

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



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

ZBORNİK PREDAVANJ

**PREPREČEVANJE IN ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI
OD NEDOVOLJENIH PSIHOAKTIVNIH SNOVI
IN KONTINUIRAN RAZVOJ PEDIATRIČNE
ZDRAVSTVENE NEGE**

PORTOROŽ, 19. in 20. oktober 2006



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE
Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov
Slovenije

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
V PEDIATRIJI



ZBORNİK PREDAVANJ

PREPREČEVANJE IN ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI
OD NEDOVOLJENIH PSIHOAKTIVNIH SNOVI IN
KONTINUIRAN RAZVOJ PEDIATRIČNE
ZDRAVSTVENE NEGE

PORTOROŽ,
19. in 20. oktober 2006

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

**PREPREČEVANJE IN ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI
OD NEDOVOLJENIH PSIHOAKTIVNIH SNOVI IN KONTINUIRAN RAZVOJ PEDIATRIČNE ZDRAVSTVENE
NEGE**

Organizacijski odbor

Ivica Brumec

Jožica Mikec

Andreja Doberšek

Anica Vogel

Jožica Trstenjak

Gabriela Gabor

Irena Baša

Andreja Černetič

Doroteja Dobrinja

Kati Marsetič in

Beisa Žabkar

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

Lektoriral: Borut Štenta

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

Naklada: 150 izvodov

Koper, oktober 2006

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

613.83(063)

616-053.2-083(063)

ZBORNICA zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji. Strokovni seminar (2006 ; Portorož)

Preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih psihoaktivnih snovi inkontinuiran razvoj pediatrične zdravstvene nege : zbornik predavanj / [Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije] Portorož, 19. oktober 2006. - Ljubljana : Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, 2006

ISBN-10 961-91314-5-2

ISBN-10 978-961-91314-5-9

1. Gl. stv. nasl.

229073920



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE-
Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov
Slovenije

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
V PEDIATRIJI



PREPREČEVANJE IN ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI
OD NEDOVOLJENIH PSIHOAKTIVNIH SNOVI IN
KONTINUIRAN RAZVOJ PEDIATRIČNE
ZDRAVSTVENE NEGE

PROGRAM

*“Ta pot pa je bila dolga.
A spoznala sem človeka, ki mi je
v hudi bolezni podal roko.”*

Saša

PORTOROŽ,
19. in 20. oktober 2006



PROGRAM:

ČETRTEK 19.10.2006

- 8.30 - 9.30 Registracija
9.30 - 10.00 Kulturni program in pozdravni govor

I. SKLOP: ABSTINENČNI SINDROM

Moderatorji: Doroteja Dobrinja, Irena Cetin Lovšin

- 10.00 - 10.15 Novorojenčki rojeni od opijatov odvisnim materam
Irena Cetin Lovšin, dr.med., spec.ped.
- 10.15 - 10.30 Zdravstvena nega novorojenca z abstinenčnim sindromom
Doroteja Dobrinja, dipl.m.s.
- 10.30 - 10.50 Sledenje predšolskih otrok rojenih z znaki abstinenčnega sindroma
Marta Semič Maršič, dr.med.spec.ped.
- 10.50 - 11.00 Vodenje nosečnosti odvisnice
Janja Zver Skomina, dr.med.spec.gin. in por.
Zdravstvena vzgoja nosečnice
Mojca Pejovič, m.s. babica; Renata Mahmutovič, dipl.m.s.
- 11.00 - 11.15 Odmor
- 11.15 - 11.30 Posebnosti poroda pri odvisnicah od nedovoljenih drog v porodnišnici Ljubljana
Anže Čeh, dipl.bab.
Gordana Njenjič, m.s.babica
- 11.30 - 11.45 Dojenje otoka pri materi odvisni od psihoaktivnih snovi
Cvetka Skale, dipl.m.s.
- 11.45 - 12.00 Razprava in zaključek teme: Otrok z abstinenčnim sindromom
- 12.00 - 12.15 Odmor

II:SKLOP: MLADOSTNIK IN NEDOVOLJENE PSIHOAKTIVNE SNOVI

Moderatorji: *Ivica Brumec, Zlatan Turčin*

- 12.15 - 12.30 Zdravstvena nega družine odvisne od nedovoljenih psihoaktivnih snovi
Anica Vogel, dipl.m.s.
- 12.30 - 12.45 Obravnava mladostnika odvisnega od nedovoljenih psihoaktivnih snovi
Zlatan Turčin, dr.med.,spec.ped.
- 12.45 - 13.00 Pregled zastrupitev pri otrocih sprejetih na otroški oddelek splošne bolnišnice Jesenice
Jožica Trstenjak,dipl.m.s.; Maja Smolej, zt
- 13.00 - 13.15 Uporaba drog med šolsko populacijo v mestni občini Nova Gorica
Tanja Pipan,univ.dipl.polit.; Tanja Šavli, univ.dipl.soc.ped.
- 13.15 - 13.30 Mladinski program za promocijo zdravja »To sem jaz«
Petra Šafran, univ.dipl. soc.
- 13.30 - 13.45 Razprava in zaključek teme: Mladostnik in nedovoljene droge
- 13.45 - 15.30 Odmor za kosilo



III. SKLOP: IZKUŠNJE PRI REŠEVANJU ODVISNOSTI OD NEDOVOLJENIH PSIHOAKTIVNIH SNOVI

Moderatorja: *Milena Frankič, Beisa Žabkar*

- 15.30 – 15.45 Izvajanje preventivnih programov preprečevanja zasvojenosti v mestni občini Nova Gorica
Tanja Pipan, univ.dipl.polit.; Tanja Šavli, univ.dipl.soc.ped.
- 15.45 – 16.00 Na robu prepada
Danica Jazbec, dipl.m.s.
- 16.00 – 16.15 Razvijanje pozitivnega samovrednotenja otrok in mladostnikov
Sanda Mesič Jurin, univ.dipl.psih.
- 16.15 – 17.00 Poti k sprostivni
Biserka Marušič, raz.uč.; inst. shen qi
- 17.00 Sestanek izvršilnega in razširjenega odbora sekcije
- 19.00 – 20.00 Medicinska sestra in prosti čas
Društvo študentov Alcatraz Visoke šole za zdravstvo Izola
Gordana Kočever, zt
Večerja

PETEK 20.10.2006

IV. SKLOP: KONTINUIRAN RAZVOJ PEDIATRIČNE ZDRAVSTVENE NEGE Z MEDNARODNO UDELEŽBO

- 09.00 – 09.20 Predstavitev sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji Srbije
Dijana Otasević, viš.med.ses.
- 09.20 – 09.40 Izdelava standarda
Darja Plank, prof.zdrav.vzg.
- 09.40 – 10.00 Odmor
- 10.00 – 13.30 **DELAVNICE**
- Intravenozna aplikacija zdravila v okviru standarda
Darja Plank, prof.zdrav.vzg.
- Handling rokovanje z otrokom v Splošni bolnišnici Murska Sobota
Gabrijela Gaber, dipl.m.s.; Alenka Karlovčec, dipl.m.s.
- Varovalni ukrepi s pomočjo pasov segufix
Ivica Brumec, dipl.m.s.
- Ocena otroka z abstinenčnim sindromom
Monika Damjan, zt; Danijela Humar, zt
- Raziskovalno delo v pediatrični zdravstveni negi s podporo informatike
Beisa Žabkar, dipl.m.s, univ.dipl.org.; Prof. Marijan Koren, univ.dipl.oi.
- 13.30 Zaključek srečanja

ORGANIZACIJSKI ODBOR: Ivica Brumec, Jožica Mikec, Andreja Doberšek, Anica Vogel, Jožica Trstenjak, Gabriela Gabor, Irena Baša, Andreja Černetič, Doroteja Dobrinja, Kati Marsetič in Beisa Žabkar.

Povezovalka programa: Metka Žugelj

Predsednica sekcije: Beisa Žabkar



I. SKLOP

ABSTINENČNI SINDROM



NOVOROJENČKI ROJENI OD OPIATOV ODVISNIM MATERAM

*Irena Cetin-Lovšin, dr. med.,
predstojnica Oddelka za pediatrijo Splošne bolnišnice Izola,
predavateljica predmeta Pediatrija na Visoki šoli za zdravstvo Izola.*

IZVLEČEK:

Opiati so snovi, ki jih zaradi močnega analgetičnega učinka že dolgo uporabljamo v medicini. Poleg analgezije imajo na organizem številne druge učinke, ki povečajo občutek ugodja. Stalna prisotnost v celicah povzroči porušeno ravnovesje mediatorjev, kar vodi v odvisnost, nenaden padec snovi v telesu pa povzroči povečano vzdraženost centralnega in avtonomnega živčevja, kar imenujemo odtegnitveni ali abstinenčni sindrom. Otrok, ki je bil v času nosečnosti izpostavljen opiatom ima lahko različne posledice. Zaradi učinka drog na krvne žile posteljice in nedohranjenosti matere zaostaja v rasti, zaradi tveganega življenjskega sloga matere lahko pride do prenosa nevarnih okužb z virusi HIV, hepatitisi B, C, bakterijami, večje je tveganje za prezgodnjegi porod, po rojstvu pa nenaden padec droge v otrokovi krvi povzroči odtegnitveni sindrom.

Opisan je primer otroka z odtegnitvenim sindromom, njegova prepoznavna in zdravljenje, podane so tudi izkušnje in rezultati zdravljenja otrok s tem sindromom v porodnišnici Splošne bolnišnice Izola med leti 1998 in 2006.

UVOD

L.1860 je Sydenham zapisal: Od vseh zdravil, ki jih je Bog poslal na zemljo, da bi človeka odrešil trpljenja, ni nobeno tako učinkovito in univerzalno kot opij. Verjetno tedaj še ni slutil, koliko gorja bo prav to zdravilo v kasnejših obdobjih povzročilo človeštvu....

Učinki opiatov in abstinenčni znaki pri uživalcih drog so bili poznani že v 18. stoletju, šele v sedemdesetih letih 20. stoletja pa so se pričeli sistematično ukvarjati s posledicami, ki jih imajo droge na plod in novorojenčka, ki je bil v času nosečnosti izpostavljen njihovim negativnim učinkom. Z novejšimi preiskavami, kot so magnetna resonanca in pozitronska emisijska tomografija so ugotovili, da nastanejo v možganih ploda, izpostavljenega nekaterim drogam tudi strukturne spremembe, ki se kažejo v zmanjšanju števila nevronov v možganski skorji. Ni pa še povsem znano, kakšen vpliv imajo te spremembe pomenijo na kasnejši razvoj otroka.

Namen članka je opozoriti na naraščajoči problem odvisnosti od nedovoljenih drog, zlasti heroina v nosečnosti ter na nevarnosti, ki jih ta odvisnost pomeni za plod in kasneje za novorojenčka.

PRIKAZ PRIMERA

L. 1997 je v porodnišnici v Kopru rodila 39-letna mulatka. To je bila njena 3. nosečnost, 3. porod. Pred tem je 2X rodila v Ljubljani, zdravi deklici, 3150g in 3100g. V tej nosečnosti ni hodila na preglede, termin poroda ni bil zanesljiv, po navedbah matere, naj bi bila noseča 39 tednov. Povedala je, da je sicer zdrava in da se je v nosečnosti dobro počutila.

Porod je potekal brez zapletov, rodila je dečka, s porodno težo 2570 g (pod 5. percentilo za gestacijsko starost), obsegom glavice 33cm, oceno po Apgarjevi 10/10, bil je rožnat, ocenjena gestacijska starost 38-39 td.

8 ur po rojstvu je postal otrok nemiren, razdražljiv, veliko je jokal, jok je bil cvileč. Občasno je kihnil, imel je izrazit tremor okončin, dihal je nekoliko hitreje, brez napora. Srčna akcija je bila ritmična, s frekvenco. 160-170/min. Laboratorijski izvidi krvi so pokazali nižje vrednosti krvnega sladkorja, sicer so bili v mejah normale. Parametri vnetja so bili negativni, odvzete kužnine so ostale sterilne, ultrazvok (UZ) centralnega živčnega sistema (CŽS) ni pokazal krvavitev ali drugih nepravilnosti. EKG je bil normalen za starost, na rentgenski sliki pljuč tudi nismo ugotavljali posebnosti.

Ko smo mu poizkušali dati piti glukozo, je vse izbruhal. V naslednjih dneh je izstopal pedvsem močno povišan mišični tonus, izrazito pojačan Morojev refleks, otrok je malo spal, imel tremor okončin, ki je



bil zlasti izrazit pri premikanju, previjanju, občasno je imel povišano temperaturo do 38 st. C, bil je neprehranljiv, ker je ob vsakem poizkusu hranjenja bruhal. Odvajal je tekoče blato.

3.dan smo izvedeli, da je mati okužena s hepatitisom C, posumili, da je uživalka drog in opravili urinski test, ki je pokazal prisotnost heroina, metadona in THC.

Otroka smo pričeli zdraviti s Phenobarbitonom, v začetku je potreboval parenteralno prehrano, nato smo ga začeli hraniti po nazogastrični sondi z adaptiranim mlekom s kaloričnimi dodatki. Postopno se je umiril, pričel jesti in napredoval na teži. Odpuščen je bil v starosti 1 meseca (31.dan), s težo 3210g, še vedno je bil zelo razdražljiv, veliko in cvileče je jokal, bil hipertoničen, kasneje je bil vključen v program nefrofizioterapije v ambulanti za rizične novorojenčke.

Otrok je star 9 let, v rejo ga je vzela babica, živi na tolminskem in ima v šoli predvsem težave z vedenjem, prilagajanjem in koncentracijo, ob normalnih intelektualnih sposobnostih. Razlog: droga???

Življenjske razmere???

UČINKI OPIATOV

Opiati se vežejo na opiatne receptorje, kar povzroči spremembe nekaterih mediatorjev (cAMP, dopamin) in s tem zmanjšano vzdražljivost celice. Učinki v CZS so: analgezija, zaspanost, evforičnost, pomirjenost; v prebavnem traktu se upočasnijo prebava, delujejo pa tudi na imunski sistem, povzročajo krčenje gladkih mišic v dihalih... Učinke izkoriščamo zlasti pri analgeziji, pomiritvi kašlja, ?driskah...

Stalna prisotnost opiatov povzroči vzpostavitev spremenjenega ravnovesja v celicah in s tem potrebo po nadaljnji prisotnosti droge za normalno delovanje celic -odvisnost. Če droge v taki celici zmanjka, nastane povečana vzdražljivost celic z neprijetnimi učinki, ki jih imenujemo odtegnitveni sindrom.

Droge, ki so prisotne v materinem krvnem obtoku, prehajajo skozi posteljico in učinkujejo na plod.

Zaradi tveganega življenja matere, slabše prehranjenosti, socialnih razmer, okužb in pa zaradi direktnega učinka opiatov na krvne žile posteljice, obstaja pri noseči odvisnici večja nevarnost prezgodnjega poroda, rojstva otroka z nizko porodno težo, intrauterinih okužb, zlasti z virusi hepatitisa B in C, HIV.

Razvijajoči možgani so na toksične učinke drog bolj občutljivi od odraslih. Z novejšimi preiskavami (pozitronska emisijska tomografija-PET, magnetna resonanca-MR), so ugotovili zmanjšano koncentracijo nevronov v možganski skorji novorojenčkov izpostavljenim opiatom v fetalnem življenju.

Po porodu, ko s prekinitvijo popkovnice koncentracija opiatov v krvi novorojenčka pade, se razvije stanje pretirane vznemirjenosti, ki pa ima lahko ob neprepoznavanju in nepravilnem zdravljenju hude posledice.

ZNAKI NEONATALNEGA ABSTINENČNEGA SINDROMA

Centralni živčni sistem (CZS)

- nespečnost (krajše epizode spanja med hranjenji)
- razdražljivost, cvileč jok
- tremor, pov. mišični tonus, pojačan Morojev refleks
- krči

DIHALA

- povečana frekvenca dihanja
- dihanje z nosnimi krili
- kihanje
- zamašen nos

AVTONOMNI Ž. SISTEM (stimulacija vagusa)

- pov. telesna temperatura
- znojenje
- težave pri sesanju (neuskkljenost med sesanjem in požiranjem)
- bruhanje
- driska

Težave se pojavijo pri 60% novorojenčkov, ki so bili izpostavljeni opiatom, simptomi pa so odvisni od koncentracije opiatov v materini krvi. Pri zasvojenosti s heroinom nastopijo težave že po nekaj urah, pri metadonu pa se navadno pojavijo po 48-72 ur po rojstvu, lahko pa tudi po 7-10 dneh.



DIFERENCIALNA DIAGNOZA

Podobne znake lahko opazujemo pri novorojenčku s sepso, perinatalno hipoksijo, možganskih krvavitvah, nekaterih prirojenih razvojnih nepravilnostih, metabolnih motnjah...

ZDRAVLJENJE

Najprej ocenimo stanje novorojenčka s točkovnikom po Finnegan-ovi. (pregled ponavljamo 2X dnevno ali vsake 4 ure, če je otrok nestabilen).

Otroka negujemo v mirnem, po možnosti zatemnjenem okolju, posteljnina mora biti mehka, brez grobih robov.

Pomemben je vnos tekočin, dovolj kalorij, skrbna nega kože in veliko pestovanja.

Dojenje vzpodbujamo pri materah na Metadonu, ki ne uživajo drugih snovi in ki so HIV negativne.

Vprašanje prenosa virusa hepatitisa C pri materah, ki imajo v krvi virusni antigen še ni povsem razčiščeno.

ZDRAVILA

Glede na točkovno oceno po Finnegan-ovi se odločimo za zdravljenje z zdravili:

Phenobarbiton je učinkovit za pomiritev otroka in zdravljenje krčev, nima učinka na prebavni sistem in sesalni refleks. Zaradi ozke terapevtske širine je potrebno preverjati nivo zdravila v krvi, da ne prekoračimo priporočene koncentracije.

Morfijev-sulfat (MoSO₄) oz. morfijev klorid (MoCl): raztopina je na voljo za peroralno in intravenozno uporabo. Je bolj učinkovit pri obvladovanju narkotičnega abstinenčnega sindroma, odmerjanje je preprosto.

Dozo znižujemo na 3-4 dni, glede na znake.

Priporočljivo je, da po odpustu iz porodnišnice o stanju otroka in matere seznanimo socialno službo, patronažno sestro, ki bo otroka obiskovala in lečečega pediatra. Navadno so ti otroci vključeni v program fizioterapije in nadaljnega nadzora v ambulanti za rizične novorojenčke.

NAŠE IZKUŠNJE:

Na neonatalnem oddelku izolske bolnišnice smo v letih od 1998 do januarja 2006 obravnavali 43 novorojenčkov (približno 1%), rojenih materam, ki so priznale uživanje opiatov v nosečnosti. Vse so bile pred nosečnostjo odvisne od heroina, v nosečnosti ali tik pred tem pa so se vključile v metadonski program zdravljenja.

REZULTATI

3 od 43 otrok (0,3 %) so bili rojeni pred 37. tednom gestacije, pri vseh je bila ocena po Apgarjevi nad 8, tako po prvi kot po 5 minutah. 10 (23%) je bilo zahirančkov - porodna teža pod 10.p. za gestacijsko starost, obseg glavice je bil pri vseh normalen.

3 novorojenčki so imeli manjše prirojene napake (1-hidronefrozo, 1 cistično tvorbo v trebuhu. 1 palatoshizo).

Pri 27(63%) smo opazovali znake odtegnitvenega-abstinenčnega sindroma. Zdravljenje je potrebovalo 17 otrok. Do leta 2000 smo za zdravljenje uporabljali Phenobarbiton, kasneje pa peroralne morfinske pripravke. Odmerek zdravila smo prilagajali glede na točkovno oceno stanja otroka po Finneganovi. Dojenje smo odsvetovali materam, ki so bile okužene s hepatitisom C, tistim, z zelo visokimi odmerki Metadona in materam, ki so poleg Metadona uživale še druge droge. HIV pozitivnih mater nismo imeli. V porodnišnici je vsaj delno dojilo 25 mater.

Pri vseh novorojenčkih smo opravili UZ glavice, pri nobenem nismo ugotavljali anomalij, krvavitev ali drugih nepravilnosti, v EEG pa smo pri polovici novorojenčkov ugotovili prehodne spremembe, ki jih čez nekaj mesecev ni bilo več zaznati.

Povprečno trajanje hospitalizacije teh otrok je bilo 13,5-dni (4-30).

Po odpustu smo jih usmerili v ambulanto za rizične novorojenčke zaradi nadaljnega sledenja.

ZAKLJUČEK

Poznavanje učinka drog na mater in razvijajoči se plod je ključnega pomena za izid nosečnosti. Prepoznavna in zdravljenje abstinenčnega sindroma novorojenčku olajšata težave in preprečita življenjsko nevarne komplikacije.

Med našimi novorojenčki smo ugotavljali večje število zahiranih, medtem ko pojavnost nedonošenih otrok ali otrok s prirojenimi anomalijami ni bila večja od običajne. Prav tako z nam dostopnimi diagnostičnimi sredstvi (UZ, EEG) nismo dokazali negativnih strukturnih posledic na centralni živčni sistem novorojenčka.

Po odpustu iz porodnišnice je pri taki otrocih pomembno sledenje razvoja, prav tako pa timska obravnava in pomoč celotni družini. Na kasnejši razvoj otrokove osebnosti namreč ne vplivajo samo droge, ki so delovale v času nosečnosti, temveč tudi okolje in razmere, v katerih bo otrok po rojstvu živel.

Literatura

1. Pietras N: *Drug addiction: A brain disease?*: <http://serendip.brynmawr.edu/bb/neuro/neuro02/web1/npietras.html>
2. Amiel-Tison C, Pettigrew AG: *Adaptive changes in the developing brain during intrauterine stress*; *Brain Dev.* 1991; 13(2):67-76
3. Doberczak, T.M., Kandall, S.R., Friedman, P.: *Relationships between maternal methadone dosage, maternal-neonatal methadone levels and neonatal withdrawal*; *Obstetrics and Gynecology*, 81:936-940, 1993
4. Lovrenčič, M.: *Nacionalno poročilo odrogah*; 2003: http://www.sigov.si/ivz/ogl_deska/spor_javnost/nac_por_03.htm
5. K Johnson, C Gerada, A Greenough: *Treatment of neonatal abstinence syndrome*; *Arch Dis Child; Fetal and Neonatal Edition* 2003; 88:F2-F5
6. Barry M. Lester, ed: *Clinics in Perinatology*. W B Saunders co; 1999 March; 26(1):2-243
7. Stimmel B; Kreek MJ: *Neurobiology of addictive behaviors and its relationship to methadone maintenance*; *Mt Sinai J Med* 2000 Oct-Nov; 67(5-6):375-80
8. Autret F, Mucignat V, De Montgolfier-Aubron I: *Use of Diazepam in the treatment of opioid neonatal abstinence syndrome*; *Arch Pediatr.* 2004 Nov; 11(11):1308-1313.
9. Berger E, Elstner T, Fiala-Preinsperger S: *Follow-up of children born to drug-dependent mothers*; *European J Ped Neurol* 2000; 4:N5



ZDRAVSTVENA NEGA NOVOROJENCA Z ABSTINENČNIM SINDROMOM

Doroteja Dobrinja, dipl.m.s.

