, ter vsake 4 ure z 10–20 ml tekočine.

Pri hranjenju s prekinitvami; pred in po hranjenju.

Pri aplikaciji zdravil; pred in po aplikaciji.

Enteralno hrano lahko dovajamo tudi z gravitacijskim sistemom za hranjenje s pomočjo katerega lahko hranimo intermitetno - nekajkrat dnevno v trajanju od 30 do 60 minut ali kontinuirano.

INDIKACIJE ZA UVEDBO ENTERALNEGA HRANJENJA

- pacient, ki jih ne moremo hraniti oralno tri zaporedne dni po sprejemu v bolnišnico,
- ob sprejemu nedohranjeni pacient ali tisti, ki sami ne morejo zaužiti zadostne količine hrane za pokritje potreb organizma po hranilih,
- pacient z nevrološkimi in psihiatričnimi boleznimi, ki se ne more hraniti oralno, pacient z boleznimi grla in požiralnika, ki onemogočajo oralno hranjenje (benigne stenoze, poškodbe, tumorji, vnetja ...), pacient z gastrointestinalnimi boleznimi zaradi katerih se ne morejo oralno hraniti (malabsorbcija, nekatere fistule prebavil ...),
- opekline v predelu prebavnega trakta, zaradi katerih je oralno hranjenje onemogočeno,
- uvedena umetna dihalna pot (intubacija).

KDAJ ENTERALNO HRANJENJE NI PRIPOROČLJIVO

- nefunkcionalno črevesje: anatomska prekinitev, popolna zapora črevesja, ishemija, nekroza črevesja,
- obdobje takoj po operativnem posegu ali poškodbi, ki predstavlja akutno fazo,
- v primeru šoka,
- v primeru aktivnega peritonitisa,
- v primeru akutne krvavitve iz prebavil.

OMEJITVE ENTERALNE PREHRANE

Normalno se hrana v ustih segreje, ovlaži in zmeša s slino, ob žvečenju hrane pa se aktivirajo enterohormoni, ki sprožijo izločanje prebavnih encimov. Enteralno hranjenje po sondah pa obide usta in zato vrsto fizioloških mehanizmov hranjenja. Ker pacient hrane ne okusi, si je ne želi, niti mu ne povzroča apetita. Slabost enteralne prehrane

so tudi driske, ki dostikrat nastanejo kot posledica velike energijske gostote in hiperosmolarnosti hrane.

MERJENJE PREBAVLJIVOSTI ENETERLANE HRANE

Za odkrivanje zaostanka enteralne hrane v želodcu uporabljamo metodo, pri kateri merimo količino želodčne vsebine, in sicer tako, da v rednih presledkih aspiriramo skozi nasogastrično sondo želodčno vsebino. Metoda temelji na predvidevanju, da je količina hrane, zastale v želodcu, napovednik za tveganje aspiracije in razvoj pljučnice. Da bi preprečili aspiracijo med povečanjem ostanka hrane v želodcu, je potrebno hranjenje prehodno zmanjšati ali prekiniti. Želodčno vsebino merimo na 8 ur, ko je dosežena količina zaostanka hrane večja od 250 ml ali ko se pojavi bruhanje, takrat se svetuje zmanjšanje ali prehodna ustavitev enteralnega hranjenja. V nadaljnjem neuspešnem hranjenju vztrajamo pri minimalnem hranjenju in sočasni uvedbi parenteralnega hranjenja.

Enteralno hranjenje lahko poteka:

Kontinuirano – pomeni neprekinjeno, enakomerno dovajanje hrane:

- preko črpalke ali sistema na gravitacijo,
- neprekinjeno 24 ur ali
- 12–20 ur preko dneva – ponoči se prekine.

Aplikacija s prekinitvami (bolusno) – pomeni hranjenje z 300 – 400 ml hrane v 15–30 minutah z vmesnimi večurnimi prekinitvami s čimer posnemamo običajno hranjenje. Maksimalna količina hrane je razporejena v 24 urah na šest obrokov po maksimalno 400 ml. Aplikacija je primerna za hranjenje po nasogastrični sondi ali gastrostomi. Hrana se v tem primeru aplicira s sistemom na gravitacijo. Aplikacija hrane s prekinitvami omogoča pacientu prosto gibanje, če je za to telesno sposoben.

PRIPRAVKI ZA ENTERALNO HRANJENJE

Enteralna prehrana je na voljo v obliki pripravka za pitje različnih okusov, v plastenkah ali »easyBag« vrečkah. Dnevne potrebe pacientov so različne. Pacienti potrebujejo 30–35 kcal/kg telesne mase/dan, nepomični pacienti pa 20–25 kcal/kg telesne mase/dan. Enteralna hrana je lahko prilagojena prehrana glede na bolezensko stanje

(vlaknine, energenti, beljakovine ali sladkorna, jetrna, ledvična, bogata z glutaminom, pri malabsorpciji ...).