Splošna bolnišnica Izola – otroški oddelek, Polje 37 A

IZVLEČEK

V Sloveniji in drugje po svetu beležimo vse večje število zasvojenih oseb. Gre za večinoma mlajšo populacijo, zato je pojav nosečnosti med dekleti pričakovan. Otroci zasvojenk so že intrauterino izpostavljeni negativnim učinkom drog. Številne možne težave se pokažejo po rojstvu. Zelo pomembna komponenta podpornega zdravljenja je zdravstvena nega novorojenčka in zdravstvena vzgoja otročnice.

UVOD

V sodobnem času se vse pogosteje srečujemo z različnimi oblikami zasvojenosti. Število evidentiranih uporabnikov drog v Sloveniji je v letu 2004 poraslo na 2902, vendar je število nedvomno veliko večje. Med uživalkami nedovoljenih drog so tudi dekleta, ki zanosijo. Večina teh nosečnosti je nezaželenih in nenačrtovanih. Zaradi motenj menstrualnega ciklusa jih nosečnice same pozno prepoznajo in neredko prikrivajo. Živijo v slabih socialnoekonomskih pogojih in večkrat opravljajo dela, ki plodu škodujejo (med drugim tudi prostitucija).

Vsem negativnim dejavnikom zasvojenosti je v nosečnosti izpostavljen še nerojeni otrok. Plod je ogrožen zaradi abstinence in predoziranja s strani matere, nastopi lahko zastoj plodove rasti, otrok je podvržen okužbam, teratogenim dejavnikom, prezgodnjemu porodu in intrauterini smrti. Po porodu lahko pri novorojenčku nastopijo težave zaradi prezgodnjega poroda, zahiranosti in s tem povezane nizke porodne teže, mekonijske aspiracije, bolezni hialinih membran, kongenitalnih malformacij ter drugih neonatalnih zapletov. Takega novorojenčka lahko imenujemo pasivni odvisnik, pri katerem se posledično večinoma razvije neonatalni abstinenčni sindrom (NAS). Poleg potrebne terapije, ki jo po navodilih zdravnika apliciramo, je za otroka pomembna ustrezna zdravstvena nega (ZN). Potrebno je sodelovanje otrokove mame, tako pri izvajanju ZN, kot pri zdravstvenem vzgojnem delovanju.

NEONATALNI ABSTINENČNI SINDROM

Včasih se znaki neonatalnega abstinenčnega sindroma (NAS) ne prepoznajo, še posebej, če porodničar in pediater-neonatolog nista seznanjena, da je mati uživalka drog. Prisotnost NAS je izraz fizične odvisnosti novorojenčka zaradi nenadne prekinitve dovajanja droge, ki mu jo je intrauterino posredovala mati. Znaki in simptomi NAS so posledica prevelike vzdraženosti centralnega živčevja, motenega delovanja prebavil in dihal ter neravnovesja vegetativnega živčevja. Mednje spadajo: razdražljivost, tremor, krči, potenje, bruhanje, driska, nespečnost, moten sesalni refleks in neuspešno hranjenje, hitro dihanje ali prekinitev dihanja v napadih, zakrčenost mišic, kihanje, solzenje. Znaki so nato prisotni ves čas adaptiranja centralnega živčnega sistema na delovanje brez prisotnosti drog. Navadno so izraženi znaki nasprotni učinku droge. Nastanek NAS je pogojen z izpostavitvijo otroka v maternici heroinu, metadonu, ostalim opiatom ter neopiatnim sredstvom. Nekateri avtorji ugotavljajo pomembno povezavo med stopnjo odtegnitvenih znakov in odmerkom metadona v nosečnosti, medtem, ko drugi raziskovalci v novejših raziskavah te povezave niso našli.

KLINIČNA SLIKA

Približno pri 60-90% otrok, ki so intrauterino izpostavljeni drogam se razvije NAS, vendar jih le 50-75% potrebuje farmakološko zdravljenje. Terapijo pogosteje potrebujejo novorojenčki, ki so bili izpostavljeni metadonu.

Večina znakov je enakih ne glede na vrsto droge. Začetek, trajanje ter intenziteta NAS pa so odvisni od vrste droge, časa in doze zadnjega uživanja ter hitrosti metabolizma droge pri novorojenčku. Takoj po rojstvu znaki NAS navadno niso prisotni, lahko se razvijejo že v prvih dveh urah življenja, verjetneje



pa v 24-48 urah (heroin), ali šele v 7-10 dneh (metadon). Subakutni NAS, za katerega so značilni nemir, razdražljivost, tremor in motnje v spanju pa lahko traja še 3-6 mesecev po porodu.

Znake NAS lahko razdelimo v 5 skupin:

Centralni živčni sistem:

hiperaktivnost
hiperiritabilnost (pretirana jokavost)
povišan mišični tonus
pretirano živahni kitni refleksi
tremor
krči
pretirano kihanje, zehanje in kolcanje
kratak nemiren spanec
nekoordiniran sesalni refleks
povišana telesna temperatura

Dihala:

tahipnea
pretirana sekrecija
respiratorna alkalozna

Gastrointestinalni trakt:

neorganizirano, hlastavo sesanje
bruhanje in polivanje
hiperfagija
driske
trebušne kolike

Vazomotorika:

»zamašen« nos
navali rdečice
pretirano znojenje, solzenje
marmorirana koža

Koža:

glutealne ekskoriacije
opraskanine obraza
točkaste abrazije

Zaradi razvoja NAS lahko pri novorojenčku pride do prevelike izgube telesne teže ali do upočasnjenega pridobivanja telesne teže, kar je posledica nekoordiniranega sesanja in požiranja, ki lahko privede do aspiracije hrane. Novorojenčki, intrauterino izpostavljeni psihostimulansom, kot so kokain ali amfetamin (ecstasy), ne razvijejo fizične odvisnosti in NAS. Lahko pa se pri teh otrocih razvije prehodna razdražljivost in tremor ter le v redkih primerih krči ali cerebrovaskularni insulti. Pri 50% teh otrok beležimo nepravilnosti v EEG, ki pa se v prvih šestih mesecih življenja normalizira.

Med poznimi učinki drog nekatere raziskave omenjajo »Sindrom nepojasnjene nenadne smrti dojenčka«. Opisane so tudi kasnejše motnje v razvoju, ki se kažejo z motnjami v vedenju in učenju, vendar lahko le te pripišemo tudi okolju, v katerem otrok živi.



DIAGNOSTIKA NAS

Ustrezno zdravljenje novorojenčka pasivnega odvisnika temelji na pravilni in pravočasni diagnozi odvisnosti:

- anamneza in heteroanamneza materine odvisnosti,
- testi na presnovke drog iz urina (potrebno je 20 ml urina) in mekonija otroka (presnovki drog so v mekoniju prisotni dlje časa in je zato detekcija bolj zanesljiva),
- ker vemo, da nastop, trajanje in izraženost NAS niso predvidljivi, priporočamo oceno otroka po tabeli, ki jo uporabljamo za spremljanje nastopa, razvoja in spontanega pojemanja ter odgovora na zdravljenje NAS. Otroka ocenjujemo v periodičnih časovnih presledkih glede na razvoj in razsežnost NAS.

Diferencialno diagnostično je potrebno izključiti hipertiroidizem, možgansko krvavitev, obporodno hipoksijo, hipokalcemijo, sepsa in neopiatni NAS, ki so dokaj pogoste bolezni v zgodnjem novorojenčkovem obdobju.

Glavno vodilo pri določanju odmerka zdravila naj bi bila stopnja odtegnitvenih znakov, katero izračunamo s pomočjo tabele po Finneganovi.

Tabela 1. Predstavlja neonatalne abstinenčne znake - točkovni sistem (povzeto po Finnegan, L.P. Neonatal abstinence syndrome: assessment and pharmacology. V: Rubatelli, F.F., and Granati, L., eds. Neonatal Therapy: An Update. New York: Expertica Medica, 1986).

Kadar seštevek točk presega 8 v treh zaporednih ocenjevanjih, ali če je povprečno število doseženih točk v treh ocenjevanjih 8 ali več, začnemo z zdravljenjem.

Prikazana tabela je doživela številne modifikacije in poenostavitve, v bistvu pa v taki ali prilagojeni obliki ostaja koristen pripomoček pri ovrednotenju opazovanja novorojenčka in s tem sprejemanju odločitev.

Tabela 1

Ime in priimek: _____

Datum: _____

Datum rojstva: _____

Znaki/simptomi	Št. točk	Dopoldne	Popoldne	Pripombe
pretiran jok	2			
nepretrgan jok				
spanje < 1 uro	3			
spanje < 2 uri	3			
spanje < 3 ure po jedi	1			
pojačan Moro-jev refleks	2			
	3			
tremor-prekinjen	1			
	2			
tremor-prekinjen	3			
	4			
hipertonus	2			
ekskoriacije	1			
mioklonični krči	3			
generalizirane konvulzije	5			
potenje	1			



Znaki/simptomi	Št. točk	Dopoldne	Popoldne	Pripombe
temperatura 37-38 st. C	1			
temperatura 38 st. C in več	2			
zehanje (>3-4)	1			
marmorirana koža	1			
nosna hiperemija	1			
kihanje (>3-4)	1			
dihanje z nosnimi krili	2			
dihanje >60/min	1			
dihanje >60/min z retrakcijami	2			
močno sesanje	1			
neješčnost	2			
polivanje	2			
bruhanje	3			
driska	2			
vodeno blato	3			

ZDRAVLJENJE NAS

Znaki NAS so posledica vzdraženosti centralnega živčevja. Cilj zdravljenja je pomiritev dojenčka ob čim manjši sedaciji. Za doseg tega je priporočljiv predvsem morfij in fenobarbiton ali kombinacija obeh po shemi, glede na izraženost odtegnitvenih znakov.

Vse neonatalne zaplete in bolezni, ki nastopijo pri novorojenčku matere, ki uživa droge, zdravimo enako kot pri ostalih novorojenčkih. Pomembno je podporno zdravljenje, ki ga nudimo s pomočjo ustrezne zdravstvene nege.

ZDRAVSTVENA NEGA NOVOROJENČKA Z NAS

Pri obravnavi novorojenčka z NAS nam je v pomoč teorija Virginije Henderson, saj je pristop celosten in individualen. Cilj Virginije Henderson je pomoč posamezniku v izvajanju aktivnosti, ki pripomorejo k zdravju in katere bi sam opravil, če bi za to imel dovolj moči volje ali znanja. Negovalni problemi so rezultat analize podatkov o stanju novorojenčka z NAS. Odstopanja od opravljanja štirinajstih življenjskih aktivnosti predstavljajo negovalne diagnoze. Končno vrednotenje nam prikaže uspešnost zdravstvene nege.

Globalni cilj zdravstvene nege je zdrav in zadovoljen otrok, ki pridobiva telesno težo, se razvija in raste. Zdravstvena nega otroka z NAS je zelo zahtevna. Medicinska sestra, ki je ob njem mora biti dobra opazovalka, da pomembne informacije o stanju novorojenčka pravočasno posreduje zdravniku. V vseh intervencijah, ki jih pri otroku izvajamo je potrebna nežnost in izkušnost. Izogibamo se ropotu, glasnemu govorjenju ali celo kričanju. Včasih k pomiritvi otroka pripomore nežna glasba. Prostor v katerem otrok leži je slabo osvetljen. Močnejšo svetlobo uporabimo le pri izvajanju nekaterih diagnostično terapevtskih postopkih. Otrokovo ležišče je posebej oblazinjeno, udobno in mehko. Otroku redno spreminjamo položaj in ga udobno podpremo, kar mu nudi občutek varnosti.

Ob oteženem dihanju, mu zvišamo vzglavje in ga v predelu lopatic podložimo. Zaradi temperaturne nestabilnosti otroka, omogočimo primerno temperaturo (med 31-36 st. C v inkubatorju, sobna okrog 24 st. C). Če se novorojenček nahaja v inkubatorju nastavimo višjo vlažnost zraka.

Otroke pri katerih je možno pestovanje, raje pestujemo v navpičnem položaju, kar pozitivno deluje na prebavila in pripomore k umiritvi otroka. Pri otroku izvajamo le eno dejavnost naenkrat; ali mu prigovarjamo, ali ga pestujemo, ali ga božamo. Tako ga ne vznemirjamo in nanj delujemo pomirjujoče.

Novorojenček z NAS je v večji meri potrjen možnosti okužbe, pomembno je pravilno rokovanje in zadostna higiena rok vseh, ki so z njim v stiku. Pri zelo nemirnem otroku preprečimo opraskanine tako, da mu nadenemo zaščitne rokavičke.

Posebna pozornost je namenjena prehranjevanju novorojenčka z NAS. Uspešno dojenje naj bi



preprečevalo pojav NAS, ali ga vsaj močno ublažilo, čeprav še obstajajo nesoglasja, ali je dojenje ob hkratnem jemanju metadona priporočljivo. Mati lahko doji kljub visokim odmerkom metadona. Po sedanjih doktrini kateri sledijo v ginekološki kliniki v Ljubljani, dojenje v celoti odsvetujejo le pri infekciji s HIV, pri aktivni tuberkulozi in začasno pri svežih herpetičnih lezijah na koži dojke. Zaradi različnih medicinskih indikacij prisotnih pri otroku, dojenje včasih ni možno. Motnje sesanja lahko povzroči terapija, ki jo otrok prejema (fenobarbiton). V tem primeru se poslužujemo hranjenja preko nasogastrične sonde ali s pomočjo brizge direktno v usta. Pri hranjenju otrok z NAS je potrebna velika strpnost zaradi nekoordiniranega sesanja in požiranja. Možna je aspiracija. Priporočljivi so manjši, večkratni odmerki hrane tekom dneva. Hranjenje večkrat prekinemo in omogočimo izpraznitev zraka iz želodca. S tem se lahko izognemo polivanju ali bruhanju.

Pomembna je ustrezna osebna higiena novorojenčka. Redno ga previjamo in nanašamo zaščitno mazilo. Posebej smo pozorni na predele kože, ki so lahko pobruhani in anogenitalne predele ob pojavu diaree med simptomi NAS.

Poleg strokovne ZN, novorojenček z NAS potrebuje veliko ljubezni, občutek varnosti, nežnosti, topline in potrpljenja. Vse naštetu mu skušamo ponuditi zdravstveni delavci v čim večji meri, vendar kljub temu ne moremo nadomestiti matere.

ZDRAVSTVENA VZGOJA MAMICE NOVOROJENCA Z NAS

Celostna ZN novorojenčka z NAS pomeni, da je v vse procese vključena otrokova mati. K boljšim rezultatom pripomore zdravstveno vzgojno usmerjanje že v obdobju nosečnosti. Raziskave so pokazale, da so se novorojenci, katerih matere so v nosečnosti uživale metadon in obiskovale zdravstvene centre, rodili z večjo porodno težo ter da je prišlo do manj prezgodnjih porodov in drugih zapletov.

Po porodu z otročnico vzpostavimo ustrezen odnos, ki naj temelji na obojestranskem zaupanju in spoštovanju. Zdravstveni delavci skušamo biti do droge in njenih uporabnikov tolerantni. Sprejeti jih moramo kot bolnike, ki potrebujejo našo pomoč, razumevanje in ne obsojanje, kar pa ni lahko. Otresimo se predsodkov in materi, ki bo sedaj skrbela ne samo zase, temveč še za svojega otroka, nudimo kar se da humano, strokovno in učinkovito ZN, predvsem pa zdravstveno vzgojo.

V procesu ZN je primerno uporabiti teorijo Hildegard E. Peplau. Temelji na medosebnem terapevtskem odnosu, ki se vzpostavi med medicinsko sestro (MS) in varovancem. Tesno sodelujeta v vseh procesih zdravljenja, kar pri obeh doprinese k osebnostnemu razvoju, vendar od MS zahteva veliko znanja. Medosebni terapevtski odnos se razvija preko štirih faz: faza orientacije, identifikacije, interakcije in razrešitvena faza. Vse štiri faze lahko uspešno integriramo v proces ZN. Faza orientacije se prekriva z ugotavljanjem v procesu ZN. Varovanec se seznanja z MS in okoljem, nastopi medsebojno spoznavanje in ugotavljanje potreb, katere bo reševal ob pomoči MS. To nas pripelje v fazo identifikacije, ki se nadaljuje z jasno sliko varovanca, kaj se z njim dogaja. Varovanec išče rešitve in s pomočjo MS opredeli načrt in planira, kako jih bo uresničil z uporabo vseh virov. V fazi interakcije varovanec že sam išče odgovore na negovalne probleme in skupaj z MS izvajata proces ZN. Vendar mora varovanec za prehod v razrešitveno fazo postati samostojen in se sam spoprijeti s problemi, kar predstavlja zaključek in ga lahko po procesu ZN ovrednotimo. Jedro ZN je odnos, ki se vzpostavi med varovanko in MS. MS v tem primeru vzpodbuja, vodi in svetuje varovanki, kako reševati ugotovljene probleme. V prvi fazi orientacije pride do snidenja MS in varovanke. Največkrat se to zgodi ob prvem obisku matere pri novorojencu v enoti intenzivne nege. Odzivi mamice so različni. Včasih nema tišina ali pa jok in ihtenje. MS prevzame vlogo osebe, ki posreduje primerne in dovoljene informacije. Potrebna je zadostna taktčnost in opazovanje. Prisluhniti moramo njenim vprašanjem in pazljivo izbirati odgovore.

V fazi identifikacije sledi priprava procesa ZN in program zdravstvene vzgoje. Otrokovo mater poučimo o pomembnosti iskrenih informacij, ki se nanašajo na uživanje metadona oziroma ostalih nedovoljenih drog, kar je pomembno za zdravje in terapijo njenega otroka. Podučimo jo, kako naj otročka rokuje, neguje, hrani in vzljubi.

Upamo in želimo si, da varovanka spozna, kaj je najbolje za njenega otroka in zanjo. Pri MS, ki jo spretno vodi poišče samo še potrditev. Znajde se v interakcijski fazi, v katero vključi tudi njene bližnje. Želimo si, da se odloči za prekinitve odvisnosti in popolno ozdravitev. To pa je največ kar lahko ovrednotimo v razrešitveni fazi.

ZAKLJUČEK

Odvisnost je danes del vsakdanjika. Z njo se srečujejo zdravstveni delavci na različnih področjih, med katerimi je tudi neonatologija. Zelo težko je bdeti nad komaj rojenim drobnim, nebogljenim bitjem, ki trpi in potrebuje našo pomoč, brez občasnega občutka jeze. Vendar je poslanstvo ZN tudi v tem, da sprejemamo ljudi za to kar so, smo tolerantni in skušamo razumeti. Razumeti, da je današnji svet zahteven in nepopustljiv. Mlada ženska, ki je že prej živela v stiski, s kupom problemov, postane mati z vsemi težavami in radostmi, ki jih nov položaj doprinese. Pomagajmo ji vsaj toliko, da pozdravimo otroka odvisnosti. Mlado mamico skušajmo naučiti, kako naj skrbi in neguje otroka, kako naj ga vzljubi in mu pomaga odrasti v močnejše bitje, kot je ona sama.

Literatura

1. Bohinc M, Cibic D. *Teorija zdravstvene nege*. Ljubljana: Didakta, 1995.
2. Bregant L. *Ali je dojenje varno tudi pri jemanju visokih odmerkov metadona (Prikaz primera)*. *Odvisnosti* 2000; 1-2: 36-38.
3. Finnegan L. *Challenges in the assessment and treatment of drug dependent women of childbearing age*. *Odvisnosti* 2000; 1-2: 33-35.
4. Grund J, Coffin P. *Inovativna politika kot odgovor na porajajoče se probleme v zvezi z drogami...* *Mreža drog* 1997; 5: Suppl 2-4: 8-19.
5. Harper R, Solish G, Feingold E. et al. *Maternal ingested methadone, body fluid methadone and the neonatal withdrawal syndrome*. *Am J Obstet Gynecol* 1977; 129: 417-24.
6. Hojer S. *Zdravstvena nega otroka*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 1994.
7. http://www.ivz.si/javne_datoteke/551-Podatki_o_uporabnikih_drog.DOC 2006
8. Kaltenbach K, Berghella V, Finnegan L. *Opioid dependence during pregnancy: Effects and management*. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998; 25: 169-94.
9. Kaltenbach K, Comfort ML. *Methadone maintenance of greater than 80 mg during pregnancy*. *NIDA Res Monogr* 1997; 174: 128.
10. *National Association of Neonatal Nurses. Nursing Management of Substance-Dependent Neonatal Self-Study Course*; <http://216.247.120.67/nann.htm>
11. Novack A. *Neonatal Abstinence Syndrome-Clinical Presentation and Management*; <http://neonatal.peds.washington.edu/NICU-WEB/nas.stm>.
12. Zver Skomina J, Battelino T, Kastelic A. *Nujni ukrepi pri novorojenčkih rojenih materam uživalcam prepovedanih drog*. *V: Izbrana poglavja iz pediatrije* 1998; 10: 55-61.



SLEDENJE PREDŠOLSКИH OTROK ROJENIH Z ZNAKI ABSTINENČNEGA SINDROMA

*Marta Semič Maršič, dr.med.spec.ped.
Zdravstveni dom Koper
Razvojna ambulanta Koper*

AVTOR

Diplomirala sem na MF v Ljubljani l.1979. L.1988 sem zaključila specializacijo iz pediatrije in se nato izpopolnjevala iz otroške nevrologije. Zaposlena sem v ZD Koper, kjer vodim Dispanzer za predšolske otroke in Razvojno ambulanto.

IZVLEČEK

Zaradi porasta boleznih odvisnosti in zdravljenja odvisnosti od heroina z metadonom, narašča tudi intrauterina izpostavljenost drogam. Zgodnji in kratkoročni škodljivi učinki na plod in novorojenca so večinoma poznani in predvidljivi, dolgoročni učinki pa ostanejo lahko dolgo prikriti in se izrazijo šele v šolski dobi ali celo kasneje. Do sedaj je bilo objavljenih le malo raziskav, ki bi dokazale neposredne dolgoročne učinke intrauterine izpostavljenosti nedovoljenim drogam na kasnejši razvoj otrok, ker so drogam pridruženi tudi drugi neugodni dejavniki iz domačega in socialnega okolja. Sočasna in dolgotrajna izpostavljenost številnim neugodnim dejavnikom poveča tveganje za posledične okvare in razvojne motnje, zato se ti otroci uvrščajo v skupino visoko ogroženih otrok, ki potrebujejo skrbno sledenje skozi vse razvojno obdobja. Namen prispevka je opozoriti na nevarnosti, ki jih predstavljajo škodljivi učinki prenatalne izpostavljenosti psihotropnim substancam v povezavi z dejavniki okolja na otrokov razvoj.

UČINKI INTRAUTERINE IZPOSTAVLJENOSTI PSIHOTROPNIM SUBSTANCIAM

Otrokov razvoj določajo genetska predispozicija, konstitucionalni dejavniki ter vplivi okolja. Novejše nevrobiološke raziskave kažejo na genetsko nagnjenost k odvisnosti od psihotropnih substanc. Ker obstajajo razlike tudi v odzivnosti in odpornosti na škodljive vplive, nekateri otroci nimajo posledic. Verjetno je plastičnost tista razvojna posebnost, ki s sposobnostjo reparacije, regeneracije in prilagoditve otroku omogoči, da se zoperstavi škodljivim vplivom. Otroci, ki so bili intrauterino izpostavljeni drogam, so nasplošno biološko bolj ranljivi in zato bolj občutljivi na neugodne vplive iz okolja. Zato se ti otroci uvrščajo v skupino visoko ogroženih otrok.