Priravljen obrok v kuhinji in konsistenca hrane za enteralno hranjenje:

- potrebna je predpriprava,
- vedno ni definirana in uravnotežena sestava (vitamini, elementi v sledovih, elektroliti),
- visoka viskoznost, zato se hranilne sonde pogosto mašijo,
- nizka energijska gostota, zato so potrebne velike količine hrane,
- kratek čas shranjevanja, higiensko oporečna,
- cenejša od industrijskih pripravkov.

Značilnosti industrijsko pripravljenih pripravkov:

- so prehransko popolni/nepopolni,
- boljša prebavljivost hranil,
- uravnoteženo razmerje hranilnih snovi in kalorij (beljakovine, ogljikovi hidrati, maščobe),
- možnost uporabe standardnih ali za bolezni specifičnih pripravkov,
- možnost uporabe pripravkov z ali brez vlaknin,
- osmolarnost hrane - osmolarnost se nanaša na koncentracijo raztopljenih delcev v raztopini in je pomembna tako pri enteralni prehrani kot pri parenteralni prehrani. Previsoka osmolarnost enteralne prehrane lahko povzroči prebavne težave, kot so driska, napenjanje in bolečine v trebuhu, zmanjša absorpcijo hranil, lahko draži sluznico ter obremeni ledvice, ker filtrirajo presežene delce. Pravilno uravnotežena osmolarnost pomaga zmanjšati tveganje za prebavne motnje in izboljšati toleranco prehrane ter prispeva k boljši absorpciji hranil v prebavnem sistemu.
- so sterilni,
- so v obliki tekočine ali v prahu,
- so različnih okusov in jih lahko pacienti uživajo skozi usta.

NEŽELENI ZAPLETI PRI ENTERALNEM HRANJENJU

Gastrointestinalna diareja

Je najpogostejši zaplet pri enteralnem hranjenju. Preprečimo jo lahko z ustrezno izbiro formule, izbiro načina hranjenja in hitrostjo aplikacije ter ustrezno temperaturo enteralnega pripravka (sobna temperatura). Diareja je lahko tudi posledica spremenjene črevesne flore, uporabe zdravil, npr. antibiotikov, previsoke osmolarnosti, mikrobiološke kontaminacije.

Slabost, bruhanje, napenjanje

Zaradi upočasnjenega praznjenja želodca, prehitre aplikacije, neustrezne temperature pripravka ali neustreznega položaja pacienta med hranjenjem lahko pride do slabosti, bruhanja ali napenjanja (v času hranjenja in 30 minut po njem, naj pacient ostaja v pol sedečem položaju z dvignjenim vzglavjem 30°).

Zaprtje

Zaradi neaktivnosti pacienta, zmanjšane motilitete črevesja, prenizkega vnosa tekočine in pomanjkanja netopnih vlaknin v prehrani pride do zaprtja, ki je lahko tudi posledica uporabe nekaterih zdravil npr. opioidov.

Mehanski zapleti

- aspiracija hrane,
- poškodbe sluznice ali kože zaradi pritiska sonde na nos, nosno sluznico, sluznico požiralnika in želodca.

Presnovni zapleti (zaradi neustreznih količin in razmerja hranilnih snovi)

- motnje v ravnotežju tekočine in elektrolitov,
- hiper/hipoglikemija, hipertrigliceridemija,
- pomanjkanje hranil,
- okvarjena jetrna funkcija (steatoza).

Ostali zapleti:

- Zapleti zaradi nasogastrična sonde ali gastrostome (vstavljanje, položaj, zamašitev)
- mikrobiološka kontaminacija pripravkov za hranjenje.

APLIKACIJA ZDRAVIL ZA ORALNO UPORABO PO HRANILNI SONDII

Pred aplikacijo zdravila v tekoči obliki preverimo, ali je ta na voljo. Pri odpiranju kapsul, drobljenju in raztapljanju tablet sledimo navodilom za aplikacijo terapije. Med postopkom priprave preverimo osmolarnost in če je potrebno, razredčimo raztopino. Zdravila vedno dajemo ločeno od hrane, ob upoštevanju potrebnih intervalov. Če je potrebno aplicirati več zdravil, jih dajemo ločeno, da ohranimo njihovo učinkovitost. Pred in po vsaki aplikaciji izperemo sondo, da zagotovimo prehodnost hranilne sonde. Aplikacija zdravil po jejunostomi ni priporočljiva, saj lahko povzroči neželene učinke. Vedno upoštevamo priporočila proizvajalca glede načina uporabe zdravil. Za dodatno strokovno mnenje in nasvet se posvetujemo z bolnišničnim farmacevtom.