Zdravila in substance, ki jih mati prejema v nosečnosti, večinoma prehajajo preko materinega krvnega obtoka v plod. Zapleti pri novorojenčku so povezani z okužbami, nedonošenostjo in zastojem rasti, odvisni so od vrste, kombinacije drog, doze, trajanja izpostavljenosti oziroma odtegnitve droge ter pridruženih škodljivih dejavnikov.

Patogeneza sindromov, ki se pojavljajo po intrauterini izpostavljenosti drogam je kompleksna in vključuje več mehanizmov med drugim prehranski deficit, motnjo neurotransmiterskega sistema, nevrogeneze in nevronske diferenciacije.

Kokain in opiat zvišujejo kateholamine v krvi matere in ploda, zmanjšajo pretok skozi posteljico in s tem povečajo tveganje za spontani splav, mrtvorodenost, prezgodnjo ločitev posteljice, prezgodnji porod in zastoj v rasti.

Prezgodnji porod in nedonošenost se pogosteje pojavljata pri plodu, izpostavljenemu heroinu, amfetaminom in sočasno več drogam.

Zavrta intrauterina rast je najbolj opazna pri narkotikih, kokainu, alkoholu, amfetaminih, marihuani in se kaže kot nizka porodna teža in manjši obseg glave ob rojstvu. Po rojstvu dosegajo ti otroci nižje perc. krivulje telesne teže in obsega glave, vendar kasneje večinoma normalno rastejo in pri treh letih za vrstniki ne zaostajajo.

Večja je verjetnost mekonijske aspiracije.

Teratogeni učinki so dokazani za kokain in alkohol, niso pa za narkotike.

Opijati, alkohol, barbiturati, diazepam, amfetamini in nekateri antidepresivi, ki jih dolgotrajno prejema nosečnica, povzročajo pasivno odvisnost ploda. Nenadna odtegnitev droge, ki se zgodi ob rojstvu sproži pri večini pojav neonatalnega abstinencijskega sindroma (NAS). Simptomi NAS so praviloma nasprotni od primarnega učinka droge. Ti so posledica otrokovega pretirano stimuliranega živčnega sistema v fazi prilagajanja na stanje brez droge. NAS po metadonu se pojavi običajno kasneje kot po heroinu, je lahko težji in dlje traja zaradi daljše razpolovne dobe metadona. V našem okolju je NAS praviloma uspešno in učinkovito zdravljen v porodnišnici in v kolikor ni drugih zapletov, so otroci ob odpustu brez večjih težav in posledic.

Subakutni abstinencijski sindrom opisujejo kot perzistiranje abnormne nevrološke simptomatike še nekaj mesecev po rojstvu in je verjetno posledica počasnejšega metaboliziranja narkotika.

Nevrotoksičnost opisujejo pri kokainu, alkoholu in multipli odvisnosti. Večja je verjetnost možganske krvavitve in hipoksično ishemične encefalopatije. Tretjina otrok, ki so bili prenatalno izpostavljeni kokainu, utrpí možgansko krvavitev ali možganski infarkt. Možgansko krvavitev povzroča tudi prenatalna izpostavljenost amfetaminom.

Narkotiki učinkujejo na nevrotoksinerje in s tem povzročajo nevrološko simptomatiko v okviru NAS. V obdobju dojenčka se ta nadaljuje najpogosteje kot slabo koordinirano sesanje, hiperekscitabilnost, hipertonični sindrom, razdražljivost in motnje spanja. Ti učinki so prehodni in izzvenijo večinoma do 6. meseca, razdražljivost lahko traja tudi dlje od 1 leta.

Tveganje za zgodnjo možgansko okvaro je večje pri izrazitejši in perzistentni abnormni nevrološki simptomatiki, ki ne izzveni v prvih 6. mesecih, dolgotrajno patološkem EEG-ju in če so prisotni še drugi zapleti ob in po rojstvu.

Mentalna retardacija se pojavlja v sklopu fetalnega alkoholnega sindroma.

Perzistentna pljučna hipertenzija je poleg NAS opisana pri prenatalni izpostavljenosti antidepresivom iz skupine inhibitorjev prevzema serotonina.

Nenadno nepričakovano smrt dojenčka omenjajo nekatere študije kot pogostejši dogodek v skupini otrok, ki je bila intrauterino izpostavljena narkotikom, vendar direktno vzročno povezavo izključujejo.

SLEDENJE OTROK , KI SO BILI PRENATALNO IZPOSTAVLJENI DROGAM

Bolezni odvisnosti od psihotropnih snovi so povezane s številnimi škodljivimi dejavniki okolja. Noseča odvisnica in mati živi tvegano, v neugodnem socialnem okolju, jemlje sočasno več drog, kadi in uživa alkohol, je podhranjena. Nosečnosti so visoko tvegane, pogosto neplanirane, partnerske zveze nestabilne. Pogostejša je okužba z virusi hepatitisa B,C in HIV. Odvisniki imajo pogosto osebne težave, zato težje sledijo otrokovim razvojnim potrebam in težje izpolnjujejo svojo starševsko vlogo. Pogostejša je nezaposlenost in nižja izobraženost. Neugodnim družinskim in socialnim dejavnikom je otrok pogosto izpostavljen tudi po rojstvu. V družinskem okolju, kjer vlada subkultura droge, je otrok dodatno ogrožen za različne vrste zlorab.

Medtem, ko so kratkoročni učinki intrauterine izpostavljenosti drogam večinoma pričakovani in predvidljivi, so dolgoročne posledice še vedno slabo raziskane.

Dolgoročno sledenje in raziskovanje neposrednih učinkov intrauterine izpostavljenosti psihoaktivnim substancam je težavno, ker se drogam pridružujejo številni neugodni dejavniki.

Razvojni testi, s katerimi v študijah ocenjujejo otrokov razvoj, niso dovolj občutljivi, da bi zaznali specifične in subtilne razvojne odklone, specialni nevropsihološki testi v zgodnjem obdobju pa niso izvedljivi ali pa niso standardizirani. Raziskovalci težko dobijo ustrezne kontrolne skupine.

Dolgoročne učinke intrauterine izpostavljenosti metadonu so raziskovali v več študijah, vendar so si izsledki teh raziskav nasprotujoči. Nekateri avtorji, ki so raziskovali z bolj občutljivimi nevropsihološkimi testi, opisujejo blage razvojne motnje in primanjkljaje, drugi s standardnimi razvojnimi testi (Bayley) pa niso dokazali pomembnih neposrednih dolgoročno negativnih učinkov.

V raziskavi, ki jo je opravil Fundaro (3) s sodelavci, so sledili 29 otrok rojenih materam odvisnicam od opiatov v starosti 5 – 11 let. V prvi skupini je bilo 19 otrok, ki so živeli v biološki družini, v kontrolni skupini pa 10 otrok, ki so bili po rojstvu oddani v rejo ali posvojitev. Otroke so preiskovali s specialnimi



nevropsihološkimi testi in dokazali primanjkljaje višjih kognitivnih funkcij (pomnjenje, vidna in prostorska percepcija) in koncentracije pri obeh skupinah. S tem so dokazali, da intrauterina izpostavljenost opiatom direktno škodljivo vpliva na razvoj višjih kognitivnih funkcij. Povdarili so tudi, da ugodno okolje otroku pomaga, da bolje kompenzira in premosti omenjene primanjkljaje. Nasprotno pa neugodni vplivi okolja potencirajo škodljive učinke droge in dodatno ogrožajo otrokov razvoj, kar postane lahko opazno šele pozneje v šolski dobi in adolescenci.

V študiji, ki sta jo objavila Rosen in Johnson (4), so zajeli iz istega (šibkega) socialnega okolja 61 metadonu izpostavljenih otrok, v kontrolni skupini pa 31 neizpostavljenih otrok. Sledili so jim 7 let in ugotavljali normalno telesno rast v vseh starostnih obdobjih pri obeh skupinah. V starostni skupini do 3 let sta našla v metadonski skupini več motenj vida (strabizem, nistagmus), več akutnih epizod vnetja srednjega ušesa, blažje nevrološke motnje (motnje mišičnega tonusa, razvojne motnje koordinacije gibanja) in upočasnen govorni razvoj. Pri 7. letih so imeli več težav tisti metadonski otroci, ki so imeli razvojne težave tudi pri 3 letih. Opisali so motnje pozornosti in koncentracije, hiperaktivnost, motnje fine motorike in koordinacije ter govorne motnje. Zanimivo pa je, da so postajale razlike med obema skupinama pri starejših otrocih manjše na račun slabših ocen v kontrolni skupini.

Drugi raziskovalci (5) so pri malčkih, ki so bili prenatalno izpostavljeni več drogam in kokainu, opazovali nezrelo igro in impulzivno obnašanje podobno kot sicer pri nevrološko okvarjenih otrocih. Pri 3. letih so pri 30% - 40 % ugotovili govorne motnje in motnje pozornosti. V starosti 3-6 let se v enakem deležu pojavljajo specifične razvojne težave: motnje pozornosti in koncentracije, hiperaktivnost, vedenjska in psihološka problematika.

V šolskem obdobju poročajo, da ima kar 65% otrok, ki so bili intrauterino izpostavljeni heroinu, učne težave zaradi motenj višjih kognitivnih funkcij, kot so pomnjenje in percepcija. Omenjajo tudi pogostejšo depresivnost.

Avtorji (3, 4, 5) zaključujejo, da je po rojstvu za dolgoročen izid celo večjega pomena vpliv okolja, predvsem družine. Dolgoročno je pomembna tudi socialna stigmatizacija otroka in s tem povezana nižja pričakovanja okolja.

Pri vsakem otroku, ki je bil prenatalno izpostavljen drogi in njim pridruženim škodljivim dejavnikom, obstaja večje tveganje za posledične razvojne motnje in okvare, zato te otroke uvrščamo v skupino visoko ogroženih otrok, ki potrebujejo skrbno sledenje skozi vse razvojno obdobje.

Kakovostna antenatalna in perinatalna oskrba matere odvisnice in otroka preprečuje komplikacije nosečnosti in poroda ter omogoča ustrezno zdravljenje abstinenčnih težav in nego novorojenca. Nadzorovano jemanje metadona v nosečnosti zmanjša tveganje za komplikacije pred in ob rojstvu. Vse to pa zmanjša stopnjo rizičnosti novorojenca.

Skrbno pediatrično sledenje teh otrok zagotavljajo redni in kakovostni sistematični pregledi. Ti omogočajo zgodnjo detekcijo razvojnih odstopanj, njihovo zgodnjo obravnavo in zdravljenje, ki se praviloma nadaljuje v razvojni ambulanti. Žal starši odvisniki v teh programih ne sodelujejo najbolje. Pri dojenčkih, ki imajo hipertonični sindrom ali so hiperekscitabilni, svetujemo ustrezno pestovanje in uvedemo nevrofizioterapijo dokler abnormni nevrološki znaki ne izzvenijo. Dojenčka obzirno negujemo, priporočamo umirjeno okolje in nežno stimulacijo. Za zgodnejše odkrivanje vedenjskih in kognitivnih motenj bi ti otroci potrebovali bolj poglobljeno psihološko in zgodnejšo logopedsko obravnavo. Ustrezna socialna pomoč in podpora družini sta bistvenega pomena, da zmanjšamo pridružene neugodne učinke okolja na otroka. V izjemnih primerih je primerneje otroku poiskati nadomestno družino. Staršem je potrebno ponuditi tudi ustrezno psihološko podporo in jih vzpodbujati k odgovornemu starševstvu.

V vrtcu in šoli mora biti otroku z vedenjskimi in razvojnimi težavami zagotovljena dodatna strokovna pomoč s strani logopeda in specialnega pedagoga ter psihologa.

NAŠE IZKUŠNJE

V naši RA smo v obdobju od februarja 1998 do junija 2006 spremljali 24 otrok, ki so bili intrauterino

izpostavljeni metadonu in so razvili NAS. 3 so bili nedonošeni, 3 so imeli nizko porodno težo, en otrok se je rodil z deformacijo prsnega koša .

Pri 7 otrocih med sledenjem nismo opazovali nobenih odstopanj. Pri 11 smo ugotavljali abnormno nevrološko simptomatiko, ki je izzvenela do 12 meseca. Vsi so bili vključeni v nevrofizioterapijo. Blag razvojni zaostanek sta imela pri 3 letih 2 otroka in pri 5 letih 3 otroci. Ti so še v opazovanju in obravnavi.

En otrok, ki je sedaj star 8 let, ima mikrokranijo, motnje pozornosti, je hiperaktiven in je razvil abnormen vzorec hoje.

Pri 7 otrocih smo v prvem letu izmerili nižje percentilne vrednosti obsega glave (P5-P25), Sodelovanje staršev je bilo le v prvem letu otrokovega življenja zadovoljivo.

ZAKLJUČEK

Intrauterina izpostavljenost psihotropnim substancam povzroča v povezavi s pridruženimi neugodnimi dejavniki različne predvidljive kratkoročne učinke, ki so odvisni od vrste, doze in trajanja izpostavljenosti drogi. Pri odvisnosti od opiatov so najpogostejši učinki neonatalni abstinenčni sindrom, zavrta intrauterina rast , nedonošenost in abnormna nevrološka simptomatika, kar pomeni tveganje za razvojne motnje in zgodnjo možgansko okvaro.

Do sedaj je premalo dokazov, da bi prenatalna izpostavljenost narkotikom, zlasti metadonu neposredno in dolgoročno povzročala hujše odklone v razvoju. Iz izkušenj pa vemo, da lahko specifični primanjkljaji in subtilne motnje postanejo očitni šele kasneje in v šolski dobi, zlasti še, če ostaja otrok tudi po rojstvu izpostavljen dodatnim neugodnim vplivom, med katerimi je najpomembnejše z drogo označeno družinsko okolje.

Literatura

1. Arletaz R., Kashwagi M., Das- Kungu S.: *Metadone maintenance program in pregnancy in a Swiss-perinatal center : neonatal outcome and social resources. Acta Obstetgynec Scand* 2005; 84: 145-150
2. Levinson-Castiel R, Merlob P, Linder N, et al : *Neonatal abstinence syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors in term infants. Arch Pediatr Adolesc Med,* 2006; 160. 173-176
3. Fundaro C., Genovese O., Figliola Baldineri N.: *Long-term neurodevelopment outcome of children exposed to illicit substances during pregnancy: the rule of home environmental factors. Ital. J. Pediatr* 2004; 30: 118-124
4. Rosen T.R., Johnson H.L.: *Long-term effects of prenatal methadone maintenance. Nida Research monography,* 1985; 95: 73-83
5. Kronstadt D.: *Complex developmental issues of prenatal drug exposure. Drug-exposed infants,* 1991, 1: 36-49
6. Legido A.: *Neurological manifestation of children exposed to drugs in utero. Int Pediatr.* 1998; 13(2): 70-83
7. <http://www.wirf.com.au/index.cfm?objectid=DBFC8143-96BA-5DAE-B6C810DCF0BB7C3A>
8. Novack A. et. al.: *Neonatal abstinence syndrome (NAS), Clinical presentation and management. Nicu-Web: 1997, http://neonatal.peds.washington.edu/NICU-WEB/nas.stm*
9. Geršak K., Bratanič B.: *Zdravila v nosečnosti in med dojenjem. Pliva Ljubljana, 2005*
10. Wagner C., Katikaneni D., Cox T.H.: *The impact of prenatal drug exposure on the neonate. Obstetrics and gynecology clinics of north america, 1998; vol. 25, 1: 169-191*



VODENJE NOSEČNOSTI ODVISNICE

*Janja Zver Skomina, spec. gin- por.,
Splošna Bolnišnica Izola, Ginekološko porodniški oddelek*

IZVLEČEK

Pričakovanje otroka je za odvisnico lahko močna motivacija za spremembo načina življenja, vendar je odvisnost kronična bolezen z obdobji abstinence, ki jih prekinjajo obdobja uživanja prepovedanih drog. Prognostično ima nosečnica, ki se zaveda svojega stanja in nevarnosti, ki grozijo še nerojenemu otroku ter sodeluje z organiziranim prenatalnim varstvenim programom, veliko boljše možnosti kot tista, ki zanika odvisnost in odklanja svetovalni program.

Za mnoge nosečnice, ki jemljejo droge, je stik z ginekologom porodničarjem edini stik z zdravstveno službo.

Prepoznavna noseče odvisnice je težka, posebno, če odvisnost zanika.

Nosečnost odvisnice je visoko rizična nosečnost. Potrebno je skrbno vodenje nosečnosti, poroda in skrb za novorojenca in mater v poporodnem obdobju.

UVOD

V Sloveniji imamo letno manj kot 18000 porodov. Po podatkih iz literature naj bi 5-10% nosečnic občasno ali redno uživalo nedovoljene droge v nosečnosti.(1)

V naši porodnišnici (600 porodov) rodi letno do 10 odvisnic.

Večina nosečih odvisnic je že vključena v Centre za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti. Na Obali v Piranu in v Kopru, ostalim odvisnicam to ponudimo.

Sodelovanje v teh Centrih lahko odklanjajo zaradi prejšnjih negativnih izkušenj z zdravstvenim sistemom ali zaradi mešanih občutkov strahu in samoobtoževanja.

Taka nosečnica lahko prvič potrebuje zdravstveno pomoč na različnih nivojih zdravstva: na urgentnih oddelkih zaradi zapletov v nosečnosti, v dispanzerjih zaradi vodenja nosečnosti, na ginekoloških oddelkih zaradi željenega splava ali v porodnišnici. Nujno je, da znamo pravilno oceniti stanje nosečnice in ploda ter pravilno postopati.

KAKO RAVNATI S TAKO NOSEČNICO?

Pomembna je natančna anamneza trajanja nosečnosti in določitev predvidenega dneva poroda; natančna anamneza odvisnosti s podatki o zdravljeni odvisnosti pred časom, podatki o nelegalnem obnašanju (prostitucija, kraje), podatki o pogosti rabi narkotičnih analgetikov pri mlajših ženskah zaradi kroničnega bolečinskega sindroma; podatki o vrsti drog, trajanju odvisnosti in načinu, pogostosti uživanja.

Pri splošnem pregledu moramo biti pozorni na znake na koži, znake venske tromboze, sveže infekcije, krvavitve iz nosu, emboluse tujkov na očesnem ozadju, stanje prehranjenosti.

Pri ginekološkem pregledu, ocenimo trajanje nosečnosti, odvzamemo PAP, bakteriološki bris, eventualno še bris na spolno prenosljive bolezni. Naredimo UZ pregled za določitev trajanja nosečnosti, serološka testiranja na sifilis, toxoplazmozo, HIV, hepatitis C, B, določimo krvno skupino in Rh faktor in bakteriološki pregled urina ter eventualno urinski imunokemijski test na prisotnost metabolitov drog.

Nosečnost spremljamo s pogostimi kontrolnimi pregledi na 2 do 3 tedne; z občasnimi testiranjmi urina na metabolite drog (za vzpodbudo), eventualna testiranja na spolno prenosljive bolezni, UZ pregledi zardi morfologije ploda in kontrole rasti.(2)

Pri nas je še vedno največji problem uživanje opiatnih drog (90%), čeprav narašča uporaba sintetičnih drog in kokaina.

Opiati povzročajo hiter razvoj tolerance. Potrebne so vedno večje doze za doseganje evforije in sedacije. Razvija se navzkrižna toleranca na druge opiate.

V nosečnosti akutni abstinenci sindrom lahko poveča vzdražljivost maternice, sproži popadke, kar lahko vodi v smrt ploda, prezgodnji porod ali splav. Predoziranje opiatov pri plodu v nosečnosti vodi v zmanjšanje gibov in zmanjšano variabilnost na kardiotokogramu ter v izjemnih primerih do bradikardije

in smrti ploda.

Noseče odvisnice najbolj skrbijo učinki drog na še nerojenega otroka. Večina drog ne povzroča razvojnih napak pri plodu, ne zmanjšuje inteligenčnih sposobnosti, prav tako otroci ne podedujejo nagnjenosti k uživanju drog.

Večina učinkov drog so posledica načina življenja, slabih socialno ekonomskih razmer v katerih živijo in sočasnega uživanja alkohola ter kajenja.

Možni učinki na nosečnost so slaba prehranjenost s pomanjkanjem vitaminov, huda slabokrvnost s pomanjkanjem železa in folne kisline, zapleti zaradi uporabe nečistih igel, spolno prenosljive bolezen ter hipertenzivni zapleti.

Možni učinki na plod in novorojenca so okužbe, nizka porodna teža, nedonošenost in neonatalni abstinenčni sindrom.

Novorojenček z nizko porodno težo bodisi zaradi zastoja rasti ali prezgodnjega poroda je napogostejši zaplet in posledica nosečnosti odvisnice.(3)

ZDRAVLJENJE

Noseči odvisnici, ki uživa opiate svetujemo, da se vključi v zdravljenje z metadonom.(4)

Metadon je dolgo delujoči sintetični opiat, ki se dobro absorbira iz gastrointestinalnega trakta. Peroralna oblika zdravljenja ima prednosti: umik iz okolja, ki išče drogo, ni potrebe po ilegalnem obnašanju, so dolgo delujoči, stalen nivo v krvi, ni primesi, ki povzročajo okužbe in s tem večja stimulacija za prenatalno varstvo ter manj porodniških zapletov. Doza naj bo individualno prilagojena in naj bo tolikšna, da nosečnica droge ne išče na ulici (v višji nosečnosti so lahko potrebne višje doze). Abstinenca med nosečnostjo odsvetujemo, ker lahko povzroči abstinenčni sindrom z zapleti.(5)

POROD

Nosečnica na metadonu na dan poroda dobi dnevno dozo metadona per os. Za lajšanje bolečin uporabljamo epiduralno analgezijo ali narkotične analgetike. Metadon ima minimalen analgetičen učinek.

Med porodom smo pozorni na razvoj abstinenčnih znakov, ki jih sprotno ocenjujemo in dodajamo metadon po potrebi.

Med porodom otroka in osebje ščitimo pred možnimi okužbami. Uporabljamo čim manj instrumentalnih posegov.

DOJENJE

Dojenje vzpodbujamo pri odvisnicah, ki uživajo le metadon, ne glede na dnevno dozo. Odsvetujemo pa ga tistim, ki uživajo še druge nedovoljene droge ali so okužene z virusom hepatitisa C ali HIV.

NAŠE IZKUŠNJE

Primerjalna študija 524 porodnic brez anamneze uživanja nedovoljenih drog in 11 odvisnic na metadonu od 20-120mg/dan. Med odvisnicami je bilo več mlajših porodnic, samskih, kadilk, na prvi pregled so prišle pozno v nosečnosti, več prvorodk, več hospitalizacij, manjši otroci zaradi zastoja rasti. Ni bilo razlik v prezgodnjih porodih, analgeziji med porodom, trajanju poroda.

ZAKLJUČEK

Naš cilj je voditi nosečnost brez zapletov in jo privedi do rojstva otroka s čim manj težavami. Pogoj za to je motiviranost nosečnice in njeno zaupanje izbranemu ginekologu ter sodelovanje med terapeuti različnih strok, ki sodelujejo pri obravnavi odvisnice.



Literatura

1. *NIDA InfoFacts: Treatment Methods for Women*; www.nida.org
2. Carol Archie. *Methadone in management of narcotic addiction in pregnancy*. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 1998; 10: 435-440.
3. James J, Walker. *Drug addiction*. In: James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. *High risk pregnancy*. 2nd ed. London: Saunders WB, 2002: 599616.
4. Finnegan LP. *Women, Pregnancy and Methadone*. *Heroin Addiction and Related Clinical problems* 2000; 2 (1): 1-8.
5. Jeff Ward, Wayne Hall, Richard P Mattick. *Role of maintenance treatment in opioid dependence*. *Lancet* 1999; 353: 221-26.
6. *American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases, Hepatitis C*. In: *Red book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases, 26th ed*, Pickering, LK (Ed), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, 2003. p. 336.