Možni zapleti pri aplikaciji zdravil po sondi:

- nekompatibilnost zdravila z enteralno prehrano,
- zamašitev sonde,
- zmanjšan oziroma spremenjen učinek zdravila pri tabletah z nadzorovanim, podaljšanim sproščanjem in pri acidorezistentnih tabletah (Smrke, 2024).

ZAKLJUČEK

Vstavljanje nasogastrične sonde je rutinski, a pomemben postopek, ki zahteva natančno izvedbo za preprečevanje morebitnih zapletov, kot so aspiracija in nepravilna prebava. Pravilen položaj sonde je mogoče zagotoviti z uporabo ustreznih tehnik merjenja dolžine in dodatno potrditi z diagnostičnimi metodami, kot so avskulacija, pH test ali rentgensko slikanje. Enteralno hranjenje po NGS je ključnega pomena za paciente, ki ne morejo oralno uživati hrane, vendar je potrebno redno spremljanje prebavljivosti hrane in upoštevanje ustreznih tehnik hranjenja, da se zagotovi najboljša oskrba in zmanjšajo tveganja za zaplete.

LITERATURA

- Cornett, E. M., & Kaye, A. D. (2023). Evolving therapeutic roles of nasogastric tubes: Current concepts in clinical practice. [Adv Ther (2023) 40:828–843]. <https://file:///C:/Users/HP/Downloads/s12325-022-02406-9.pdf>
- Drame, A. (2024). Uvajanje nasogastrične sonde. V Smrke (Eds.), Postopki in posegi v zdravstveni negi, FZVCE.

Smrke, B. (2024). Enteralno hranjenje. V Smrke (Eds.), Postopki in posegi v zdravstveni negi, FZVCE.

Lemyze, M. (2010). The placement of nasogastric tubes. CMAJ, 182(8), 802.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.091099>

Vadivelu, N., Kodumudi, G., Leffert, L. R., Pierson, D. C., Rein, L. K., Silverman, M. S.,

CELOSTNA PREHRANSKA PODPORA STAREJŠIH ODRASLIH V SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH

doc. dr. Evgen Benedik, univ. dipl. inž. živ. tehnol., klinični dietetik,
Klinični oddelek za gastroenterologijo, hepatologijo in prehrano, Pediatrična klinika,
UKC Ljubljana in Skupina za humano prehrano, Oddelek za živilstvo, Biotehniška
fakulteta, Univerza v Ljubljani
evgen.benedik@kclj.si

IZVLEČEK

Proces staranja vključuje postopno upadanje fizioloških funkcij telesa. Gre za kompleksen proces, ki ga zaznamujejo spremembe na celični, tkivni in organski ravni. Na hitrost in kakovost staranja vplivajo genetika, prehrana, telesna dejavnost, stres, nezdrave razvade kot so kajenje in alkohol ter drugi dejavniki okolja.

Življenjska doba se podaljšuje. Leta 2000 je bila po podatkih Združenih narodov povprečna življenjska doba 75 let, leta 2050 se pričakuje, da bo 85 let. Dolgoživost družbe je povezana z napredki v medicini in s kakovostjo življenja posameznika, zato je pomembno, da se starostnikom nudi podpora, ki ne bo le podaljšala njihovega življenja, temveč tudi izboljšala kakovost življenja.

Celostna prehranska podpora je eden izmed ključnih dejavnikov s katerim se znatno izboljša kakovost življenja. Znano je, da lahko zaradi upada fizioloških funkcij telesa pride do pomanjkanja določenih hranil kot so beljakovine, vitamini (predvsem vitamin B₁₂ in vitamin D), minerali (predvsem kalcij, cink in železo) ter esencialne maščobne kisline. Ti primanjkljaji so lahko posledica zmanjšane apetita, težav z žvečenjem in prebavo, bolezni ter socialnih dejavnikov, kot sta osamljenost in revščina.

Prehrana starostnikov mora biti prilagojena njihovim specifičnim potrebam. Ključno je ohranjanje mišične mase, kar zahteva zadosten vnos beljakovin in redno telesno dejavnost, aktivno ali pasivno. Ohranjanje mišične mase je pomembno za preprečevanje padcev in zlomov, ki so pogosti v starosti in lahko močno vplivajo na kakovost in kvaliteto življenja.

Zagotavljanje ustrezne hidracije je prav tako pomembno, saj dehidracija lahko povzroči številne zdravstvene težave, vključno z ledvičnimi težavami, zaprtjem in

zmedenostjo. Starostniki pogosto ne občutijo žeje, zato je pomembno, da se jih k ustrezni hidraciji redno spodbuja.

Med pomembna hranila spada tudi vitamin D, ki je ključnega pomena za zdravje kosti in imunskega sistema. Pomanjkanje vitamina D je v starosti pogosto, zato se svetuje predpis vitamina D na recept, kar lahko stori družinski ali domski zdravnik.

Kronične rane in preležanine so še ena resna težava, ki se lahko pojavi predvsem pri sladkornih bolnikih in nepokretnih osebah. Z ustrezno prehrano, bogato z beljakovinami (predvsem aminokislinami arginin, glutamin in levcin), cinkom in vitaminom C, je možno zmanjšati tveganje za njihov nastanek.

Težave s požiranjem oziroma disfagijo zahtevajo prav tako posebno pozornost in prilagoditev teksture hrane ter izbiro ustrezne enteralne prehrane, vključno s sondno prehrano, če je to potrebno. Glede na Evropsko združenje za parenteralno in enteralno prehrano je industrijsko pripravljena sondna prehrana edina primerna za hranjenje po hranilnih cevkah. Pasirana hrana predstavlja namreč visoko mikrobiološko tveganje, poleg tega pa pogosto tudi energijsko in hranilno ne pokrije prehranskih potreb bolnika.

Prehransko presejanje in redno spremljanje prehranskega stanja starejših je tako bistveno za preprečevanje podhranjenosti, do katere lahko pride zaradi prej omenjenih težav. Celostna prehranska podpora postaja ključen element v zagotavljanju kakovostnega življenja starejših odraslih oseb tako v domačem okolju v katerega je lahko vpeta patronažna služba, kot tudi v socialnovarstvenih zavodih.

TEŽAVE Z ODVAJANJEM PRI UPORABNIKIH V SOCIALNEM VARSTVU: vzroki, ocena in pristopi – vloga medicinske sestre

Jožica Brenčič, dipl. m. s., mag. zdr.-soc. manag.

Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava

Težave z odvajanjem, predvsem obstipacija in diareja, so med najpogostejšimi težavami pri uporabnikih socialnega varstva. Te težave neredko spremljajo resnejša zdravstvena stanja, kot so kronična vnetna črevesna bolezen (KVČB), ishemični kolitis, toksični kolitis in divertikuloza.

Kronična vnetna črevesna bolezen (KVČB) je imunsko pogojena bolezen, ki povzroča vnetje prebavil. Med najpogostejše oblike sodita Crohnova bolezen in ulcerozni kolitis. Bolniki pogosto trpijo zaradi driske, krvavitve in bolečin v trebuhu, kar močno vpliva na njihovo kakovost življenja.

Kolitis - ishemični kolitis je posledica zmanjšane dotoka krvi v debelo črevo, pogosto zaradi arterioskleroze ali srčnih obolenj. Toksični kolitis se pojavi predvsem pri prekomerni uporabi zdravil, ki povzročajo vnetne spremembe v črevesni sluznici.

Divertikuloza - pri divertikulozi se v črevesno steno bočijo majhni mešički, ki se lahko vnamejo in povzročijo divertikulitis. Simptomi vključujejo hude bolečine, drisko in občasno krvavitev.

Diareja in obstipacija sta pogosti težavi v socialnem varstvu, ki zahtevata strokovno obravnavo in celovit pristop. S pravnimi preventivnimi ukrepi, pravočasnim zdravljenjem in individualiziranim načrtovanjem zdravstvene nege in oskrbe lahko zmanjšamo zaplete in izboljšamo vsakodnevno življenje uporabnikov

Diareja je opredeljena kot pogosto odvajanje tekočega ali zelo mehkega blata. V blatu se lahko pojavljajo tudi kri, sluz ali gnoj. Običajno je diareja posledica prebavnih težav ali okužb prebavil, vendar jo lahko sprožijo tudi drugi dejavniki.

Najpogostejši vzroki za diarejo so: okužbe (bakterijske npr. salmonela, E. coli, virusne-rotavirusi ali parazitske okužbe), zastrupitev s hrano - kontaminirana hrana lahko povzroči akutne oblike driske, kronična vnetna črevesna bolezen - diareja je pogosto povezana s KVČB, kot sta Crohnova bolezen in ulcerozni kolitis, preobčutljivost na hrano - intoleranca na gluten ali laktozo, zdravila - stranski učinki nekaterih zdravil, kot

so antibiotiki ali laksativi lahko povzročijo diarejo, psihološki dejavniki - kot so anksioznost in stres, lahko vplivajo na delovanje črevesja.