ZDRAVSTVENA VZGOJA NOSEČNIC

Mojca Pejovič, m.s., babica

Renata Mahmutovič, dipl.m.s.

Zdravstveni dom Koper, Dispanzer za ženske

AVTOR

Mojca Pejovič, srednja medicinska sestra-babica.

Srednjo babiško šolo sem zaključila leta 1977 v Ljubljani. Moja prva služba je bila porodnišnica Celje, kjer sem delala eno leto. Nato sem se zaposlila v porodnišnici v Kopru, kjer sem delala osem let. Sedaj pa sem zaposlena v dispanzerju za ženske v zdravstvenem domu v Kopru, kjer delam že dvanajsto leto. Imam tudi osem let izkušenj v dispanzerju za predšolske otroke v zdravstvenem domu Koper.

IZVLEČEK

Zdravstveno varstvo žensk uvrščamo med prioritete zdravstva. Izkazalo se je, da je zelo pomembno, da ženska pride roditi v čim boljši psihični in fizični kondiciji. Za to pa poskrbimo v dispanzerjih, kjer izvajamo antenatalno varstvo, ki obsega skrb za nosečnico od začetka nosečnosti do poroda. Z individualno zdravstveno vzgojo dosežemo večjo osveščenost, informiranost, zaupnost in zadovoljstvo nosečnic.

UVOD

V dispanzerju za ženske Koper smo do leta 2004 izvajali zdravstveno vzgojo nosečnic v sklopu rednega delovnega časa. Z večjim obsegom dela v dispanzerski dejavnosti pa je vedno manj časa ostalo za zdravstveno vzgojo nosečnice. Prišla sem na zamisel, da bi to prioriteto nalogo zdravstva prenesla izven delovnega časa.

Po kratkem razmisleku sem se odločila, da bi vsaki nosečnici posebej namenila trideset minut, in to izven delovnega časa. Koncept, ki sem si ga zamislila sem predstavila kolegicam in ginekologom. Mojo zamisel so zelo pozitivno podprli.

S pomočjo sponzorja sem obiskala šolo za starše na ginekološki kliniki v Ljubljani, kjer sem dobila nova in dodatna znanja. Izobraževanje je trajalo štirinajst dni v času mojega letnega dopusta. Obiskala sem tudi šolo za starše v zdravstvenem domu Izola in v Kopru. Želim si sodelovanja tudi s Splošno bolnišnico Izola in sicer s porodno sobo tako, da sem zaprosila glavno medicinsko sestro za dovoljenje. Dobila sem dovoljenje in podporo.

Dejstvo, da sta nosečnost in porod fiziološko stanje, ne daje zagotovila, da bosta v tem procesu mati in otrok ostala zdrava. Pomembno je, da pride nosečnica roditi v čim boljši psihični in fizični kondiciji.

ZDRAVSTVENO VARSTVO NOSEČNICE

Zdravstveno varstvo mater in otrok opravljajo naslednje dejavnosti:

- dispanzer za ženske;
- patronažna služba;
- ginekološko-porodniški oddelki in klinike za porodništvo in ginekologijo (Skoberne, 1988).

Službe, ki izvajajo program zdravstvenega varstva opravljajo najmanj naslednje dejavnosti:

- redno zdravstveno nadzorstvo v nosečnosti;
- laboratorijske preiskave;
- zdravstvena vzgoja (individualni razgovor oziroma v okviru šole za starše);



- socialna in zakonska zaščita nosečnice;
- patronaža oziroma babiška služba obišče nosečnico enkrat. Po porodu obiske prilagaja zdravstvenemu stanju novorojenčka in matere ter trajanju hospitalizacije;
- šest tednov po porodu kontrolni pregled pri ginekologu in napotilo za sodobno kontracepcijo (Skoberne, 1988).

VLOGA MEDICINSKE SESTRE-BABICE

Vloga medicinske sestre-babice na primarnem varstvu je zelo pomembna. Z individualno zdravstveno vzgojo informira nosečnico o poteku nosečnosti, ter skupaj z ostalimi zdravstvenimi službami kot so šola za starše pripomore k najboljši pripravi nosečnice na porod in oskrbi novorojenčka.

Redna kontrola in točna evidenca nosečnosti je učinkovit in profilaktičen ukrep, ki preprečuje oziroma zmanjšuje nepravilnosti v nosečnosti. Nosečnico obvestimo o pomenu kontrolnih pregledov. Prvi pregled naj bo vsaj do tretjega meseca nosečnosti. Če poteka nosečnost normalno, naj pride nosečnica prvih sedem mesecev na pregled enkrat mesečno v osmem in devetem lunarnem mesecu vsakih štirinajst dni, v desetem lunarnem mesecu pa vsak teden. Prvi ultrazvočni pregled se opravi do dvanajstega tedna nosečnosti, drugi v dvajsetem tednu nosečnosti ter tretji v tridesetem tednu nosečnosti.

Vodilo pri izvajanju zdravstvene vzgoje mi je mednarodni kodeks etike za babice. Babica spoštuje pravico ženske do izbire, ki temelji na popolni informiranosti ter spodbuja žensko, da sprejme odgovornost za izid svoje odločitve (mednarodni kodeks etike za babice-ICM, 1999).

Podpira pravico ženske, da aktivno sodeluje v odločitvah o njeni zdravstveni oskrbi in da se zavzame za pravice, ki ji pripadajo na področju zdravstvenega varstva (mednarodni kodeks etike za babice-ICM, 1999).

Babica zagotavlja zaupnost podatkov. S tem varuje pravico do zasebnosti. Odgovorna je za svoje odločitve, dejanja in izide v babiški negi (mednarodni kodeks etike za babice-ICM, 1999).

Babica sodeluje z drugimi zdravstvenimi delavci, se z njimi posvetuje ter napoti k njim ženske, katerih potrebe po zdravstveni oskrbi presegajo njeno pristojnost (mednarodni kodeks etike za babice-ICM, 1999).

Od 07.05.2005 do 02.09.2006 je bilo obravnavanih 200 nosečnic. Pri individualni zdravstveni vzgoji uporabljam model Virginie Henderson, ugotavljam probleme ter načrtujem zdravstveno vzgojo po procesu zdravstvene nege. V individualno zdravstveno vzgojo je vključen tudi partner oziroma mož nosečnice. Skupaj z nosečnico izpolnimo materinsko knjižico ter nastavimo negovalni list, kjer ugotavljamo, načrtujemo, izvajamo ter evalviramo zdravstveno vzgojo.

Tabela številka 1.

ZDRAVSTVENA VZGOJA NOSEČNICE

DATUM

SPLOŠNI DEL

1. Vpisovanje izvidov (Wasserman, Toxop., KS, Rh-fak., ICT, Hbs-Ag)
2. Anamneza
 - * osebna
 - * družinska
3. Naročanje na kontrolne preglede
4. Razni napotki
 - * šola za starše
 - * dajanje navodil glede lab. Preiskav



5. INDEX nosečnic

DATUM

ZDRAVSTVENO-VZGOJNI DEL

1. ZV o prehrani
2. ZV glede odvajanja in izločanja
3. ZV o higieni telesa, oblačila, obutev,...
4. Spanje in počitek
5. ZV o varnosti in preprečevanju okužb
6. Gibanje in fizična aktivnost
7. Komunikacija (informiranje, poslušanje, svetovanje, ocena razumevanja informacij)

DATUM

DRUGA OPRAVILA V ZN

1. Merjenje in evidentiranje
 - * TT, urin, RR
 - * CTG
 - * EDEMI
 - * UZ
2. Intervencije v zvezi z dajanjem zdravil-KURATIVA
 - * PER-OS
 - * I.M.
 - * S.C.

ZAKLJUČEK

Z individualno zdravstveno vzgojo dosežemo zastavljene cilje. Kajti s tem načinom zagotovimo popolno intimnost, kjer se nosečnica počuti varno, udobno ter je bolj pripravljena na sodelovanje. Razvije se intimni odnos, kajti zdravstvena nega poteka kontinuirano. Vsaka storitev oziroma nasvet je tudi skrbno evidentiran, kajti le tako zdravstvena nega postane vidna. Skupaj spletemo tople človeške odnose, ki bodočim staršem nudi podporo za doseganje njihovih ciljev. V zadovoljsvo mi je tudi to, da si bodoče matere pred porodom želijo moje prisotnosti v porodni sobi.

Literatura

1. Skoberne M. *Zdravstvena nega nosečnice, porodnice in otročnice*. Univerza Edvarda Kardelja – Višja šola za zdravstvene delavce; Ljubljana, 1988, 5-20.
2. *Utrip – strokovno informativni bilten Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. Mednarodni kodeks etike za babice, ICM 1999, prevod. Številka 3; marec 2005, 50.



POSEBNOSTI PORODA PRI ODVISNICAH OD NEDOVOLJENIH DROG V LJUBLJANSKI PORODNIŠNICI

Avtorja: Anže Čeh, dipl. bab.,
Gordana Njenjić, sms babica

Ključne besede: porod, odvisnice, ilegalne droge, izid poroda, novorojenček

IZVLEČEK:

Ljudje smo dandanašnji odvisni od različnih stvari, ena izmed verjetno najbolj stigmatiziranih odvisnosti je prav gotovo odvisnost od drog. Droge predstavljajo določeno tveganje tudi pri nosečnicah, saj lahko povzročijo splav in veliko verjetnost prezgodnjega poroda, kar se kaže predvsem pri uživalkah kokaina. Uživanje marihuane povzroča povečanje ravni testosterona, kar privede do zmanjšanja ženskih značilnosti. Pri nosečnicah prehaja THC (Tetrahydrocannabinol), ki je prisoten v konoplji (*Cannabis Sativa*) preko placente do ploda, kasneje pa se prenaša na otroka tudi med dojenjem. V času nosečnosti je potrebno voditi takšno nosečnico pri ginekologu v ambulanti za patološko nosečnost. Potrebna so dodatna testiranja krvi (hepatitis B, C, HIV) in ultrazvočne preiskave, s katerimi nadzorujemo rast ploda. Specifičnost poroda pri odvisnicah od drog je predvsem v psihološkem pristopu, saj so običajno take porodnice zelo občutljive, včasih tudi razdražljive ali celo agresivne. Zelo pomembno vlogo pri tem ima babica, ki porod vodi. V timu, ki tak porod spremlja, je obvezna prisotnost anesteziologa in anestezijske sestre, predvsem zaradi aplikacije pomirjeval in analgetikov. Po porodu novorojenčka pregleda pediater in se na podlagi klinične slike odloči za sprejem na oddelek intenzivne nege novorojenčkov. Aktivna oblika hepatitisa C je (po pregledu strokovne literature) indikacija za določanje poroda s carskim rezom. Še poseben nadzor potrebujejo odvisnice od nedovoljenih drog v poporodnem obdobju. Pomemben je multidisciplinaren pristop in povezovanje s socialno ter patronažno službo v okolje, kamor se mati in otrok vračata.

S pomočjo Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema bomo pregledali število odvisnic od nedovoljenih drog do leta 2005, trajanje nosečnosti in poporodnega obdobja. Rezultati bodo predstavljeni v članku.

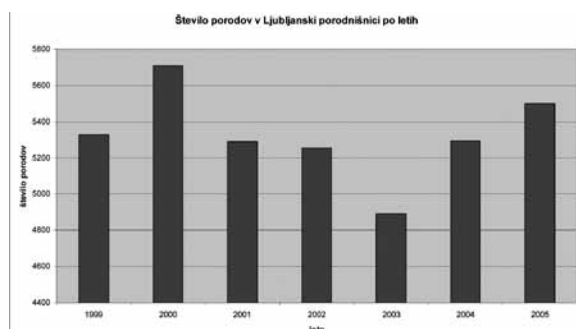
UVOD

Število odvisnikov od nedovoljenih drog žal še vedno narašča. Najpogostejše uporabljene droge so: heroin, konoplja (*Cannabis Sativa*), kokain ter amfetamini. Približno polovica vseh uporabnikov je starih med dvajset in petindvajset let. (Fraser, 2003)

Pri ženskah ki uživajo droge, kot so: ecstasy, amfetamini, opiat in trde droge med nosečnostjo so bolj nagnjene k spontanemu splavu, prezgodnjim porodom, nizki porodni teži, večji mrtvorojenosti novorojenčkov ter kongenitalnim anomalijam (Fulroth, 1989).

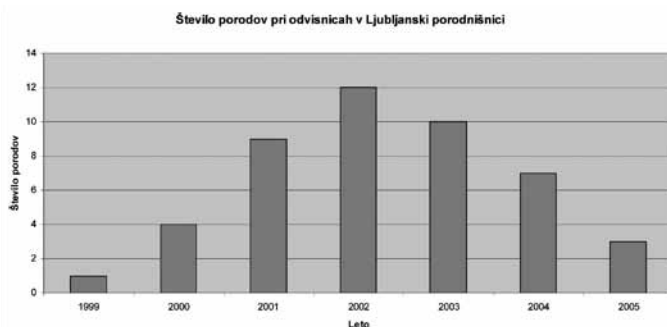
VITALNA STATISTIKA

Rodnost v Sloveniji je v zadnjem desetletju dosegla kritično mejo, saj se je od osemdesetih let, ko je število rojstev začelo naglo upadati, zmanjšala skoraj za polovico in tako ne zagotavlja več niti enostavnega, kaj šele razširjenega obnavljanja prebivalstva. Tako se je še leta 1980 v Sloveniji letno rodilo okoli 30.000 otrok, danes le še okoli 17.500 (N. Antolič, 1994).



Graf 1: Število porodov v Porodnišnici Ljubljana

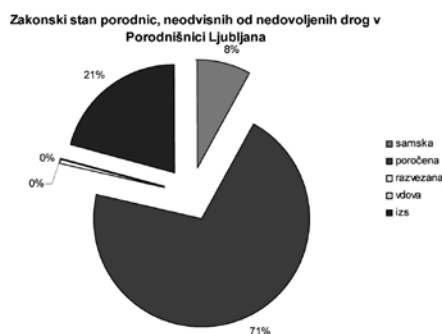
Če se osredotočimo na obdobje sedmih let in sicer od leta 1999 do leta 2005, lahko opazimo, da je bilo največ porodov v porodnišnici Ljubljana v letu 2000, saj je le takrat število preseglo 5700. V naslednjih dveh letih je opazen precejšnji upad, v zadnjih dveh pa občuten porast števila porodov, kar nam lahko nakazuje na spremembo v miselnosti in postavljanju drugih prioritet v življenju. Opazen porast števila porodov v letu 2000 si lahko interpretiramo, kot posledica preloma tisočletja.



Graf 2: Število porodov pri odvisnicah v porodnišnici Ljubljana

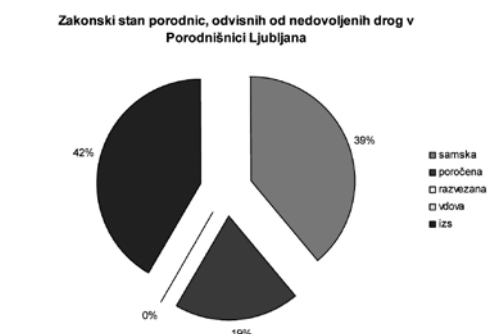
V letih od 1999 do leta 2005, ki so bila vključena v raziskavo je bil opazen porast števila porodov pri odvisnicah od enega na leto do dvanajst v letu 2002. Seveda obstaja možnost, da je v letih 1999 in 2000 prišlo do slabšega beleženja teh porodov in ne gre za resnično manjše število, kot je prikazano. Zadnja leta je število porodov pri odvisnicah v upadanju.

ZAKONSKI STAN



Graf 3: Zakonski stan porodnic, neodvisnic od nedovoljenih drog

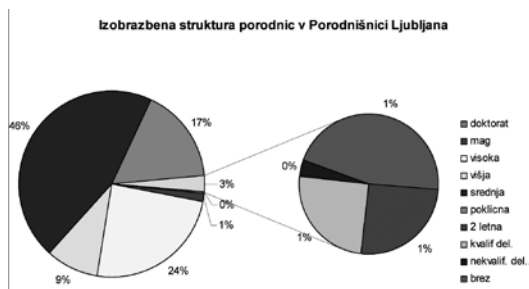
Glede na zakonski stan prednjačijo poročene porodnice (70,5%). Pri odvisnicah je ta odstotek bistveno nižji (19,4%), največ pa je tistih, ki so v izven zakonski skupnosti (41,7%) in samske porodnice (38,9%). Kasneje, ob prihodu domov lahko to predstavlja velik problem, v kolikor ne živijo s partnerjem. Izkušnje tudi kažejo, da je pri porodnicah – odvisnih od nedovoljenih drog v veliko primerih odvisen tudi partner.



Graf 4: Zakonski stan porodnic, odvisnih od nedovoljenih drog

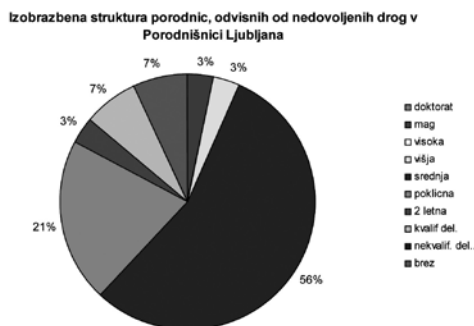


IZOBRAZBENA STRUKTURA



Graf 5: Izobrazbena struktura porodnic v Porodnišnici Ljubljana

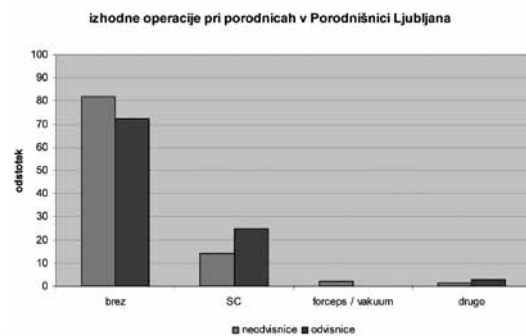
Pri porodnicah, ki rodijo v Ljubljanski porodnišnici prednjačijo tiste s srednješolsko izobrazbo, takih je kar 46 %, sledijo porodnice z visoko izobrazbo in porodnice s poklicno izobrazbo (17%). Pri odvisnicah pa je izobrazba statistično značilno nižja.



Graf 6: Izobrazbena struktura porodnic – odvisnic v Porodnišnici Ljubljana

IZID PORODA

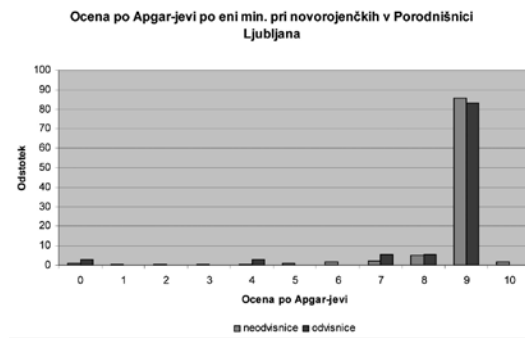
Odvisnice so v povprečju bolj podvržene izhodnim operacijam pri porodu. Tukaj predvsem prednjačijo carski rezi, ki so 10 % pogostejši.



Graf 7: Izhodne operacije pri porodnicah v Porodnišnici Ljubljana

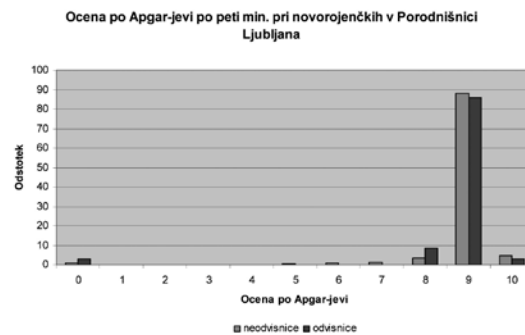
NOVOROJENČKI PRI ODVISNICAH

a.) Ocena po Apgarjevi



Graf 8: Ocena po Apgarjevi pri novorojenčkih po eni minuti

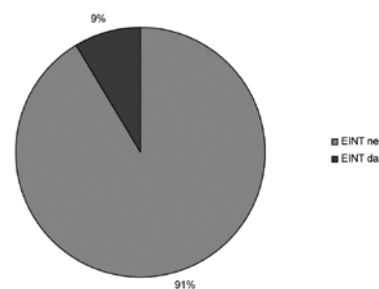
Novorojenčki pri odvisnicah imajo v povprečju v prvi minuti po porodu nižjo oceno po Apgar-jevi. Razlika je opazna predvsem pri Apgar-ju 0 (mrtvorojeni).



Graf 9: Ocena po Apgarjevi pri novorojenčkih po petih minutah

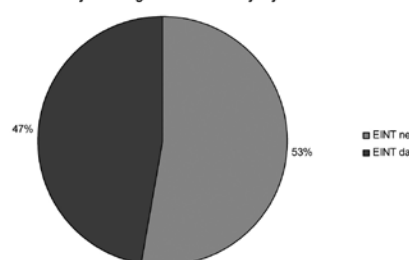
b.) Premestitev novorojenčkov na EINT

Premestitev novorojenčkov na EINT pri porodnicah, neodvisnih od nedovoljenih drog v Porodnišnici Ljubljana



Graf 10: Premestitev novorojenčkov na EINT pri neodvisnicah

Premestitev novorojenčkov na EINT pri porodnicah, odvisnih od nedovoljenih drog v Porodnišnici Ljubljana

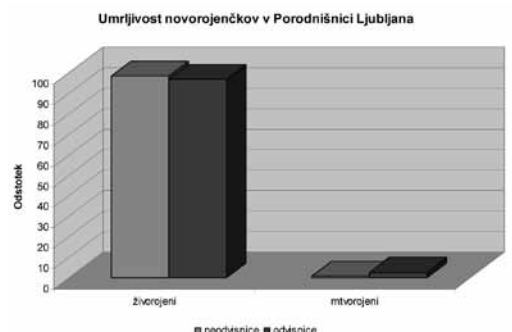


Graf 11: Premestitev novorojenčkov na EINT pri odvisnicah



Zaskrbljujoč je podatek, da so novorojenčki odvisnic kar v 47 % premeščeni v Enoto intenzivne nege in terapije, saj se pri teh novorojenčkih v veliki meri pojavijo znaki abstinenčne krize. Taki novorojenčki so razdražljivi, nemirni, kihajo in potrebujejo posebno nego in oskrbo. Otročnicam pa je v teh primerih omogočen vsakodnevni obisk otroka, saj je v primeru da le - te niso okužene s hepatitisom C indicirano dojenje.

c.) Umrljivost novorojenčkov



Graf 12: Umrljivost novorojenčkov v Porodnišnici Ljubljana

Pri odvisnicah je opazen večji odstotek neonatalne umrljivosti, saj le ta znaša 2,8 %.