Pristopi pri obravnavi diareje: dietna priporočila, hidracija - nadomeščanje izgubljene tekočine in elektrolitov per os, enteralno in intravenozno, saj diareja hitro vodi do dehidracije. Zdravljenje vzroka - uporaba antibiotikov pri bakterijskih okužbah, antiparazitikov pri okužbah s paraziti in ustrezno zdravljenje pri KVČB.

Obstipacija (zaprtje) se pojavi, ko je odvajanje blata redko ali oteženo, blato pa trdo in suho.

Vzroki za obstipacijo: prehrana s premalo vlaknin, nezadostna hidracija, pomanjkanje gibanja-nepremičnost ali omejeno gibanje- pogosto pri starejših ali nepomičnih osebah, zdravila - nekatera zdravila, kot so antacidi, antidepresivi, opioidi, lahko povzročijo zaprtje, psihološki dejavniki - stres in psihične motnje lahko vplivajo na motorično delovanje črevesja, nevrološke bolezni - Parkinsonova bolezen, multipla skleroza, možganska kap in poškodbe hrbtenjače pogosto povzročajo zaprtje.

Pristop k obravnavi obstipacije: povečan vnos vlaknin, hidracija, fizična aktivnost-spodbujanje gibanja glede na sposobnosti uporabnikov, saj gibanje izboljšuje peristaltiko črevesja, zagotavljanje zasebnosti - ustvarjanje ustreznih pogojev za odvajanje, da imajo uporabniki dovolj časa in zasebnosti, aplikacija odvajal - v primeru trdovratne obstipacije se uporabljajo različna odvajala, kot so odvajalni čaji, laktulozni sirupi, odvajalne svečke, odvajalne tablete mikroklizme in klizme. Uporaba odvajal mora biti nadzorovana, da se prepreči odvisnost od njih.

Pri obravnavi uporabnikov v socialnem varstvu je ključnega pomena, da se zdravstveno- negovalno osebje zaveda individualnih potreb in stanj posameznikov. Redno spremljanje odvajanja, vitalnih znakov in prehranjevalnih navad je temeljno za zgodnje prepoznavanje težav.

Za uspešno obravnavo težav z odvajanjem je nujna tudi edukacija zaposlenih, uporabnikov in njihovih svojcev oz. skrbnikov, o pravilni prehrani, hidraciji in pomenu redne fizične aktivnosti. Individualni pristop, pravočasna in celostna obravnava lahko bistveno prispevata k izboljšanju kakovosti življenja uporabnikov.

Ključne besede: odvajanje, obstipacija, diareja, težave

TEŽAVE Z ODVAJANJEM PRI UPORABNIKIH V SOCIALNEM VARSTVU

vzroki, ocena in pristopi – vloga medicinske sestre

Stanka Vuzem, dipl. m. s.

Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava

UPORABA BAZALNE STIMULACIJE OB HRANJENJU IN PRI TEŽAVAH Z ODVAJANJEM

V sedemdesetih letih prejšnjega stoletja je v Nemčiji prof. dr. Fröhlich Andreas specialni pedagog in psiholog razvil koncept bazalne stimulacije. Skupaj z znanstvenico prof. Christel Bienstein je našel način za vpeljavo koncepta v zdravstveno nego.

Koncept temelji na predpostavki, da so osebe z zelo težkimi telesnimi in duševnimi težavami sposobne, da doživljajo okolico in imajo zelo veliko potrebo po percepciji, gibanju in komunikaciji.

Profesor Fröhlich je dognal, da se komunikacija in percepcija ne moreta odvijati brez sposobnosti govora, zato je razvil koncept s katerim lahko preko senzornih kanalov vzpostavimo kontakt z osebo.

BAZALNA – osnovna oziroma elementarna ponudba. Spodbujamo elementarne sposobnosti katere pozna vsak človek, te pa nam pomagajo, da lahko stopimo v kontakt z osebo.

VRSTE STIMULACIJ:

- **SOMATSKA** - dotiki
- **VIBRACIJSKA** - govor, vibracije, bitje srca
- **VESTIBULARNA** - ravnotežje – premiki, gibanje
- **TAKTILNA**- del somatske - koža
- **ORALNA** - okušalna
- **OLFAKTORNA** - vonj
- **AVDITIVNA** - slušna
- **VIZUALNA** – vid

Brez osnovne bazalne stimulacije nobeno živo bitje ne pride na svet. Že otrok v maternici se dotika stene maternice, čuti govor matere in se premika.

STIMULACIJA- spodbuda, motivacija

STIMULATIO - latinsko pomeni spodbuditi, vzbuditi, motivirati, ohrabriti osebo, da stopi v kontakt z drugo osebo in okolico, ki jo obdaja in obkroža

Tako bi lahko rekli, da je bazalna stimulacija osnovna ciljna ponudba različnih dražljajev, ki pa jih človek sprejme ali pa ne. Je lahko neverbalni dialog, predvsem pa služi za percepcijo – dojemanje samega sebe in okolice.

Bazalna stimulacija se v negi lahko uporablja pri osebah pri katerih je percepcija, gibanje in komunikacija zaradi bolezni, nezgod in starosti omejena – okrnjena. Izhajamo iz predpostavke, da vsak človek potrebuje percepcijo, gibanje in komunikacijo, da bi spoznal samega sebe. V vsakodnevni oskrbi in negi s pomočjo dotika in čutil razvijamo bazalni dialog z uporabniki. Z bazalnim dialogom nudimo osebi možnost osebne odločitve in sprejemanje lastne odločitve ali bo pri vsakodnevnik aktivnostih sodelovala.

Bazalna stimulacija je terapevtska metoda, ki se uporablja za spodbujanje in aktiviranje osnovnih čutil uporabnika z večjo stopnjo telesne in intelektualne oviranosti. Podpira vzpostavljanje občutka telesne zaznave in gibanja pri osebah s čutnimi, motoričnimi ali kognitivnimi motnjami.

BAZALNO STIMULACIJO PONUDIMO

- Osebam v komi
- Osebam s pridobljeno poškodbo glave
- Osebam, ki so v paliativni oskrbi
- Osebam s kognitivnim upadom/demenco
- Osebam po možganski kapi
- Osebam z depresijo
- Osebam s Parkinsonovo boleznijo
- Osebam, ki so omejene v gibanju

- Mladostniki/otroci/nedonošenčki

VSEM TEM OSEBAM JE SKUPNO

Potrebujejo telesno bližino za percepcijo drugih oseb.

Potrebujejo negovalno osebje, da jim na najenostavnejši način približajo okolico, ki jih obkroža in omogoča gibanje in spremembo položajev.

Potrebujejo negovalno osebje, ki jih brez govora razume in na katere se lahko zanesejo jim zaupajo.

POTEK BAZALNE STIMULACIJE

Naredimo anamnezo s svojci in zberemo podatke o uporabniku.

Vsako stimulacijo izvedemo načrtno in se izogibamo preveliki količini različnih stimulacij.

Natančno opazujemo reakcijo: veselje, odpor, igranje, radovednost in raziskovanje.

Vsako neodvisno aktivnost uporabnika podpiramo.

Bazalna stimulacija vključuje različne terapevtske tehnike kot so:

- masaže,
- aroma nega,
- nameščanje v specifične položaje,
- ponudba gibalne izkušnje, vibracije,
- delo z različnimi materiali in predmeti ter
- glasbena terapija.

Tehnike izvajajo strokovno usposobljeni zaposleni, ki prilagajajo stimulacijo posameznikovim potrebam in sposobnostim.

STIMULACIJA USTNE VOTLINE

Uporabniku ponudimo njegovo najljubšo jed – preko ust se prenesejo pobude v možgane, pospeši se lahko prebava in spodbudi peristaltika. Svojci naj prinesejo najljubšo uporabnikovo jed in sladico od doma. Sadje ponudimo, da ga uporabnik pogleda(limono).

Če hranimo po sondi ponudimo hrano uporabniku, da jo lahko pred hranjenjem povonja.

Na ustnice uporabniku iztisnemo kapljico svežega soka – grozd, jagoda, limona.

Hrana naj se ponudi privlačno v posameznih komponentah.

Če uporabnik zmore, sam drži žlico-mi vodimo roko.

Po posebnem zaporedju izvedemo masažo obraza-lažja nega ustne votline, vlaženje ust.

Ustna votlina je eno najintimnejših področij našega telesa-usta odpremo pogojno.

Področje ustne votline je večje kot predvidevamo, ustnice so vrata ustne votline, oralni užitki stojijo nad drugimi.

Okušanje je samo del percepcije področja ust. Pitje tekočine zraven okusa nudi še informacijo o temperaturi, konzistenci in vonju tekočine ter dotiku skodelice. Pitje kave je lahko znak za pripravljenost, čas, prostor, prijateljstvo.