SKLEPI

Na osnovi dobljenih rezultatov v raziskavi lahko sklepamo sledeče:

- V sedmih letih (od 1999 do 2005) je v Ljubljanski porodnišnici rodilo 46 odvisnic od nedovoljenih drog. Najmanj v letu 1999 (1) in največ v letu 2002 (12). Menimo, da je v letih 1999 in 2000 šlo za slabše beleženje in ne za resnično manjše število odvisnic.
- Glede zakonskega stanu lahko ugotovimo, da pri odvisnicah prevladujejo samske (38,9 %), pri ostalih pa poročene (70,5 %) porodnice.
- Ugotovimo, da imajo odvisnice statistično značilno nižjo izobrazbo kot ostale. V 55 % prednjačijo porodnice, ki imajo zaključeno poklicno šolo, medtem ko imajo ostale porodnice srednješolsko oziroma visokošolsko izobrazbo.
- Glede starosti smo ugotovili, da so odvisnice v povprečju dve leti mlajše od ostalih.
- Trajanje poroda pri odvisnicah se statistično značilno ne razlikuje od trajanja poroda pri ostalih porodnicah.
- Gestacijska starost je pri odvisnicah v povprečju za 4,9 dneva krajša od ostalih porodnic.
- Odvisnice so v povprečju bolj podvržene izhodnim operacijam pri porodu. Tukaj predvsem prednjačijo carski rezi, ki so v 10 odstotkih pogostejši.
- Novorojenčki so pri odvisnicah v večini primerih premeščeni na enoto intenzivne nege in terapije (47 %). Pri ostalih porodnicah je ta odstotek bistveno nižji (9 %).
- Mrtvorajnost novorojenčkov je pri odvisnicah kar 2,8 %.

RAZPRAVA IN ZAKLJUČEK

Specifika poroda pri odvisnicah pri nedovoljenih drog je v tem, da so take porodnice pogosto bolj razdražljive, slabše sodelujejo, zato potrebujejo posebno pozornost in stalno spremljanje. Babica je v primeru srečanja s tako porodnico dolžna obvestiti porodničarja in v nekaterih primerih anesteziologa. Težave namreč nastopijo, ko je porod v aktivni fazi in v veliko primerih analgetiki ne zadoščajo. Novorojenčki, rojeni pri materah ki so bili v času nosečnosti podvržene jemanju nedovoljenih drog imajo v večini primerov abstinenčne težave, kar se kaže kot razdražljivost, neutolažljiv jok, pogosto kihanje in povišan mišični tonus. V večini primerov so taki novorojenčki premeščeni na oddelek enote intenzivne nege in terapije, kjer so pod stalnim spremljanjem medicinskih sester in zdravnikov. Mamici pa je omogočeno, da svojega otroka vsakodnevno obiskuje in neguje. V kolikor je otročnica na metadonu in ni okužena z virusom hepatitisa C svetujemo dojenje, saj so v tem primeru abstinenčne težave manjše (Bongain et. al., 1992). Otročnici se svetuje, naj takoj po porodu še ne začne zmanjševati odmer-



jeno količino metadona (Sarman, 2000). Pri dojenju ji pomagamo in jo spodbujamo. Pred odpustom otročnice je pomembna povezava s ustrezno socialno in patronažno službo. Velikokrat take otročnice nimajo urejenih socialno ekonomskih razmer.

Literatura

1. *Bongain A, Huss M, Gillet JY. Drug addiction and pregnancy. Rev Prat. 1992 42(8): 1004 – 9*
2. *Fraser D M, Cooper M A, Myles Textbook for midwives 14th ed. Churchill Livingstone, 2003*
3. *Fulroth R, Phillips B, Durand D. Perinatal outcome of infants exposed to cocaine and/or heroin in utero.*
4. *American Journal of Diseases in Childhood 1989; 143: 905 – 910*
5. *Novak Antolič Ž. Prednosečnostno in predporodno zdravstveno varstvo. V: Pajntar M (ur). Novak*
6. *Antolič Ž (ur.). Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva Založba, 1994: 27 – 29.*
7. *Sarman I. Methadone treatment during pregnancy and its effect on the child. Better than continuing drug abuse, should be monitored by a specialized antenatal care center. Lakartidnigen 2000; 97(18): 2182 – 4*



DOJENJE OTROKA PRI MATERI, ODVISNI OD PSIHOAKTIVNIH SNOVI

*Cvetka Skale, dipl. m. s., Jasna Baliban, viš. m. s.,
Odsek za neonatalno pediatrijo, Ginekološko-porodniški oddelek
Splošna bolnišnica Celje, Oblakova 5, Celje*

IZVLEČEK

Zloraba prepovedanih drog je v svetu in pri nas v porastu. Med uživalci drog je tudi veliko žensk v rodnem obdobju. Novorojenček, ki je odvisen od prepovedanih drog še pred rojstvom, zato ker je mati odvisnica, ima lahko pred rojstvom, med njim in po njem številne težave.

Posebno pozornost moramo nameniti prehranjevanju novorojenčka, torej tudi dojenju. Novorojenček ima lahko zaradi razvoja odtegnitvenega sindroma motnje sesanja in požiranja in tako izgubi preveč telesne teže ali pa prepočasi pridobiva na teži. V članku so opisane posebnosti pri dojenju otroka pri materi, odvisni od psihoaktivnih snovi.

UVOD

Nosečnost je obdobje, ko so bodoče matere najsprejemljivejše za informacije v zvezi z nosečnostjo in novorojenim otrokom. Običajno takrat tudi iščejo različne vire informacij o dojenju in se skušajo na dojenje čim bolj pripraviti. Vendar pa žal, pri materah odvisnih od psihoaktivnih snovi, ni vedno tako. Večina je pripravljena na težave po porodu, saj so seznanjene s pojavom odtegnitvenega sindroma pri otroku. Vendar kljub temu nosečnost ni dovolj velik motiv za prekinitev jemanja drog, saj je odvisnost od drog tako težka kronična bolezen, da samo volja do vzdržnosti ne zadostuje. Marsikatera nosečnica se kljub temu vzdrži, največ pa jih je med tistimi uživalkami drog, ki so vključene v vzdrževalni metadonski program (Zver- Skomina in Pišec, 1998).

Še vedno ni enotnega mnenja o upravičenosti nadomestnega zdravljenja z metadonom pri uživalcih opiatnih drog, predvsem heroina. Ena droga naj bi le zamenjala drugo, obe pa škodljivo vplivata na nosečnico in plod (Bregant, 2003). Učinek delovanja droge pa ni omejen na čas nosečnosti, vpliv je daljnosežnejši, drogam izpostavljeni otroci v nosečnosti imajo običajno po rojstvu zdravstvene težave.

DOJENJE IN DROGE

Zdravi, donošeni novorojenčki so lahko uspešno dojени tudi brez strokovne pomoči, otroci z nizko porodno težo in bolni novorojenci pa potrebujejo veliko strokovne pomoči, da so lahko hranjeni z materinim mlekom ali celo dojени (Tekauc Golob, 2006). Novorojenček matere, odvisne od psihoaktivnih snovi, ima običajno zaradi izpostavljenosti drogi po rojstvu zdravstvene težave, ki se kažejo v obliki abstinencijskega sindroma. Med znake abstinencijskega sindroma spadajo tudi motnje hranjenja, ki se lahko kažejo kot moten sesalni refleks, bruhanje, neuspešno hranjenje in težave z uživanjem tekočine zaradi zamašenega nosa. Zaradi teh težav lahko novorojenček izgubi preveč telesne teže, oziroma težo prepočasi pridobiva.

Dojenje naj bi preprečevalo pojav neonatalnega narkotičnega abstinencijskega sindroma ali ga vsaj močno ublažilo (Bregant, 2003). Glede dojenja in hkratnega jemanja psihoaktivnih snovi je še vedno nekaj nejasnosti. Strokovnjaki si še niso enotni. Obstajajo nesoglasja, če je dojenje ob hkratnem jemanju metadona priporočljivo. Nekateri avtorji dojenje dopuščajo, če mati ne prejema več kot 20 mg metadona dnevno, drugi to mejo postavljajo na 80 mg, nekateri pa dojenje v celoti odsvetujejo. Vzroki za odklonilno stališče do dojenja so podaljševanje otrokove odvisnosti od opiatov, možnost prenosa okužb (HIV, virusni hepatitis) in dvom o abstinenci matere od drugih nedovoljenih drog.

PREHAJANJE PREPOVEDANIH DROG V MATERINO MLEKO

Veljalo naj bi pravilo, da skoraj vsa mamila enako kot zdravila prehajajo iz materine krvi v mleko. Prehajanje je odvisno od številnih dejavnikov: topnosti v maščobah ali vodi, molekulske mase in stopnje ioniziranosti pri določeni vrednosti pH. Boljše prehajajo tiste snovi, ki so dobro topne v maščobah, imajo manjše molekule in so neionizirane pri pH mleka 7. 20 (Bregant, 2006).

Morfini: opij, morfij, heroin, metadon in ostali derivati so dobro topni v maščobah, torej prehajajo v materino mleko. Ameriška akademija za pediatrijo (AAP) dopušča dojenje, če mati prejema morfij, dojenje ob uživanju heroina je kontraindicirano (Bregant, 2006). Heroin prehaja v materino mleko v zadostni količini, da lahko povzroči odvisnost pri dojenem otroku (Geršak in Bratanič, 2005). Novejša poročila glede metadona ugotavljajo, da je količina v materinem mleku majhna, posebno še pri materah, ki jemljejo po 20 mg metadona na dan.

Kokain: uživanje le-tega se povečuje. Zaradi hitrega delovanja, enostavnosti uživanja in vedno lažje dosegljivosti je postal zelo privlačen. AAP dojenje odsvetuje (Bregant, 2006). V našem okolju je že nekaj časa prisoten, vendar izkušenj z otroci odvisnic še nimamo.

LSD: prehod LSD v materino mleko in delovanje na dojenčka ni raziskano. Zaradi nizke molekulske mase bi lahko prehajal v mleko. Zaradi možnih psihotominetičnih učinkov pri zelo nizkih koncentracijah je dojenje kontraindicirano (Bregant, 2006).

Marihuana, hašiš: marihuana in hašiš se uživata s kajenjem. Aktivna substanca je tetrahidrokanabinol – THC. THC se izloča v materino mleko, kjer se koncentrira. Dojen otrok absorbira in metabolizira THC, njegove metabolite lahko merimo v blatu. Zaenkrat ni dokazov za dolgotrajno škodljivo delovanje THC na otroka. Ob uživanju marihuane ali hašiša v času dojenja se priporoča natančno spremljanje otrokovega psihičnega stanja in razvoja. AAP obravnava uporabo marihuane kot kontraindikacijo za dojenje (Bregant, 2006).

Amfetamini: najbolj znan psihostimulans med amfetamini je ekstazi. Amfetamini se koncentrirajo v materinem mleku. Čeprav študije ne poročajo o škodljivih vplivih na dojenčke, AAP dojenje ob uživanju amfetaminov odsvetuje (Bregant, 2006).

Splošna navodila za dojenje ob jemanju drog – povzeto po Bregant, 2006:

- doječa mati naj takoj v celoti opusti uživanje droge,
- če mati kljub vsemu uživa psihoaktivne snovi, naj dojenje poteka tik pred jemanjem droge,
- potrebno je iskati učinke droge (psihoaktivne snovi) na otroka,
- svetuje se posvet s strokovnjakom, ki vodi odvisnico o njenem splošnem zdravstvenem stanju,
- pridobiti je potrebno zanesljive podatke o materinem jemanju droge,
- v primeru znakov zastrupitve pri materi ali otroku, je potreben posvet z osebnim zdravnikom matere in otrokovim pediatrom.

VZPOSTAVITEV DOJENJA IN POMOČ PRI DOJENJU

Prva pristavitev k prsim je običajno takoj po porodu, še v porodni sobi. Takoj po porodu je novorojenček najbolj buden, sesalni refleks je močan. Materi moramo pomagati in omogočiti prvi podoj. Dojenje čimprej po porodu prinaša materi zgodnjo čustveno povezavo z otrokom in vzpodbudo dojkan za nastajanje mleka. Upoštevati je potrebno dejstvo, da mati morda zaradi svojega stanja ne bo želela dojiti, kar je potrebno sprejeti z razumevanjem. Lahko pa se zgodi, da tudi novorojenček ne bo hotel ali mogel sesati.

Veliko pozornost je potrebno posvetiti dojenju oziroma hranjenju novorojenčka, ko in če pride do razvoja abstinencijskega sindroma. Dojenje je potrebno prilagoditi stanju novorojenčka in upoštevati dejstvo, da zaradi razdražljivosti, tremorja in nespečnosti dojenje morda ne bo možno. Ko materi pomagamo



pri dojenju, naj bo to v mirnem, temnem prostoru s čimmanj vznemirjenja. Mati mora čutiti, da jo razumemo, da dobro poznamo njeno in otrokovo stanje in da smo ji pripravljeni pomagati v vsakem trenutku. Če je mati umirjena, se tudi otrok v njenem naročju umiri.

Sesanje pri prsih je najprijetnejša tolažba kadar je otrok siten, utrujen ali bolan. S tem, ko otrok pije materino mleko, se je dotika, jo posluša, gleda in vonja, jo ima možnost spoznavati preko vseh čutil (Trstenjak in Najdenov, 2004).

Če pa dojenja kljub vsemu ni moč vzpostaviti, če otrok npr. ne zna sesati, je preveč razdražljiv, da bi lahko sesal, se prehitro utruji, da bi dovolj popil pri prsih, mater spodbujamo k izbrizgavanju mleka. Z njenim izbrizganim mlekom nato nahranimo otroka. Mater nato naučimo izbrizgavati mleko in nahraniti otroka. Pred odpustom iz porodnišnice mora biti samostojna in znati mora nahraniti otroka. To pomeni, da ga lahko podoji, mleko izbrizga in nahrani otroka, znati mora pripraviti adaptirano mleko in otroka nahraniti.

V porodnišnici Celje je v času, od januarja 2002 do julija 2006, rodilo osem od opojnih drog odvisnih mater. Vse so v času nosečnosti uživale metadon. Pri vseh novorojenčkih je prišlo do abstinenčnih pojavov, od zmernih do zelo močnih. Ob odpustu sta bila dva od njih izključno dojena, trije delno dojeni in dohranjevani z izbrizganim ženskim mlekom, dve materi sta si mleko izbrizgavali in hranili otroka po cuclju, eden je bil hranjen z Aptamilom (visoke doze metadona pri materi).

ZAKLJUČEK

O problemu dojenja in hkratnem jemanju drog je še nekaj nejasnosti oziroma si strokovnjaki niso enotni. Vsekakor pa velja dejstvo, da doječa mati, odvisna od psihoaktivnih snovi in njen otrok potrebuje veliko podpore, ljubezni in strokovnega znanja zdravstvenega osebja, ki skrbi zanj. Zlasti medicinske sestre jim moramo nuditi podporo, vzpodbudo in praktično pomoč, ki jim bo omogočala dojemati in sprejemati dojenje v dani situaciji. Pomoč pri dojenju v posebnih situacija, kar dojenje pri odvisnosti od psihoaktivnih snovi vsekakor je, je mnogokrat preizkus empatije in strokovnega znanja medicinske sestre.

Literatura

1. Bregant L. *Vpliv jemanja drog v nosečnosti na novorojenčka. Zbornik predavanj. XIII. Srečanje pediatrov v Mariboru z mednarodno udeležbo. Maribor: 2003. Str. 116 – 9.*
2. Bregant L. *Kemikalije in prepovedane droge v ženskem mleku. Zbornik predavanj. Tečaj laktacije za opravljanje izpita za naziv mednarodni pooblaščen svetovalec za laktacijo IBCLC. Ginekološko – porodniški oddelek – odsek za neonatalno pediatrijo – Splošna bolnišnica Celje. Dobrna: 2006. Str. 277 – 285.*
3. Geršak K., Bratanič B. *Zdravila v nosečnosti in med dojenjem. Pliva Ljubljana. Ljubljana: 2005. Str. 46.*
4. Tekauc Golob A. *Dojenje bolnih otrok in otrok, ki zahtevajo posebno pozornost. Zbornik predavanj. Tečaj laktacije za opravljanje izpita za naziv mednarodni pooblaščen svetovalec za laktacijo IBCLC. Ginekološko – porodniški oddelek – odsek za neonatalno pediatrijo – Splošna bolnišnica Celje. Dobrna: 2006. Str. 61.*
5. Trstenjak J., Najdenov P. *Skrb za ohranitev dojenja v času bolezni novorojenčka. Zbornik predavanj 1. strokovno srečanje z mednarodno udeležbo. Dojenje: Iz prakse za prakso. Najpogostejše težave pri dojenju. Splošna bolnišnica Celje, Ginekološko porodniški oddelek, Celje: 2004. Str. 137.*
6. Zver – Skomina J., Pišec A. *Droge in nosečnost. Vita. Št. 18. 1998. Str. 10 – 11.*



II. SKLOP

**MLADOSTNIK IN
NEDOVOLJENE PSIHOAKTIVNE SNOVI**



ZDRAVSTVENA NEGA DRUŽINE ODVISNE OD NEDOVOLJENIH DROG

Anica Vogel, dipl.m.s.

*Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Pediatrični oddelek, Gosposvetska 1,
2380 Slovenj Gradec*

PREPOVEDANE DROGE

so definirane kot rastline ali substance naravnega ali sintetičnega izvora, ki imajo psihotropne učinke ter lahko vplivajo na telesno ali duševno zdravje ali ogrožajo primerno socialno stanje ljudi.

Vzrokov zakaj mladi uživajo droge je več: radovednost, eksperimentiranje, težave pri vključevanju med vrstniki, želja po ugodju in povodi, kot so pritiski s strani vrstnikov, želja dokazati se. Živimo v času pogostih in hudih stresov in stisk, zaradi katerih smo bolj dovzetni za droge. Mladostnik ima prešibke obrambne mehanizme, da bi lahko kljuboval negativnim vplivom. Statistični podatki kažejo, da zasvojenosti prihajajo iz neurejenih družinskih okolij.

Problem zasvojenosti ni problem le zasvojenca ampak celotne družine. In vendar je ravno družina najpomembnejši preventivni steber. Otroku moramo pokazati, da ga imamo radi, postaviti mu moramo meje in razvijati čut za odgovornost.

Drugi pomemben dejavnik je urejeno socialno okolje. Mladi imajo možnost konstruktivnega potrjevanja (se udeležujejo v različnih športnih, kulturnih in zabavnih dejavnostih)

DRUŽINA

Definicija družine po Slovarju slovenskega knjižnega jezika; 1. Zakonski par z otroki ali brez njih. 2. Skupina ljudi, ki jih vežejo sorodstvene vezi..

Najpomembnejši družinski odnos je odnos med partnerjema. Starša se med seboj dopolnjujeta, včasih tekmujeta, kar je dobro zato, ker njun način sporazumevanja ni vedno enak in s tem dolgočasen. Kadar je njun odnos ustrezen, so tudi odnosi med preostalimi družinskimi člani ustrezni (stari starši, otroci). Vedenje odvisnega člana družine je v stalni interakciji s funkcioniranjem in integriteto družine. Obravnava teh zapletenih odnosov je zahtevna in zahteva osredotočenje na bodočnost: kako izboljšati odnose v družini, kako odvisnika ponovno vključiti v družino in kako mu pomagati pri spremembi. Odvisnik je razdvojen, razdvojeni so tudi njegovi bližnji (imajo ga radi, ko jim daje upanje, da bo drogo opustil in ga sovražijo, ko se zdi, da so trud in upi zaman).

Zasvojenost, s katero se srečujemo pri našem poklicnem delu, obvezno zahteva sodelovanje vseh družinskih članov. Ni družine, ki bi imela zasvojenca, pa njegovo življenje ne bi vplivalo na življenje cele družine. Družinski člani največ svojega časa namenijo zasvojenцу, ker menijo, da potrebuje njihovo pomoč in da so mu dolžni pomagati. Ko pa doma ne gre več, se obrnejo po pomoč na najbližji center za zdravljenje odvisnosti.

VLOGA MEDICINSKE SESTRE

V Sloveniji je 19 Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD). Vsak center sestavlja tim: zdravnik splošne medicine, zdravnik psihiater, medicinska sestra in klinični psiholog.

Prvi kontakti so z medicinsko sestro, kamor pokličejo ali pridejo osebno obupani starši, ki imajo mladostnika, ali pa imajo sami težave in ne vidijo izhoda in mladostniki, ki so se z drogo že srečali in potrebujejo nasvet. Po razgovoru s pacientom-odvisnikom medicinska sestra izpolni evidenčni karton, ki spremlja pacienta. Dokumentiranje je delo medicinske sestre in je namenjeno zagotavljanju sistematične kontinuirane zdravstvene nege, osnovnih standardov in zahtev stroke, ter ustvarjanju legalnih dokumentov, ki govorijo o izvedenih delih. Medicinska sestra izpolni obrazec »evidenca obravnave uživalcev drog«, ki zajema podatke o kontaktu s centrom, socialno-demografske informacije, škodljivo uporabo

drog, tvegano vedenje, kazalnike okužb in obravnavo. Obrazce piše medicinska sestra v kopiji in en izvod pošlje na Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Medicinska sestra išče vzroke za prisotnost droge v družini:

- išče čim popolnejšo informacijo o uživanju drog in s tem posledično probleme odvisnika,
- išče dejavnike, ki so povezani z zlorabo droge: telesna bolezen, socialni problemi, psihološki problemi,
- išče sposobnost posameznika in družine o možnosti spopadanja s težavami.

Negovalne diagnoze:

- družinski procesi, nefunkcionalni (odvisnost od droge),
- starševstvo, nevarnost za neučinkovito starševstvo,
- spremenjeni družinski procesi,
- konflikt v odnosu neodvisnost – odvisnost,
- samospoštovanje, nizko zaradi situacije – odvisnost,
- posttravmatski sindrom,
- slaba povezava med starši in otrokom.

Cilji zdravstvene nege:

- oceniti svojo vlogo pri celotnem razvoju programa,
- prepričati vodje različnih sektorjev družbe, da se vključijo v program za zmanjšanje problemov zaradi drog,
- izvajanje zdravstveno-vzgojnega dela, ki bo prispevalo k dolgoročnemu zmanjšanju problemov:
- odvrčanje ljudi od tega, da bi začeli uporabljati droge,
- preprečiti eksperimentiranje in s tem preprečiti prehod v redno uživanje droge.

Negovalne intervencije:

- medicinska sestra odvzema vzorce urina in ga testira na prisotnost nedovoljenih drog v telesu.
- po naročilu zdravnika izdaja substitucijsko terapijo in jo dokumentira.
- zdravstveno vzgojno delo: strokovna predavanja o drogah in njenih posledicah v vzgojno varstvenih zavodih, na osnovnih šolah – predvsem na nižji stopnji in tudi na višji stopnji, na srednjih šolah - predvsem v 1. letnikih, v višjih letnikih glede na potrebe, sodeluje pri okroglih mizah. Na vsa strokovna predavanja vedno vabi tudi družinske člane (ožje in širše). Za vsako zdravstveno vzgojno dejavnost si pridobi sodelavce s strani zdravstva, policije, pravosodja ali verskih skupnosti.

V okviru centra deluje skupina za starše – samopomoč, ki jo vodi medicinska sestra. Srečanja so na 14 dni v večernih urah.

STANJE NA KOROŠKEM

Čeprav smo še ne dolgo tega mislili, da se nas droga ne bo dotaknila misleč, da je to samo v velikih urbanih mestih, se sedaj s tem problemom srečujemo na domačem pragu.

Po statističnih podatkih CZPOPD Velenje je bilo v letih 1994-2004 obravnavanih 250 zasvojenecv.

Center zajema podatke za Velenje, Mozirje, Celje, Žalec in Koroško (Slovenj Gradec, Ravne na Koroškem, Črna na Koroškem, Dravograd, Prevalje in Mežico). Koroške občine Muta, Radlje ob Dravi, Ribnica, Vuhred in Vuzenica spadajo pod CZPOPD Maribor. Iz navedenega je razvidno da je obravnavanih 36,6% Korošcev.