Pomembna je nega ustnic, višina oči ob hranjenju- sedenje ob hranjenju, pravilen položaj uporabnika, skrbno izbrati prostor, mir v prostoru, prezračen prostor, prtiček za zaščito, priprava mize, sodelovanje uporabnika ob pripravi obroka, vonjave ob kuhanju.

Z žlico se ne zaletavamo v zobe, ne pobiramo ostankov hrane iz obraza.

Neodvisnost prehranjevanja vodi v boljšo prognozo- uporabniki s sondami izgubijo motivacijo za prehranjevanje in užitek v hrani.

Prehranjevanje, komunikacija in kazen pozornosti so osnove človeškega življenja.

Od otroštva naprej zbiramo dobre in slabe izkušnje ter nagnjenja. Vse to ohranjamo in nadgrajujemo z našimi izbranimi aktivnostmi.

Uporabnikom, ki imajo na tem področju omejitve, ponudimo aktivnost z veliko sočutja, kajti ustna higiena temelji na zaupanju, ki smo si ga pridobili. Odpreti usta signalizira zaupanje.

Ustvarimo rituale: umivanje rok pred obrokom, priprava mize, sliši se ropot posode, diši po hrani, uporaba najljubšega pribora, skodelice.

- Obrok ob določenem času, ne ponoči.
- Prezračimo prostor, poskrbimo za mir, izklopimo TV/radio, aromaterapija.
- Uporabnik okuša posamezne komponente obroka, opišemo jed, damo povonjati.

- Pokažemo kaj želimo, odpremo svoja usta (zrcalni nevroni) uporabnik ponovi.

FUNKCIJE OKUŠANJA

zaščita: hrano preverimo – uporabna, neuporabna

prebava: izločanje sline in želodčnih sokov, peristaltika

vonj: boljše vonjamo, če okušamo

ugodje: povezano z življenjsko zgodbo in osebnimi izkušnjami, ugodjem in željo po hrani

MOŽGANSKA AKTIVNOST OB PREHRANJEVANJU

- VID-barve in oblike živil.
- SLUH- zvoki ob žvečenju, hrustanje.
- DOTIK-temperatura, reakcija na trdoto živila ob žvečenju, reakcija na konsistenco hrane-kremasta, CO₂ v pijači, bolečina-čili.
- OKUS-loči sladko, slano, kislo, grenko, umami.
- VONJ- zaznava vonjave jedi, budi spomine(dobre, slabe).
- PREBAVA- avtonomni živčni sistem.
- ČUSTVA, SPOMINI, MOTIVACIJA, ODVISNOST.

UPORABA AROMATERAPIJE OB HRANJENJU - ETERIČNA OLJA DELOVANJE

- BOROVNICA- analgetično, diuretik, spazmolitik
- GREJPFRUT- diuretik, stimulira limfo, antidepresiv
- JASMIN-sedativ, analgetik, antidepresiv, antiseptik
- KLINČKI-antibiotik, antihistaminik, antioksidant, spazmolitik
- SIVKA- analgetik, pomirjujoče, hipotenzivno
- LIMONA- antibakterijsko, imunostimulans, antikoagulantno, diuretik
- MANDARINA- antiepileptično, stimulira žolčnik in jetra, pomirja
- META- analgetik, dvigne krvni tlak, stimulira jetra, antiseptik
- VRTNICA- antidepresiv, antiseptik, hemostatik, laxativ, regulira apetit, sedativ
- ROŽMARIN- analgetik, pospeši cirkulacijo, uravnava krvni tlak, baktericid, diuretik
- TIMIJAN- antibakterijsko, diuretik, pospeši kapilarno cirkulacijo , antiparazitno
- VANILI: pomirja

VIBRATORNA STIMULACIJA

- Pri težavah z odvajanjem lahko uporabniku ponudimo vibratorno stimulacijo z uporabo pripomočkov za masažo telesa in trebuha.
- Masažni aparat masira in povzroča vibracije na površini telesa in v globino.
- Masaža pomaga uporabniku dojeti površino kože in globino telesa, obenem pa vzpodbudi peristaltiko. Po določenem postopku izvedemo masažo trebuha in pospešimo peristaltiko.
- Uporabnika namestimo na voziček in ga namensko vozimo po neravnem terenu. Tresljaji in pritisk organov na črevesje spodbudi prebavo.

HRANJENJE PO GASTROSTOMI FEEDING THROUGH GASTROSTOMY

Nataša Kreft, dipl. med. s. mag. zdr.-soc. manag.

Splošna bolnišnica Murska Sobota

natasa.kreft@sb-ms.si

POVZETEK

Prehranjevanje je osnovna življenjska aktivnost, ki je bistvena za človekov obstoj. Pacientom z nevarnostjo aspiracije med jedjo in tistim z boleznimi ust, žrela, grla ter požiralnika in pacientom pri katerih se predvideva dolgotrajno hranjenje po sondi se priporoča gastrostoma. Gastrostoma je kirurško narejena odprtina skozi trebušno steno v želodec, skozi katero kirurg uvede cevko z namenom enteralnega dostopa za prehrano in dajanje zdravil.

Za hranjenje po gastrostomi je najbolj priporočljiva industrijsko pripravljena hrana, ki zagotavlja uravnoteženo prehrano in vsebuje vse potrebne vitamine in minerale. Primerna je tudi doma pripravljena hrana, ki jo je potrebno skuhati in prepasirati, nato pa primerno razredčiti, da se cevka ne bi zamašila. Po gastrostomi lahko hranimo s pomočjo (1)brizgalke- potiskamo po cevki ali po principu gravitacije. Hitrost prilagajamo z dviganjem oziroma spuščanjem brizgalke in traja od 15- 20 min, (2)hranjenje s sistemom za enteralno hranjenje, kjer pretok reguliramo s stiščkom na sistemu ali (3) kontinuirano hranjenje, ki poteka počasi, običajno več ur (12-20ur/dan) in zanj potrebujemo električno črpalko. Maksimalni pretok je največ 125 ml/h, pri tem načinu je manjša pojavnost diareje in drugih gastrointestinalnih zapletov. Običajna količina obroka je od 250ml do 500ml in sicer vsake 4 do 6 ur (običajno 1500 kcl/dan). Pred vsakim hranjenjem preverimo rezidualni volumen v želodcu, če je ta večji kot 150 ml, je to znak upočasnjene praznjenja želodca ali celo zapore prebavne cevi in ne smemo nadaljevati s hranjenjem. Aspirirano vsebino vbrizgamo nazaj, da ne pride do izgube hranil in elektrolitov. Hranimo v sedečem položaju, polsede oz. z vsaj 30 stopinj dvignjenim vzglavjem. Pred rokovaljem s hrano je nujna dosledna higiena rok. Hrana naj bo ogreta na sobno temperaturo. Tudi zdravila, ki jih je dovoljeno drobiti lahko dajemo po gastrostomi. Po vsakem hranjenju speremo cevko s 30 do 50 ml mlačne vode, da odstranimo obloge, ki bi jo lahko zamašile. Po hranjenju vedno preverimo

okolico gastrostome in se prepričamo, da ne izteka tekočina ob gastrostomi. Zapleti, ki se lahko pojavijo so: zamašitev cevke in zatekanje ob gastrostomi.

Ključne besede: gastostoma, hranjenje, zdravstvena nega

SUMMARY

Eating is a basic life activity that is essential for human existence. Gastrostomy is recommended for patients at risk of aspiration during meals and for those with diseases of the mouth, pharynx, larynx and oesophagus, and for those who anticipate prolonged tube feeding. A gastrostomy is a surgically made opening through the abdominal wall into the stomach through which a surgeon introduces a tube for enteral access for nutrition and administration of drugs.

For feeding after gastrostomy, industrially prepared food is the most recommended, as it provides a balanced diet and contains all the necessary vitamins and minerals. Home-prepared food is also suitable, but should be cooked and steamed and then diluted appropriately to prevent the tube from clogging. After a gastrostomy, you can feed using (1) a syringe - pushed through the tube or by gravity. The speed is adjusted by raising or lowering the syringe and takes 15- 20 min, (2) enteral feeding, where the flow is regulated by a contact on the system, or (3) continuous feeding, which is slow, usually over several hours (12-20h/day) and requires an electric pump. The maximum flow rate is 125 ml/h, with a lower incidence of diarrhoea and other gastrointestinal complications. The usual meal volume is 250ml to 500ml every 4 to 6 hours (usually 1500 kcal/day).

Before each feeding, the residual volume in the stomach should be checked; if it is more than 150 ml, this is a sign of slow gastric emptying or even a blockage of the digestive tube and the feeding should not be continued. Aspirated contents should be re-injected to avoid loss of nutrients and electrolytes. Feed in a sitting position, semi-sitting or with the head elevated at least 30 degrees. Strict hand hygiene is essential before handling food. Food should be warmed to room temperature. Medicines that can be crushed can also be given after gastrostomy. After each feeding, rinse the tube with 30 to 50 ml of lukewarm water to remove any deposits that might block it. Always check around the gastrostomy after feeding to make sure that no fluid is leaking at the gastrostomy. Complications that may occur are: blockage of the tube and stricture at the gastrostomy.

Keywords: gastrostomy, feeding, nursing