Od teh je bilo psihosocialno obravnavanih 34%, na metadonskem vzdrževalnem programu pa 66%. Kdaj so klienti poiskali pomoč?

V fazi eksperimentiranja 24%, ko je že bila razvita odvisnost pa 76%.

Uspešnost zdravljenja v komuni:

še vedno na zdravljenju 28%, ozdravljenih je 32%, za 40% pa ni podatkov

Po podatkih o uživalcih prepovedanih drog prevladuje moška populacija - 77%, prvič obravnavanih je 13, že obravnavanih je 84 klientov. Redno zaposlenih je 23%, učencev in dijakov ter študentov je 22%, nezaposlenih ali občasno zaposlenih pa 51%.

Obravnava uživalcev drog po vrsti primarne droge:



heroin in drugi opiodi 82,5%, poživila 1%, kanabis 14,5%.

Povprečna starost uživalcev drog ob prvi uporabi primarne droge:

heroin in drugi opiodi 18,9, poživila 18, kanabis 14,5

Obravnava uživalcev drog po cepljenju proti Hepatitisu B: 60% Da, 40% Ne.

Zaradi drog že bil kdajkoli obravnavan na policiji, sodišču, v zaporu: Da 71%, Ne 29%

Sekundarna kriminaliteta: odvisnik zaide pogosto v kriminal, kot so kraja (v stanovanju, trgovini) in prostitucija, ker enostavno potrebuje denar za drogo.

Po podatkih Policijske postaje Ravne na Koroškem je bilo v letu 2005 storjenih 38 prekrškov in 40 kaznivih dejanj v zvezi z drogami, po podatkih Policijske postaje Slovenj Gradec pa je bilo v letu 2005 storjenih 26 prekrškov in 8 kaznivih dejanj v zvezi z drogami. Statistično gledano zadnjih pet let število prekrškov v zvezi z drogami pada, kar pa ne pomeni, da je tega manj. Preprodajalcem in uživalcem je skupni cilj, da jih policija ne odkrije, zato se zapirajo v zasebne prostore, kamor policija nima dostopa, razen kadar je potreba po intervenciji.

ZAKLJUČEK

Z željo po čim boljšem medsebojnem sodelovanju vseh resorjev, želim, da bi bile naše družine čim bolj informirane o škodljivosti psihoaktivnih snovi na človeško telo, da bi se o drogah začeli pogovarjati v družinskem krogu ter, da bi vsi imeli moč reči drogam NE.

*Rad imeti ljudi pomeni:
veseliti se z njimi in biti dobre volje
v njihovih srečnih dneh;
ter ponuditi jim roko v pomoč in
imeti zanje tolažeče srce v urah njihovih stisk.
Phil Bosmans*

Literatura

1. Auer V.: *Droge in odvisnost: (priročnik za zdravstvene, socialne in pedagoške delavce, Ormož: samozaložba, Ibidem, 2001*
2. Kastelic A, Mikulan M.: *Mladostnik in droga: priročnik za starše in učitelje; Prohealt d.o.o., Ljubljana, 2004*
3. *Droga in moja odgovornost: zbornik strokovnega seminarja ob 10. obletnici skupnosti Srečanje v Novi Gorici / (uredniški odbor Horvat Žnidaršič Z, Potočnik H, Perše M). Ljubljana: Zavod Pelikan –Karitas, 2006*
4. Täschner K.: *Trde droge – mehke droge?. Ptuj: In obs medicus, 2002*
5. Gržan K.: *Kako biti – vzgajati, da bi otrok laže rekel drogam: NE! , Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota, 2004*
6. Pajnkihar M.: *Teoretične osnove zdravstvene nege, Visoka zdravstvena šola, 1999*
7. Gordon M.: *Negovalne diagnoze, priročnik, Maribor, 2003*
8. *Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego: Uvod v študij negovalnih diagnoz. Maribor 1993*
9. *Odziv družbe na probleme alkohola in drugih drog, priročnik, IVZRS, Ljubljana, 1995*
10. *Statistika CZPOPD Velenje (1994 – 2004)*
11. Lovrečič M, Vegnuti M, Drobne M, Belec M. *Evidenca obravnave uživalcev drog v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog 2003. Ljubljana: Informacijska enota za prepovedane droge. IVZ RS, 2003*
12. Lovrečič M, Drobne M, Vegnuti M. *Ženske in prepovedane droge. Zdrav Var 2004; 43: 205-217*



OBRAVNAVA MLADOSTNIKA ODVISNEGA OD NEDOVOLJENIH PSIHOAKTIVNIH SNOVI

*Prim. Zlatan Turčin, dr. med., spec. ped.
Splošna bolnišnica Maribor
Klinični oddelek za pediatrijo – Maribor*

O AVTORJU

Prim. Zlatan Turčin, dr. med. je rojen 21. jan. 1946 v Zagrebu. Od leta 1972 je poročen in živi v Mariboru. Zaposlen je na Kliničnem oddelku za pediatrijo Splošne bolnišnice Maribor. Je nadzorni zdravnik specialist in vodja pedopsihiatrije. Specialistični izpit iz pediatrije je opravil leta 1978 pri Katedri za pediatrijo MF v Ljubljani. 1982 je končal postdiplomski studij iz »Dječje psihijatrije« na Medicinskem fakultetu sveučilišta u Zagrebu, leta 1995 je zaključil podiplomski študij iz »Družinske dinamike« pri Katedri za psihiatrijo MF v Ljubljani in 1997 podiplomski študij iz »Otroške in mladostniške psihiatrije« pri Katedri za psihiatrijo MF v Ljubljani. Leta 1998 mu je na podlagi 11. člena Pravilnika o podeljevanju naziva primarij, minister za zdravstvo podelil naziv »Primarij«. Ukvarja se z duševnimi problemi otrok in mladostnikov. Je član upravnega odbora sekcije za otroško in mladostniško psihiatrijo Zdravniškega društva, član mestne koordinacije na področju izvajalcev programov preprečevanja, zdravljenja in socialne rehabilitacije odvisnosti od nedovoljenih drog pod pokroviteljstvom mestne občine Maribor. Je višji predavatelj na Visoki zdravstveni šoli Univerze v Mariboru in je tudi aktiven na drugih področjih edukacije strokovnjakov in prebivalstva ter zdravljenja in preprečevanja bolezni.

IZVLEČEK

Avtor opredeljuje kaj so psihoaktivne snovi. Deli jih na dovoljene in nedovoljene. Razlaga razliko med uporabo, zlorabo in odvisnostjo. Prikazuje potek od eksperimentiranja do zasvojenosti. Zdravljenje je lahko nujno v primerih akutne zastrupitve. Opisana je tudi obravnava v različnih fazah odvisnosti.

*Droga je končna in ne izhodiščna točka.
Za naše otroke ni zlo droga,
temveč njihova slabo zastavljena življenjska pot!!!
Don Pierino Gelmini*

Ko govorimo o obravnavi in zdravljenju mladostnika odvisnega od nedovoljenih psihoaktivnih snovi, moramo najprej definirati nekaj osnovnih pojmov. Psihoaktivna snov (PAS) je vsaka kemična snov, naravnega ali umetnega izvora, ki lahko kakorkoli spremeni našo duševnost. Takšnih snovi je veliko. Nekatere od njih lahko povzročajo zasvojenost ali odvisnost. Pogosto se za PAS uporablja izraz »droge«. Beseda najverjetneje prihaja iz arabskega jezika (»dova« = zdravilo). PAS lahko delimo v različne skupine glede na njihove lastnosti (npr. »trde – mehke«, »lahke - težke«, i.t.n.) Za našo temo je najprimernejša delitev na dovoljene in nedovoljene droge (PAS), ki je tudi najbolj sprejeta. Med »dovoljene« droge (PAS) štejemo: alkohol, tobak, hlape, (topila, nekatera lepila, pršila, bencin ...), zdravila i.t.n. Prepovedane droge (PAS) so: Marihuana, Heroin, Ecstasy, halucinogeni, Kokain ... in vsak dan neke nove droge (npr. designerske, tekoče ...). Nekateri avtorji razlikujejo tri stopnje uporabe PAS. Najprej je uživanje (lat. usus). To je občasno zaužitje neke PAS, kot sredstva za premagovanje nekih duševnih težav. Naslednja stopnja je zloraba ali abus. O tem govorimo, ko so zaradi uživanja PAS motene življenjske funkcije (bruhanje, nezavest, težave z dihanjem ...). Končni stadij je odvisnost ali zasvojenost (latinsko: addictio).



Klasični potek navajanja in po tem odvisnosti poteka tako, da mladostnik najprej začne »rekreativno« zlorabljati marihuano (cannabis, »trava« ..) in se ob temu počuti »hi«. Ima lažni privid hitrega odraščanja ob drogi (PAS). To imenujemo »grandiozna faza«. Zaradi škodljivega uživanja ne izvršuje šolskih obveznosti in ima težave v družini. Vse večji problemi zahtevajo vse večje odmerke PAS. V tej fazi nekateri odnehajo, drugi pa nadaljujejo socialni propad z »lahkimi« drogami ali alkoholom. En del pa nadaljuje z redno zlorabo drog in v določenem momentu preide iz marihuane na heroin. Kot se večajo problemi, tako jim sledi povečanje odmerka droge. Pojavljajo se krize in zaužitje droge jo omili. Postopoma pride do psihične odvisnosti in po tem še do fizične, ko se pojavljajo odtegnitveni znaki (abstinenčna kriza).

Zdravljenje je lahko nujno potrebno, če je pacient akutno zastrupljen in je zato njegovo življenje ogroženo. To se zgodi zaradi naključnega predoziranja ali namerno vzetega prevelikega odmerka v samomorilne namene (»zlati šus«). Takrat je indicirana obravnava na urgentnem oddelku zaradi vzdrževanja življenjskih funkcij. Po končanemu zdravljenju akutnega stanja lahko nadaljujemo z obravnavo na pedopsihiatričnem odseku. Dokončno zdravljenje je dolgotrajno in se izvaja zunaj bolnišničnega oddelka.

Obravnava je odvisna od tega, v kateri fazi je mladostnik. Družina ima velik pomen v mehanizmu nastanka zasvojenosti, kakor tudi v postopku obravnave oz. zdravljenja. V začetni fazi, ki jo nekateri imenujejo tudi »faza eksperimentiranja«, je možno preprečiti nadaljnji propad že z ambulantno obravnavo in vključevanjem v skupine pri različnih organizacijah in v različne projekte. Ko je mladostnik že v fazi zasvojenosti, je pomoč bolj zahtevna. Takrat je sodelovanje družinskih članov zelo pomembno. Zmotno je misliti, da je potrebno samo »spremeniti« odvisnika in, da niso potrebne nobene spremembe v družini. Če tako razmišljamo, je bitka že vnaprej izgubljena. Mladostnik je del družine. In zamislimo si, da je družina kakor stroj, precizna ura ali parna lokomotiva. Če zamenjamo eno zobato kolo (z večjim ali manjšim), moramo vsa druga prilagoditi, da bo stroj še deloval. V praksi to pomeni dejansko sodelovanje s terapevtom ali timom. Praviloma je potrebna natančna kontrola, ker edino tako lahko zagotavljamo mladostniku dovolj pomoči. Mladostnik mora zamenjati družbo, okolje, glasbo, ki jo posluša... Vse to zahteva od družinskih članov veliko truda in mnoge žrtve. Nekatere družine tega ne zmorejo. Takrat odvisnika, če je res pripravljen na spremembe (motiviran), lahko vključimo v t.i. »skupnosti« ali »komune«. Danes poznamo različne tipe skupnosti. Nekatere zahtevajo za sprejem, da je kandidat »čist« t.j., da določen čas pred sprejemom ne zlorablja PAS. Druge so do tega bolj »tolerantne«. Bivanje v komuni je tudi različno. Najpogosteje je minimum tri leta. So tudi komune, ki so liberalnejše in lahko izstopiš kadarkoli (na lastno željo). Prisilnega zdravljenja v komuni ni. Mnogi, ki so imeli izkušnjo z drogo, družbenim propadom in so se na robu samomora odločili za komuno, so po tem zaživelih novo življenje. Nekateri so ostali v komunah ali združenjih in pomagajo drugim potrebnim, drugi pa danes živijo družinsko življenje in funkcionirajo »okolju prijazno«.

Naslednjega članka z naslovom; Pregled zastrupitev pri otrocih sprejetih na otroški oddelek Splošne bolnišnice Jesenice, avtorice Jožice Trstenjak, nismo uspeli dobiti do konca redakcije.



MLADINSKI PROGRAM ZA PROMOCIJO ZDRAVJA »TO SEM JAZ«

*Petra Šafran, univ.dipl. soc.
ZZV Celje*

Mladinski program za več zdravja med mladimi To sem jaz so razvili na oddelku za socialno medicino Zavoda za zdravstveno varstvo Celje leta 2000. Ključna vsebina je usmerjena v **krepitev mladostnikove samopodobe**. Dobra samopodoba spodbuja boljši izbor oblik vedenja. Mlad človek bo za življenje potreboval številne veščine, med njimi sposobnost komuniciranja, prilagajanja, organiziranja in prenašanja porazov. Prav dobra samopodoba daje človeku močan preventivni ščit, ki mu je v pomoč pri obvladovanju življenja pod številnimi pritiski in v težko obvladljivih razmerah. Program temelji na dveh pristopih. Ustvarjalci projekta izvajajo spletno komuniciranje in promocijo v šolskem okolju.

Spletna svetovalnica za mladostnike www.tosemjaz.net je priljubljeno virtualno središče mladostnikov iz vse Slovenije. Najstnikom ponuja **možnost anonimnega, hitrega in brezplačnega posvetovanja s strokovnjaki** s področja medicine, psihologije in socialnega dela. Na vprašanja mladih odgovarja skupina 30 spletnih svetovalcev, v kateri je 9 zdravnikov – specialistov, 12 psihologov in 9 strokovnjakov drugih specialnosti. Vsi strokovnjaki delajo prostovoljno in brez plačila. V petih letih so svetovalci mladostnikom odgovorili na 10.000 vprašanj, povezanih s problemi odraščanja. Spletna svetovalnica je specifična oblika »varnostne mreže«, ki blaži padce in udarce med odraščanjem. Je dodatna, dopolnilna oblika opore k že obstoječim virom pomoči, zgrajena s posluhom za odraščajočo generacijo. Vpeta je v pozitivne sinergijske učinke različnih podpornih komunikacijskih in preventivnih pristopov, ki so jih slovenski mladostniki deležni na področju promocije zdravja. Internet se ob ustvarjalni rabi, podprt z močno svetovalno strokovno mrežo, lahko uveljavlja kot preventivni spremljevalec in sooblikovalec krepitve zdravja. Spletišče www.tosemjaz.net je prejemnik nagrade za spletno odličnost Izidor 2005.

Delo v šolskem okolju vključuje izobraževanje za pedagoške delavce o krepitvi samopodobe mladostnikov. Učitelji se izobrazijo za izvajanje delavnic o samopodobi in nato lahko v svojem šolskem okolju izpeljejo različne šolske dogodke, usmerjene v spodbujanje samopodobe mladih. Udeleženci izobraževanj prejmejo brezplačna tiskana komunikacijska gradiva. Delavnice To sem jaz so namenjene razvoju tistih spretnosti, ki lahko najstnikom pomagajo pri uporabi ustvarjalnih strategij za reševanje problemov.



III. SKLOP

**IZKUŠNJE PRI
REŠEVANJU ODVISNOSTI OD
NEDOVOLJENIH PSIHOAKTIVNIH SNOVI**



IZVAJANJE PREVENTIVNIH PROGRAMOV PREPREČEVANJA ZASVOJENOSTI V MESTNI OBČINI NOVA GORICA

*Tanja Šavli, univ.dipl.soc.ped.,
Osnovna šola Kozara Nova Gorica*

*Tanja Pipan, univ.dipl.polit.
Mladinski center Nova Gorica*

Sem **Tanja Šavli**, po poklicu univ. dipl. socialna pedagoginja. Zaposlena sem na Osnovni šoli Kozara Nova Gorica, ki je osnovna šola s prilagojenim programom z nižjim izobrazbenim standardom. S preventivno dejavnostjo se ukvarjam ob službenih dolžnostih. Moje dosedanje delovne izkušnje s področja zasvojenosti so:

- Študijska praksa in prostovoljno delo pri mentorju dr. Viliju Ščuki v ABO v študijskem letu 2000/2001,
- Diplomsko delo: Zasvojenost z vidika bivanjske praznine, Pedagoška fakulteta v Ljubljani, 2002, mentor: dr. Bojan Dekleva,
- Priprava in vodenje preventivnega projekta Z vzgojo proti zasvojenosti v Vrtnu Nova Gorica v letu 2003, ki je bil namenjen staršem in vzgojiteljicam predšolskih otrok,
- Članstvo v LAS za preprečevanje zasvojenosti Nova Gorica.
- Soavtorstvo ankete Analiza stanja o uporabi drog med šolsko populacijo v Mestni občini Nova Gorica (februar in marec 2004),
- Predavanje za starše: Kako preprečiti odvisnost pri mladostnikih, na Mladinskem centru Nova Gorica, oktobra 2005.
- Priprava in vodenje preventivnih delavnic z naslovom Kako do sreče? v šolskem letu 2004/05 ter 2005/06 za dijake prvih in drugih letnikov srednjih šol ter za učence osmih razredov.

Tanja Pipan, po poklicu univ. dipl. politologinja, absolventka podiplomskega študija Sociologija – Sociologija vsakdanjega življenja, kjer se posebej posvečam študijam življenjskega poteka in odraščanja. Trenutno sem zaposlena kot direktorica Mladinskega centra Nova Gorica in se v največji meri ukvarjam z »rizičnimi« mladostniki. Moje dosedanje izkušnje s področja mladine in zasvojenosti so:

- Opravljen temeljni program usposabljanja za mentorje PUM, s katerim sem si pridobila naziv mentorica PUM,
- Vodstvo mentorske skupine Projektnega učenja za mlajše odrasle v Ajdovščini, od 2001 – 2004,
- Predsedstvo Lokalne Akcijske Skupine Nova Gorica od leta 2004,
- Članstvo »mobilnega tima strokovnjakov« Urada za droge za zagon programov za zmanjševanje škode na področju drog v lokalni skupnosti od 2004,
- Soavtorstvo ankete Analiza stanja o uporabi drog med šolsko populacijo v Mestni občini Nova Gorica (februar in marec 2004),
- Priprava in koordiniranje preventivnih Mladinskih delavnic za učence osnovnih in srednjih šol,
- So-organizatorstvo okroglih miz in posvetov na temo psihosocialnih težav mladih.

LOKALNA AKCIJSKA SKUPINA NOVA GORICA

Lokalna akcijska skupina za preprečevanje zasvojenosti (v nadaljevanju LAS) Nova Gorica je bila ustanovljena oktobra 2003 z namenom usmerjanja in usklajevanja aktivnosti na območju Mestne občine Nova Gorica (MONG), vezanih na problematiko drog. LAS je strokovno in posvetovalno telo za župana, mestni svet MONG in druge organe občine kot tudi za posamezne izvajalce programov preprečevanja zasvojenosti, ki združuje strokovnjake s področja zdravstva, policije, šolstva, socialnega varstva in zainteresirano javnost.

Naloge LAS-a so:

- proučevanje stanja in načrtovanje ukrepov za zmanjšanje povpraševanja po prepovedanih drogah,
- spremljanje in koordiniranje ukrepov za preprečevanje uživanja prepovedanih drog,
- usklajevanje in izvajanje preventivnih ukrepov za preprečevanje uporabe prepovedanih drog,
- oblikovanje predlogov sofinanciranja programov preprečevanja uporabe drog, katere predložijo posamezni izvajalci,
- priprava poročil za mestni svet,
- in druge aktivnosti vezane na preprečevanje zasvojenosti.

Z namenom uresničevanja nalog smo si člani LAS-a zadali cilj t.i. celostnega pristopa, kar pomeni, da se tematike drog lotevamo iz različnih vidikov in na vseh ravneh. V ta namen smo k reševanju problematike vključili vse tiste subjekte, ki lahko vplivajo na izboljšanje stanja na področju drog (šole, starše, centre za socialno delo, zdravstvene institucije, nevladne organizacije, občino...).

Tabela št. 1: Prikaz celostnega pristopa

PRIMARNA PREVENTIVA	SEKUNDARNA PREVENTIVA	TERCIARNA PREVENTIVA	KVARTARNA PREVENTIVA
VRTCI ↓ DELO S STARŠI ↓ DELAVNICE Z UČITELJI IN SVETOVALNIMI SLUŽBAMI OSNOVNE ŠOLE ↓ DELAVNICE Z UČENCI OD 4. DO 9. RAZREDA ↓ DELAVNICE S STARŠI ↓ DELAVNICE Z UČITELJI IN SVETOVALNIMI SLUŽBAMI SREDNJE ŠOLE ↓ DELAVNICE Z UČENCI ↓ DELAVNICE Z UČITELJI IN SVETOVALNIMI SLUŽBAMI MLADI, KI NISO VKLJUČENI V IZOBRAŽEVALNI SISTEM (OD 15. DO 25. LET)	↓ RIZIČNI UČENCI - (priložnostni uživalci) - individualna in skupinska obravnava ↓ CSD ↓ P.U.M. ↓ MLADINSKI CENTER ↓ ZAVOD RS ZA ZAPOSLOVANJE ↓ DROG ART (Ljubljana) ↓ POULIČNA PREVENTIVA ↓ POLICIJA, TOŽILSTVO	AMBULANTA ZA BOLEZNI ODVISNOSTI ↓ metadonsko vzdrževanje ↓ metadonsko zdravljenje ↓ DETOKSIKACIJSKI CENTER ↓ PROGRAMI ZMANJŠEVANJA ŠKODE DNEVNI CENTER ↓ ORGANIZIRANI STARŠI ↓ POULIČNA PREVENTIVA	↓ »DRUG FREE« PROGRAMI ↓ REINTEGRACIJSKI CENTRI

ANALIZA STANJA MED ŠOLSKO POPULACIJO V MONG

Z namenom oblikovanja učinkovitega programa na področju primarne, sekundarne in terciarne preventive smo v februarju in marcu 2004 izvedli med učenci in dijaki osnovnih in srednjih šol, anketo o uporabi alkohola, tobaka in ostalih ilegalnih drog v mestni občini Nova Gorica. V anketi je sodelovalo 4109 anketirancev, od tega je bilo 56 % moških in 44 % žensk. Od vseh anketiranih je bilo 26 % osnovnošolcev, 1 % učencev skrajšanih programov, 19 % dijakov poklicnih šol, 34 % dijakov tehničnih šol in 20 % gimnazijcev. V anketiranje smo vključili vse osnovne (8) in srednje šole (4) v Mestni občini Nova Gorica. Vprašalnik je bil kratek (demografska vprašanja, vprašanje o uporabi drog in vprašanje o iskani pomoči). Z anketo smo pridobili 4052 veljavnih anket, katere smo obdelali s pomočjo SPSS programa. Neveljavnih je bilo 57 anket. V nadaljevanju prikazujemo le nekaj rezultatov.

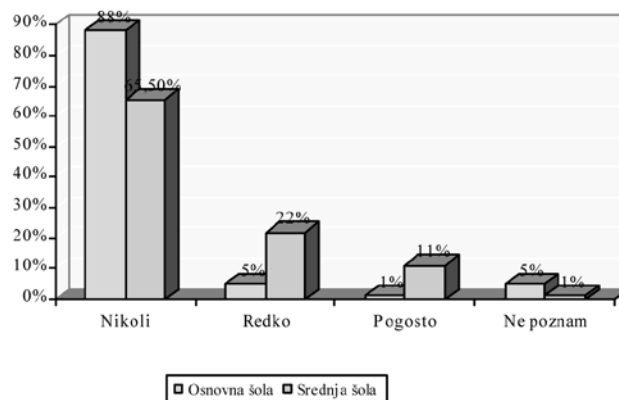


UŽIVANJE MARIHUANE GLEDE NA IZOBRAZBO

Slika št.1: Uporaba marihuane

Tabela št. 2: Uporaba marihuane

	Nikoli	Redko	Pogosto	Ne poznam
OŠ	88,3% 926	5,4% 57	1,3% 14	5% 52
SŠ	65,5% 1988	21,9% 665	11,3% 343	1,3% 38
Skupaj	71,4% 2914	17,7% 722	8,7% 357	2,2% 90

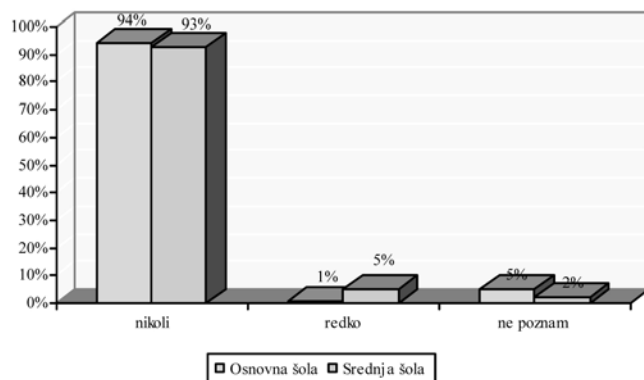


UŽIVANJE EKSTAZIJA GLEDE NA IZOBRAZBO

Tabela št. 3: Uporaba ekstazija

	Nikoli	Redko	Pogosto	Ne poznam
OŠ	982 93,6%	12 1,1%	1 0,1%	54 5,1%
SŠ	2813 92,7%	139 4,6%	17 0,6%	65 2,1%
Skupaj	3795 92,9%	151 3,7 %	18 0,4 %	119 2,9 %

Slika št. 2: Uporaba ekstazija

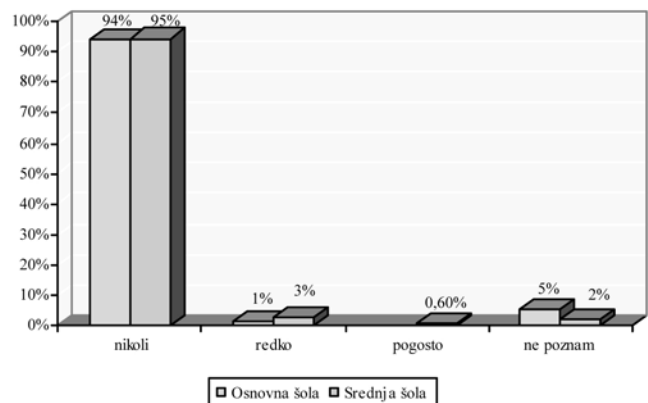


UŽIVANJE KOKAINA GLEDE NA IZOBRAZBO

Tabela št. 4: Uporaba kokaina

	Nikoli	Redko	Pogosto	Ne poznam
OŠ	987 94,2 %	9 0,9 %	1 0,1 %	51 4,9 %
SŠ	2868 94,5 %	75 2,5 %	19 0,6 %	74 2,4 %
Skupaj	3855 94,4 %	84 2,1 %	20 0,5 %	125 3,1 %

Slika št.3: Uporaba kokaina

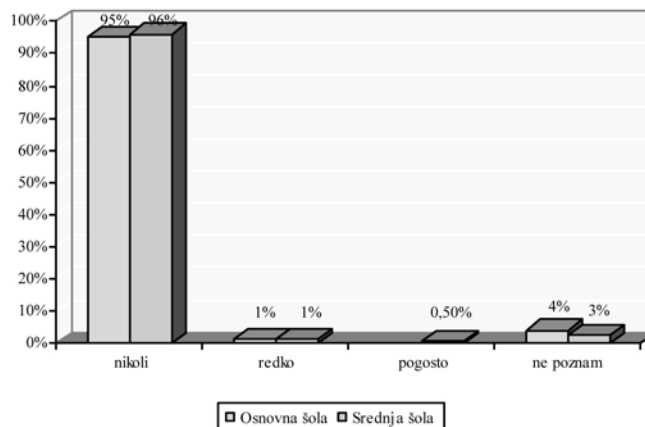


UŽIVANJE HEROINA GLEDE NA IZOBRAZBO

Tabela št. 5: Uporaba heroina

	Nikoli	Redko	Pogosto	Ne poznam
OŠ	996 94,9 %	7 0,7 %	2 0,2 %	44 4,2 %
SŠ	2909 95,8 %	37 1,2 %	13 0,4 %	77 2,5 %
Skupaj	3905 95,6 %	44 1,1 %	15 0,4 %	121 3 %

Slika št.4: Uporaba heroina

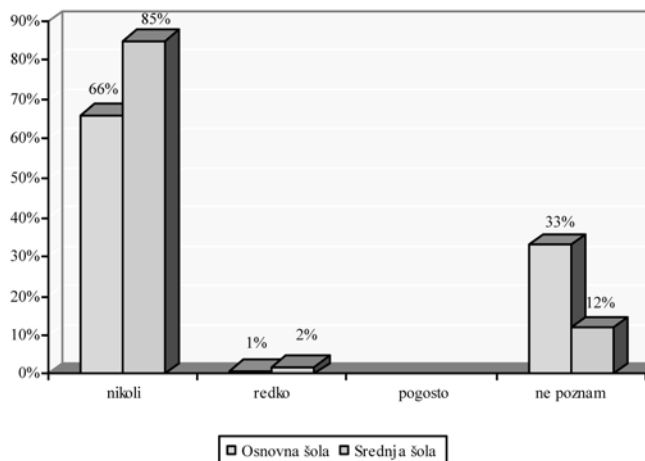


UŽIVANJE AMFETAMINOV GLEDE NA IZOBRAZBO

Tabela št. 6: Uporaba amfetaminov

	Nikoli	Redko	Pogosto	Ne poznam
OŠ	691 65,9 %	7 0,7 %	1 0,1 %	350 33,4 %
SŠ	2601 85,6 %	69 2,3%	13 0,4 %	356 11,7 %
Skupaj	3292 80,5 %	76 1,9 %	14 0,3 %	706 17,3 %

Slika št. 5: Uporaba amfetaminov



Z anketo smo ugotovili:

- Alkohol, tobak in marihuana so najbolj razširjene droge med anketiranimi učenci osnovnih in srednjih šol v MONG,
- 21 % šolske populacije še ni pilo alkoholnih pijač in 49 % populacije ni pokadilo nobene cigarete,
- V srednjih šolah se kaže zaskrbljujoče visok delež uporabe alkohola in tablet ter marihuane in alkohola,
- Marihuano je enkrat oziroma večkrat kadilo 27 % šolske populacije v MONG,
- Največji porast uporabe alkohola in ilegalnih drog se nam kaže v 2. letniku srednjih šol,
- Zaskrbljujoč je porast uporabe kokaina, ekstazija in amfetamina,
- Mladi kažejo neproblematičen odnos do uporabe marihuane.

POENOTENA PREVENTIVA V MESTNI OBČINI NOVA GORICA

Preventivna dejavnost je bila v MONG do leta 2005 v domeni šol in je bila popolnoma prepuščena entuziazmu strokovnih delavcev na šoli ter njihovi seznanjenosti z delom posameznih izvajalcev preventivnih programov. Nekatere šole so temu problemu namenile veliko pozornosti, druge manj. Preventivne programe pa so takrat po šolah izvajali le trije strokovnjaki.

Na osnovi analize stanja uporabe drog med šolsko populacijo v MONG, ki jo je LAS izvedla v februarju in marcu 2004 in strokovnih mnenj članov LAS-a, smo pripravili koncept celostnega pristopa k preventivi.



Mestna občina Nova Gorica je v proračunu za leto 2005 zagotovila finančna sredstva za izvedbo predavanj in delavnic na temo preprečevanja zasvojenosti. Programi so bili namenjeni učencem, dijakom ter staršem otrok v vrtcih in šolah. V ta namen je v mesecu maju 2005 objavila razpis, na katerega so se lahko prijavili vsi zainteresirani izvajalci preventivnih dejavnosti. Vsak izmed njih je posredoval svojo ponudbo, izbor programov pa je opravil Oddelek za družbene dejavnosti MONG v sodelovanju z LAS Nova Gorica. Z izbranimi izvajalci je MONG sklenila avtorske pogodbe z dogovorjenimi roki za izvedbo. S tem smo dosegli, da smo dobili pregled zainteresiranih izvajalcev preventivnih programov preprečevanja zasvojenosti, med katerimi so bili izbrani le najboljši ponudniki. Izbranih je bilo deset izvajalcev, ki so skupaj izvedli 210 srečanj v šestih vrtcih, osmih osnovnih šolah, štirih srednjih šolah in v dijaškem domu v MONG.

Poenotene preventivne programe za učence, starše in učitelje na vseh šolah in vrtcih v občini smo prvič izpeljali v šolskem letu 2005/2006. Namen le-teh je kontinuirano spremljanje otrok in mladostnikov od vrta do konca srednje šole ter sprotno evalviranje in s tem ugotavljanje učinkovitosti in uspešnosti izpeljanih programov. Preventivne dejavnosti morajo upoštevati starost otrok in se smiselno nadgrajevati na vseh izobraževalnih stopnjah. Preventivna dejavnost je namreč učinkovita le, če so preventivni programi stalni, kar pomeni, da so preventivne dejavnosti daljnoročno načrtovane in povezane z ostalimi dejavnostmi v okolju. Pozitivne spremembe v okolju (npr. sponzoriranje zdravega življenja, možnost zdravih oblik prostega časa, zdrava zabava ipd.) namreč vplivajo na vedenje posameznika. Pri tem je odločilnega pomena začetni čas in trajanje preventivnega posega. Kratki posegi niso učinkoviti, pač pa so učinkoviti in najuspešnejši programi, ki se začnejo zgodaj, preden se začne eksperimentiranje z drogami, in spremljajo mladostnika skozi njegov celoten razvoj. Sama preventivna dejavnost mora biti torej načrtovana tako, da zagotavlja uporabnikom stalnost, ekonomičnost, anonimnost, pestrost programov, aktualnost, strokovnost in kvalitetne programe.

Primarno preventivo smo sistematično vključili v:

1. VRTCE,

kjer smo organizirali predavanja za starše ter predavanja za vzgojitelje in svetovalne delavce.

Pri tem nas je vodilo načelo, da so otroci nemalokrat bolj dovzetni za vzore kot nasvete. Pozitivni zgledi staršev so temelj, na katerem je mogoče graditi. Starši, ki se izogibajo alkoholu in tobaku, so aktivni na športnem, kulturnem in izobraževalnem področju, nudijo otroku pozitivne izkušnje, ki mu pomagajo pri razvijanju pozitivnih stališč in vedenj ter veliko prispevajo k njegovi notranji trdnosti. Posebnega pomena pa je tudi čustvena opora v družini, ki jo otrok potrebuje še zlasti za obvladovanje notranjih napetosti.

2. OSNOVNE ŠOLE,

kjer je bila preventiva namenjena učencem, staršem in učiteljem ter svetovalnim delavcem.

Pri prehodu otrok iz otroštva v odraslost so namreč družine postavljene pred mnoge preizkušnje. To je obdobje adolescence, ki v družinsko dinamiko vključuje vprašanja in probleme odraslosti mladostnika, njegovega osamosvajanja in samostojnosti.

3. SREDNJE ŠOLE,

v katerih so se delavnic udeleževali dijaki, posebej pa so bila organizirana predavanja tudi za svetovalne delavce. Med preventivnimi strategijami za dijake morajo daleč prevladovati informacije o zdravem načinu življenja in vzorcih ustreznega vedenja. Informacije o patologiji in problematiki odvisnosti so v preventivi vsekakor pomembne, saj je problematiko omamljanja nesmiselno tabuizirati. Pa vendar, bolj kot sam pogovor o drogah je pomembno mladim omogočiti ustvarjanje uspešnih odnosov v okolju, kjer živijo, in jim odkrivati možnosti za reševanje najrazličnejših stisk. Preventivne strategije morajo poskušati razvijati posameznikovo moč, ki bi ga varovala v stresnih razmerah in okoljih, in poskušati predstaviti mladim posebne možnosti za upiranje pritisku vrstnikov k uporabi drog.

4. DIJAŠKI DOM z delavnicami za dijake.

Mladostnik, ki v svoji bližini nima ne staršev ne učiteljev, dokončno pokaže, katere moči in slabosti nosi

v sebi ter kakšne osebnostne lastnosti in značilnosti združuje. Od tega je v veliki meri odvisno, ali bo mladostnik sposoben previdno in razumno sprejemati izzive, ki mu jih bo ponujalo življenje.

V okviru primarne preventive smo torej s predavanji in delavnicami zajeli starše predšolskih in šolskih otrok, učence, dijake in strokovne delavce v vrtcih in šolah. Vsi udeleženci preventivnih programov so izpolnjevali evalvacijske vprašalnike na podlagi katerih smo ocenili zanimivost in prepričljivost posameznih izvajalcev. Pri samem izvajanju teh programov smo naleteli na določene težave, in sicer:

- Glede na to, da je Mestna občina vzela preventivno dejavnost pod svoje okrilje, so se šole od le-te nekoliko distancirale, saj je niso več pojmovale kot nekaj svojega, pač pa kot nekaj, kar morajo početi. Posledica tega je bila, da se nekatere med njimi niso dovolj angažirale, da bi vzpodbudile starše k sodelovanju v čim večjem številu. Za uspešno pa se je izkazala rešitev, ko so šole organizirale predavanja za starše v okviru roditeljskih sestankov.
- V vrtcih, pa tudi v šolah so se predavanj udeleževali predvsem vzorni starši, težko pa je k sodelovanju pritegniti tiste, ki bi pomoč najbolj potrebovali.
- Preventivna dejavnost med šolsko populacijo ne zajame mladih, ki niso vključeni v izobraževalni sistem. To so tisti mladostniki, ki zaradi takšnih ali drugačnih razlogov predčasno zaključijo šolanje. Po podatkih zavoda za zaposlovanje je bilo samo v letu 2004 v novogoriški upravni enoti okrog 400 takih »osipnikov«, ki so pogosto izpostavljeni večjemu tveganju, da postanejo uživalci prepovedanih drog.
- Preventivna dejavnost se zaključuje z zadnjim letnikom srednje šole in ne vključuje študentske populacije, ki se večinoma izobražuje izven Mestne občine Nova Gorica. Glede na to, da postaja Nova Gorica s Politehniko novo univerzitetno središče, bomo morali v prihodnosti razmisliti tudi o preventivi med študenti, ki bodo prihajali v naše mesto. Res pa je, da se bodo nekdanji dijaki zopet vključili v preventivo kot starši svojih predšolskih otrok.

Z analizo vprašalnikov, ki so jih izpolnjevali udeleženci programov smo dobili pomembne smernice glede izbire izvajalcev. Mladi namreč veliko bolje sprejemajo mlajše izvajalce, ker se le-ti lažje vživijo v njihovo vlogo, se z njimi lažje poistovetijo in so jim tudi sicer bližje. Starši pa zelo cenijo starejše izvajalce, ki imajo za seboj veliko delovnih izkušenj in od katerih pričakujejo odgovore na čisto konkretne težave.

PREDSTAVITEV MOJE PREVENTIVNE DELAVNICE ZA UČENCE IN DIJAKE

Sama sem v šolskem letu 2005/2006 izvajala preventivne delavnice za učence osmih razredov osnovnih šol in za dijake drugih letnikov srednjih šol.

Po mojem mnenju morajo v preventivnem delu daleč prevladovati informacije o zdravem načinu življenja in vzorcih ustreznega vedenja. Bolj kot sam pogovor o drogah je pomembno mladim omogočiti ustvarjanje uspešnih odnosov v okolju, kjer živijo, in jim odkrivati možnosti za reševanje najrazličnejših stisk. Moja preventivna strategija zato poskuša razvijati posameznikovo moč, ki bi ga varovala v stresnih razmerah in okoljih, in poskuša predstaviti mladim posebne možnosti za upiranje pritisku vrstnikov k uporabi drog. Droge so namreč bile, so in bodo del naše družbe. Zato moramo mlade naučiti, kako živeti v družbi, kjer je droga prisotna, pa vendar se ji upreti in iskati učinkovitejše izhode iz življenjskih stisk. Največ pozornosti smo z učenci in dijaki namenili pogovoru o občutku sreče, vlogi družine (oz. pomembnih drugih) in vplivu vrstnikov. Pogosto sem jih postavila pred dilemo, ko jim vrstniki na zabavi ponudijo cigarete, alkohol in droge. Kaj v takem primeru storijo. Ali bi ponujeno sprejeli ali ne in zakaj bi sprejeli oz. s kakšnimi argumenti bi ponujeno zavrnil. Vedno znova se mi potrdi spoznanje, da so mladi zelo tolerantni do cigaret in alkohola, ki sta družbeno pogojena, v veliki meri pa so naklonjeni tudi marihuani.

Tu bi rada opozorila še na t.i. sindrom drugega letnika. V družbi namreč prevladuje mnenje, da so mladostniki najbolj izpostavljeni tveganju za razvoj zasvojenosti v prvem letniku srednjih šol, ker se takrat soočijo s širšim okoljem in novimi vrstniki. Po mojih izkušnjah s preventive in po pogovorih s profesorji na srednjih šolah pa smo oblikovali izraz sindrom drugega letnika, saj se omenjene težave pojavijo najpogosteje prav v tem letniku. Dijakom sem omenila svoje predpostavke, zakaj je temu tako, oni pa so temu le kimali. Torej, v prvem letniku je za dijake okolje popolnoma novo, poleg tega imajo velika



pričakovanja glede nove šole sami, kot tudi njihovi starši, ki budno spremljajo njihov učni uspeh in se pogosteje kot v naslednjih letnikih udeležujejo pogovorni ur. Po uspešnem zaključku prvega letnika pa dijaki zaspijo na lovorikah, njihovi starši pa si oddahnejo, češ, saj jim v šoli gre dobro in nekoliko omilijo nadzor nad svojimi otroki. Ti se v okolju že dobro počutijo in se seznanijo z novimi vrstniki, starši pa jih istočasno manj kontrolirajo, kar je zanje zelo ugodna situacija za stik s prepovedanimi substancami. Med glavnimi razlogi, zakaj bi sprejeli ponujeno drogo, omenjajo: da so potem bolj sproščeni, bolj samozavestni, da se sramežljivi odprejo, lažje navežejo stike, naredijo kaj, kar si sicer ne bi upali in se nasploh bolj zabavajo. Te razloge sem razumela kot težnjo po sprostitvi, ki zajema predvsem rekreativno uporabo drog med vikendi. Iz ankete sodeč pa je po vsej verjetnosti prav zaradi te težnje v porastu uporaba ecstasyja in kokaina med mladostniki. Drugi sklop odgovorov, zakaj bi mladi sprejeli ponujeno drogo pa se nanaša na vpliv vrstnikov. Mladi namreč odgovarjajo, da bi se tako počutili enakovredni drugim, da jih večina to počne, da nisi edini, ki reče ne in da se tako lahko postavljaš pred drugim. Skozi delavnico se zato skušam z mladimi čim več pogovarjati o tem, kaj pridobiš, če v takih situacijah rečeš ne, kam pa te lahko vodi, če popustiš pritisku in rečeš da. Prav zato jim skušam pokazati, da je droga, ki je v njihovih predstavah simbol poguma, drznosti, upora, odraslosti in neodvisnosti, le obljuba zadovoljstva, na koncu pa le napačna pot do pravega cilja. Pot k sreči pelje namreč le preko neugodja in navora. Vse možne bližnjice, kot je tudi omamljanje, so nenaravne in nevarne, saj slejkoprej vodijo v pogubo. Droga do tega cilja ne pripelje ravno zato, ker preseka dolge poti razvoja do poznavanja sebe in razumevanja sveta. Bližnjica, ki jo nekateri izberejo, se izkaže kot zgolj slepa ulica.

SEKUNDARNA PREVENTIVA (Rizični mladostniki)

Obdobje mladosti se daljša in še vedno se ga smatra kot nekakšen medprostor. Nisi več v otroštvu in nisi še v odraslosti. To ima lahko zelo pozitivne učinke, saj se lahko mladi preizkušajo z različnimi identitetami. Za tiste, ki tega ne morejo ali nočejo, pa ima to prej negativne posledice, saj je to čas čakanja, podaljšane odvisnosti od staršev, zmanjšane odgovornosti, manj avtonomije. Zahteve do intelektualnih, čustvenih in socialnih sposobnosti so čedalje višje. Zdi se, da mladi ves čas tvegajo – med množico možnih izbir lahko izberejo napačno. Zato mladost ni več obdobje čakanja, ampak je čas izobraževanja, priprav. Člani Las-a zato za mlade, od 14. do 20. leta, ki so na robu socialne (iz)vklučenosti, eksperimentirajo z ilegalnimi in legalnimi drogami, so vpleteni v lažja kriminalna dejanja, izostajajo pri šolskem pouku ali pa sploh ne obiskujejo šol, predlagamo poseben vsakodnevni program. K razmišljanju o pripravi programa nas je spodbudilo dejstvo, da v Novi Gorici nimamo tovrstnih programov, dnevno pa se srečujemo z mladimi, ki imajo obilico težav pri vključevanju v vsakodnevno življenje svojih sovrstnikov in v družbo nasploh.

Pri mladih opažamo naslednje psihološke značilnosti:

- nezadovoljujoča samopodoba,
- nizka raven samospoštovanja,
- slabša socialna zrelost,
- nesposobnost za prevzemaje odgovornosti,
- disocialne osebnostne motnje,
- potreba po sprejetosti v skupini vrstnikov.

Večina mladih izhaja iz neugodnih gmotnih in socialnih razmer, s kulturno in ekonomsko prikrajšanostjo.

Posledice se kažejo v:

- nedokončanju šolanja,
- brezposelnosti,
- kazenskih pregonih,
- prekomernem uživanju nelegalnih drog in težavah z drogami,
- povečani kriminaliteti,
- drugih oblikah socialno odklonskega in prestopniškega vedenja (v največji meri z agresivnostjo in vandalizmom).

Program bi zastavili kot redno obliko dela z mladostniki. Delo pa bi potekalo v obliki projektnega in individualnega dela ter različnih interesnih dejavnosti.

Osnovni cilji programa:

- povečanje socialne vključenosti mladostnikov v družbo,
- preprečevanje socialno-odklonskih pojavov,
- reintegracija socialno marginaliziranih družbenih skupin,
- preprečevanje socialne izoliranosti,
- preprečevanje ilegalizmov,
- pomoč pri učnih težavah in dviganje motivacije za dokončanje šolanja,
- svetovanje pri konkretnih težavah,
- dviganje ravni splošne izobraženosti,
- pridobivanje funkcionalnih znanj,
- aktivno preživljanje prostega časa.

TERCIARNA PREVENTIVA (Dnevni center)

Zmanjševanje škode na področju drog razumemo predvsem kot programsko usmerjeno politiko, ki se je začela hitro razvijati predvsem v obdobju zadnjih dveh desetletij in predstavlja alternativo tako medicinski razlagi "bolezni odvisnosti" kot tudi represivnemu modelu obravnave uporabnikov drog. Zmanjševanje škode na področju drog lahko razumemo v kontekstu drugih strategij, ki jih ljudje uporabljamo na različnih področjih vsakodnevnega življenja, ko se srečujemo z nevarnimi ali ogrožajočimi situacijami, ki se jim ne moremo ali nočemo povsem izogniti.

S temi programi želimo preprečiti nastanek socialne škode zaradi uporabe drog ali jo zmanjšati ter preprečiti prenos nalezljivih boleznih in s tem tudi nadaljnje slabšanje zdravstvenega in socialnega stanja oseb, ki uporabljajo droge.

Programi zmanjševanja škode nimajo za temeljni cilj doseči abstinenco, ampak zagotavljati manj tvegano uporabo drog in s tem zagotavljati socialno vključenost uporabnikov drog ter njihovo sodelovanje. Člani LAS-a so se zlasti zavzeli za postavitev dnevnega centra za odvisnike, ki bi se odvijal pod okriljem nevladne organizacije. Perečo problematiko, ki se že dalj časa pojavlja v kletnih prostorih zdravstvenega doma v Novi Gorici, bi najbolje rešili, če bi razdeljevanje metadona izvajali v okviru dnevnega centra.

Dnevni center bo tako izvajal:

- **SOCIALNO REHABILITACIJO ODVISNIKOV** (individualni pristop k odvisniku, organizacija skupin za pomoč in samopomoč, delovna terapija, pomoč pri resocializaciji, pomoč pri urejanju birokratskih obveznosti, svetovanje, nudenje malice in ostalih nujnih življenjskih potreb – v sodelovanju z drugimi nevladnimi organizacijami npr. Rdeči Križ, Karitas....),
- **POMOČ DRUŽINAM** (pomoč pri premagovanju kriz, ki nastanejo v družini),
- **TERENSKO DELO** (vzpostavitev stika z uporabniki, posredovanje informacijskega in drugega materiala (igle, prezervativi,),
- **RAZISKOVALNA DEJAVNOST** (spremljanje stanja in potreb na terenu).



NA ROBU PREPADA

*Danica Jazbec
Meniška vas 37a
8350 Dolenjske toplice
tel.: 031 387 049*

Danica Jazbec, rojena 1959 v Novem mestu, je osnovno in srednjo šolo za zdravstvene delavce obiskovala in končala v Novem mestu. Ob redni zaposlitvi j diplomirala tudi na Višji šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani.

Od leta 1979 je bila ves čas zaposlena v Zdravilišču Dolenjske Toplice. Delo, o katerem je sanjala že v osnovni šoli, je opravljala predano in z veseljem.

Z bolnišničnim delom z ljudmi z duševnimi motnjami se je srečala v času študija. Hitro je ugotovila, da je potrebno šolajoče temeljiteje pripraviti na opravljanje praktičnega dela iz psihiatrije. Spoznala je namreč, da se mnogi bojijo govoriti o duševnih motnjah. Zlasti tisti, ki morajo opravljati predvideni praktični del.

Spoznanje, da je za hudo boleznijo zbolel sin, je pred njo postavilo veliko vprašanje brez odgovorov: zakaj ravno on, kdo v družini je imel kaj takega?

Sledila je naravna pot: klic v pomoč. V Šentovem Forumu svojcev Slovenije v Ljubljani tako zagnano sodeluje 4 leta, približno toliko česa se redno udeležuje mesečnih srečanj na Ozari v Novem mestu. Sama si je v težkih urah pomagala s pisanjem dveh kronologij in z ljubiteljskim slikarstvom oziroma s prešanjem in oblikovanjem suhega cvetja. Pri tem je bila uspešna, saj je imela tudi svojo razstavo.

Trenutno se s svojci iz ostalih društev Slovenije povezujejo v skupni Odbor svojcev Slovenije. Rada bi politiki odprli oči in pomagali, da bi družbi uspelo premakniti voz v veji duševnega zdravstva naprej. Potrebno bo pripraviti in sprejeti osnovne zakone, ki jih v sosednjih državah že imajo. Danica Jazbec se zaveda, da si oboleli sami zaradi zdravil in pomanjkanje volje zaradi bolezni ne morejo pomagati. Osnovni namen njenega delovanja je, da bi v Novem mestu pripeljali Šentove delavnice. Na ta način bi zagotovila boljšo rehabilitacijo. Prepričana je, da morajo bolniki o motnjah spregovoriti. Sami. Na ta način si začnejo pomagati. Prepričana je, da je zadnji čas za radikalne spremembe. Marca 2003 je bila ena od pobudnic za ustanovitev skupine za samopomoč Modri val v Novem mestu. Delijejo v RIC-u. Da bi od besed prišla k dejanjem tudi na drugem področju, se je odločila napisati knjigo. Ravno knjiga bo opozorila in dokazala možnost reševanja samega sebe. Torej, naredi korak zase!

Danica Jazbec je prepričana, da bo do premikov prišlo. Ne samo po sebi! Zanesljivo pa takrat, ko se bo tako država oziroma vsak posamezno zavedal, da je dragocen prav VSAK posamezni član družbe in ko bomo vsi skupaj šli naprej po poti reševanja problematike duševnega zdravja. In opozarja: »Duševne motnje in bolezni že hitijo nasproti tistim, ki so prav na vrhu obolevnosti po številu. Majhna država smo, to pa je podatek, ki da misliti. Svojci imamo bogate izkušnje. Naredimo skupaj projekte za boljše jutri, predvsem pa danes, za nas in za njih, ki si sami največkrat ne morejo vedno prav pomagati! Naj bo knjiga Na robu prepada moj skromen začetek!«

Knjigo lahko naročite pri Danici Jazbec.



RAZVIJANJE POZITIVNEGA SAMOVREDNOTENJA OTROK IN MLADOSTNIKOV

*Sanda Mesič Jurin, univ.dipl.psih.
Inštitut za razvijanje osebne kakovosti
www.insti-rok.si; e-mail: info@insti-rok.si*

Tudi v slovenskih šolah so problemi nasilja, zasvojenosti in samomorilnosti vse bolj pereči. INŠTITUT ZA RAZVIJANJE OSEBNE KAKOVOSTI je neprofitna, nevladna izobraževalna organizacija. Cilj naše dejavnosti je preprečevanje nesocialnih oblik vedenja z izgradnjo notranjih temeljev moči osebnosti, razvijanjem osebne odgovornosti, samozaupanja in samospoštovanja. Smo član MEDNARODNEGA ZDRUŽENJA ZA RAZVOJ ZAVESTI O OSEBNI VREDNOSTI in njegov uradni predstavnik v Sloveniji od 10. junija 1998.

Program RAZVIJANJE POZITIVNEGA SAMOVREDNOTENJA OTROK IN MLADOSTNIKOV je namenjen spodbujanju odgovornosti, samozavesti in sodelovanja otrok in mladostnikov. Temelji na predpostavki, da z izgradnjo osebne moči mladim omogočimo, da se bolj učinkovito soočajo z vsakodnevnimi izzivi, s katerimi se srečujejo v šoli in skupnosti. Poleg tega program pripomore k odgovornejšemu in produktivnejšemu življenju v odraslosti. Pri svojem strokovnem delu z mladimi ga danes uporablja že preko 300 učiteljev in svetovalnih delavcev. Njihovi odzivi so zelo vzpodbudni in dokazujejo, da je mogoče s pravilnimi pristopi in programi, zmanjšati odklonilna vedenja med mladimi in jim zagotoviti, kar potrebujejo, da bi bili čimbolje opremljeni za življenje.

Program učiteljem zagotavlja tehnike in gradiva, s katerimi lahko otrokom pomagajo razvijati pozitiven odnos do samih sebe. Dokazano je, da delo po tem programu pozitivno vpliva na učence in dijake, prav tako pa tudi na splošno šolsko klimo. Šole, ki so program izvajale so bile nagrajene z zmanjšanjem števila izključitev, disciplinskih problemov in izstopov iz šole; povečala se je prisotnost pri pouku in dvignila raven motiviranosti učencev.

METODOLOGIJA DELA

Program se osredotoča na razvijanje petih dejavnikov:

- občutek varnosti
- občutek identitete
- občutek pripadnosti
- občutek smiselnosti
- občutek sposobnosti

in spodbuja:

- spoznavanje sebe
- povezovanje z drugimi
- vključevanje v skupnost

Program vsebuje 300 strani didaktičnih gradiv, namenjenih sistematičnemu delu z otroki od 6 do 12 let oziroma mladostniki od 13 do 19 let, priročnik za mentorje, vprašalnik za samoevalvacijo in Analizo mladostnikovega samovrednotenja (AMS).

Delavnice vodi mentor tekom celega šolskega leta, 1-2 x tedensko, v skupnem trajanju 32 ur. Mentor izbere delovne liste glede na potrebe udeležencev. Z individualnim delom, delom v parih in skupinah, pomaga otrokom spoznavati sebe, izmenjevati izkušnje z vrstniki, odkrivati primerne načine uveljavljanja njihovih potreb in reševanja konfliktov ter razvijati učinkovite načine komunikacije z vrstniki in



odraslimi. Pred začetkom udeleženci izpolnijo Analizo samovrednotenja, ki pokaže, katerim področjem je potrebno nameniti posebno pozornost; ob koncu pa z Analizo samovrednotenja ugotovijo svoj napredek.

RECENZIJA PROJEKTA

Razvijanje pozitivnega samovrednotenja otrok in mladostnikov

F.1 Podatki o recenzentu

Ime in priimek recenzenta

Prof. dr. Barica Marentič Požarnik

Institucija

Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani

Delovno mesto

predavateljica

F.2 Rezultati recenzije (povzetek)

Menim, da gre za enega najboljših programov te vrste (ki se jih je v zadnjem času nabralo precej). Za glavni namen ima krepiti osebno čvrstost in samopodobo in s tem preprečevati nezaželene vedenjske pojave med mladostniki. Temelji na solidni teoretični osnovi, svojo zasnovo stalno izboljšuje na osnovi spremljanja in evalvacije izvedb in je vezan na široko mrežo uglednih sodelavcev. Pomembno je, da z evalvacijo ne ugotavlja le, ali so udeleženci z njim zadovoljni, ampak tudi, ali je uspelo na tej osnovi zares doseči pozitivne premike v zmanjšanju negativnih pojavov, kot so razne odvisnosti. /.../

Cilji programa so zastavljeni tako, da ne gre le za 'vzgojni' učinek v ožjem smislu, ampak za prispevek k temeljnemu cilju izobraževanja, kot so npr. navedeni v Izhodiščih kurikularne prenove; saj razvijanje ustvarjalnega, kritičnega mišljenja, notranje motivacije in osebne angažiranosti za učenje ne moremo pričakovati od mladih ljudi, ki nimajo osebne gotovosti, samostojnosti in občutka odgovornosti.



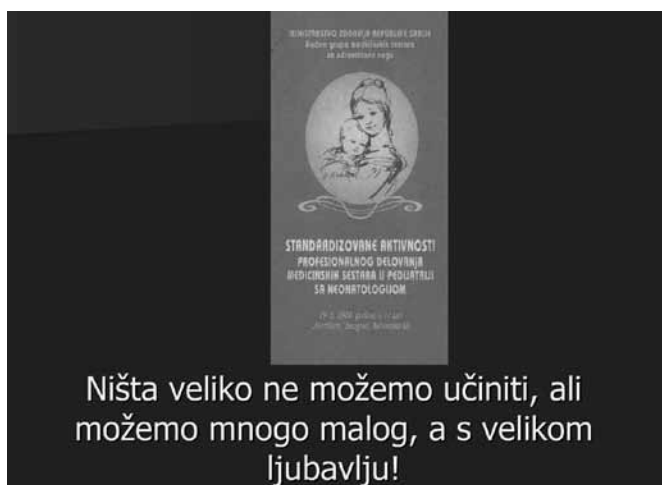
IV. SKLOP

KONTINUIRAN RAZVOJ PEDIATRIČNE ZDRAVSTVENE NEGE Z MEDNARODNO UDELEŽBO

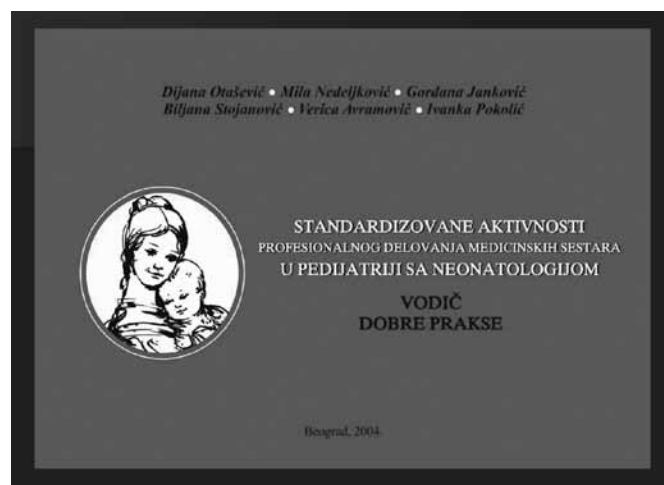


VODIČ DOBRE PRAKSE

*Dijana Otašević, viš.med.ses.
Centar za pedijatriju KBC Zvezdara, Beograd*



Ništa veliko ne možemo učiniti, ali možemo mnogo malog, a s velikom ljubavlju!



Autori ovog Vodiča, svoje znanje i bogato profesionalno iskustvo, sistematski su prikazali kroz deset poglavlja, pazljivim odabirom sestrinskih funkcija iz pedijatrijske prakse, a po metodologiji prvog opsteg Vodiče za medicinske sestre, autora V.Čorluka, Z.Aleksić, M.Djerić, koji je objavljen 2002. god.



AUTORI VODIČA:

- DIJANA OTAŠEVIĆ, VMS - CENTAR ZA PEDIJATRIJU KBC ZVEZDARA
- MILA NEDELJKOVIĆ, VMS – DEČIJA UNIVERZITETSKA KLINIKA
- IVANKA POKOLIĆ, VMS – INSTITUT ZA ZDRAV.ZAŠTITU "V.ČUPIĆ"
- GORDANA JANKOVIĆ, VMS-INSTITUT ZA NEONATOLOGIJU
- VERICA AVRAMOVIĆ, VMS-GAK NARODNI FRONT
- BILJANA STOJANOVIĆ, VMS-VIŠA MEDICINSKA ŠKOLA

■ STRUČNI KONSULTANT
VERICA ČORLUKA DIPL.ING.ORG.RADA

■ RECEZENTI :

- * PROF.DR. S. MAGLAJIĆ - DEČIJA UNIVERZ. KLINIKA
- * DR .LJ. SOKAL-JOVANOVIĆ - GRADSKI ZAVOD ZA ZAŠTITU ZDRAVLJA
- * DR. LJ. RADOVIĆ-CRNČEVIĆ - INSTITUT ZA ZAŠTITU ZDRAVLJA "M.JOVANOVIĆ-BATUT"
- * PROF.DR. LJ. MARINKOVIĆ - VIŠA MEDICINSKA ŠKOLA



KARAKTERISTIKE VODIČA:

- SADRŽI 240 STRANA PISANOG TEKSTA, OBOGAĆEN FOTOGRAFIJAMA I CRTEŽIMA MALIH PACIJENATA
- U DESET POGLAVLJA STANDARDIZOVANO JE 92. SESTRINSKE FUNKCIJE
- ZA SVAKU FUNKCIJU DEFINISANI SU:
*KRITERIJUMI ZA NJENO IZVOĐENJE
*PONUĐENI SU VREMENSKI I KADROVSKI NORMATIVI ZA NJENO OSTVARENJE
*DATO JE UPUTSTVO ZA PRIPREMU DETETA, MEDICINSKE SESTRE, OPREME I MATERIJALA ZA RAD ZA REALIZACIJU SVAKE OBRADENE FUNKCIJE

- DAT JE VALIDAN SISTEM KONTROLE OSTVARENOSTI/NEOSTVARENOSTI RADA
- ANALIZA PODATAKA U CILJU U KONTROLE RADA I ODREĐIVANJA REZULTATA RADA
- SVE FUNKCIJE SU ŠIFROVANE PO POGLAVLJIMA TE IH JE LAKO EVIDENTIRATI I DOKUMENTOVATI
- PONUĐENA JE DOKUMENTACIJA PZN –VMŠ, I LISTA EVIDENCIJE ZDRAV.NEGE

- DEFINISAN JE SADRŽAJ RADA SREDNJE I VIŠE MEDIC. SESTRE (ELEMENTI DELOKRUGA RADA)
- DECIDNO JE NAVEDEN STANDARD KOJIM SE OSTVARUJE KVALITET RADA
- UVEDEN JE POMOĆNI RADNIK U ZDRAVSTVU

SADRŽAJ VODIČA: I DEO

- PRINCIPI KONVENCIJE O PRAVIMA DETETA
 - PRAVA PACIJENTA I ORGANIZACIONA ETIKA
 - SPECIFIČNOSTI ZDRAV.ZAŠTITE I NEGE DETETA
1. ZAKONSKA I STRUČNO-METODOLOŠKA OSNOVA
 2. OSNOVNE MERE I AKTIVNOSTI
 3. ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

II DEO

STANDARDIZOVANE AKTIVNOSTI PZN

- 0.01 PRIKUPLJANJE PODATAKA O DEDETU (SESTRINSKA ANAMNEZA)
- 0.02 ANALIZA I SINTEZA PRIKUPLJENIH PODATAKA (SESTRINSKA DIJAGNOZA)
- 0.03 PLANIRANJE ZDRAVSTVENE NEGE
- 0.04 STAVLJANJE PLANA ZDRAV. NEGE U AKCIJU
- 0.05 VREDNOVANJE (EVALUACIJA) PROCESA RADA
- 0.06 DOKUMENTACIJA PROCESA ZDRAV.NEGE

1. NEGOVANJE PACIJENTA U PEDIJATRIJI (UZ PRIMENU OPŠTIH I SPECIFIČNIH STANDARDA)

STEPENI NEGE

- 1.01 OPŠTA NEGA (ON)
- 1.02 POLUINTENZIVNA (PIN)
- 1.03 INTENZIVNA NEGA (IN)
- 1.04 SPECIJALNA INTENZIVNA NEGA (SIN)
- 1.05 POSEBNA NEGA (PN)

Specifične standardizovane aktivnosti – po izboru

- Aktiv. br. 1. Nega novorođenčeta u boksu za novorođenčad
- Aktiv. br. 2. Nega novorođenčeta u izoleti
- Aktiv. br. 3. Nega novorođenčeta kod primene fototerapije
- Aktiv. br. 4. Nega novorođenčeta kod primene eksangvinotransfuzije (ECT)

- Aktiv. br. 5. Nega intubiranog novorođenčeta
- Aktiv. br. 6. Nega novorođenčeta rođenog sa gastroshizom
- Aktiv. br. 7. Nega deteta u ketoacidozi
- Aktiv. br. 8. Nega deteta na hemodijalizi
- Aktiv. br. 9. Nega deteta obolelog od crevne infekcije



- Aktiv. br. 10. Nega deteta obolelog od Stivens – Jonsonov-og sindroma
- Aktiv. br. 11. Nega deteta kod transplatacije kosne srži
- Aktiv. br. 12. Nega deteta sa politraumom
- Aktiv. br. 13. Nega deteta sa kolostomom

2. EVIDENTIRANJE VITALNIH FUNKCIJA I drugih pokazatelja zdravlja

- 2.01 telesna temperatura
- 2.02 puls
- 2.03 disanje
- 2.04 krvni pritisak
- 2.05 telesna masa
- 2.06 telesna dužina / visina tela

- 2.07 obim dela tela
- 2.08 količina unete i izlučene tečnosti
- 2.09 sakupljanje urina u toku 24 časa - diureza
- 2.10 posmatranje i evidentiranje broja stolica
- 2.11 snimanje elektrokardiograma – EKG
- 2.12 praćenje funkcija preko monitoringa

3. VRŠENJE NADZORA (KONTROLE)

- 3.01 Povremeni nadzor
- 3.02 Povećan nadzor
- 3.03 Stalni nadzor

4. ZBRINJAVANJE DETETA

- 4.01 Terapijski tretman (opšte i specifične aktivnosti rada)
Aktiv.br. 1.Zbrinjavanje deteta pri anafilaktičlom šoku
- 4.02 Higijenski tretman (primeri specifičnih aktivnosti – po izboru)
Aktiv. br. 1.Higijensko zbrinjavanje deteta
Aktiv. br. 2. Jutarnja toaleta novorođenčeta u inkubatoru pod kiseonikom

Aktiv. br 3. Nega usne šupljine novorođenčeta i malog deteta
Aktiv. br. 4. Kupanje deteta sa paraplegijom.

- 4.03 Uspostavljanje dobre komunikacije (primeri – po izboru)
Aktiv. br.1. Uspostavljanje prvog kontakta sa detetom
Aktiv. br.2. Prihvat i smeštaj deteta u bolničko odeljenje
Aktiv. br.3. Zbrinjavanje deteta sa posebnim potrebama

- 4.04 Period pre i posle hirurškog zahvata (primeri - po izboru)
Aktiv. br.1. Zbrinjavanje deteta sa opekotinama
Aktiv. br.2. Postoperativna nega deteta
Aktiv. br.3. Postoperativna nega dece operisane od srčanih mana
Aktiv. br.4. Zbrinjavanje deteta sa dekubitusom
Aktiv. br.5. Previjanje i nega rane kod deteta



■ 4.05. Ostalo (specifične standardizovane aktivnosti – po izboru)

Aktiv. br. 1. Zbrinjavanje vitalno ugroženog novorođenčeta

Aktiv. br. 2. Transport vitalno ugroženog novorođenčeta

Aktiv. br. 3. Prihvatanje vitalno ugroženog novorođenčeta u prijemnoj ambulanti

Aktiv. br. 4. Obrada pupčanog patrljka

Aktiv. br. 5. Asistiranje lekaru pri plasiranju venskog ili arterijskog umbilikalnog katetera

Aktiv. br. 6. Nega kože deteta oko mesta plasiranja centralnog venskog katetera (CVK)

Aktiv. br. 7. Zbrinjavanje deteta za vreme konvulzivno-epileptičnog statusa

Aktiv. br. 8. Nega deteta obolelog od meningokokne sepe

5. HRANJENJE DETETA

■ 5.01 Posluživanje deteta hranom (propisanom dijetom)

■ 5.02 Hranjenje deteta peroralnim putem (kroz usta)

■ 5.03 Unos hrane kroz nazogastričnu sondu

■ 5.04 Unos hrane kroz gastrostomu

■ 5.05 Parenteralni (veštački) put unosa tečnosti i hrane.

■ 5.06 Ostalo (Specifične standardizovane aktivnosti - po izboru)

Aktiv. br. 1. Priprema adaptiranih mleka u mlečnoj kuhinji

Aktiv. br. 2. Postupak sa mlekom u laktarijumu

Aktiv. br. 3. Aktivnosti pedijatrijske sestre u pripremi mleka za ishranu neonatusa.

Aktiv. br. 4. Hranjenje odojčeta.

6 DAVANJE PROPISANE TERAPIJE DETETU

■ 6.01 Unos leka kroz usta (oralni put)

■ 6.02 Unos leka preko kože ili sluzokože

■ 6.03 Unos leka inhalacijom

■ 6.04 Unos leka intramuskularnom injekcijom

■ 6.05 Unos leka subkutanom (intradermalnom) injekcijom

■ 6.06 Unos leka intravenskom injekcijom

■ 6.07 Unos leka sistemom za infuzione tečnosti (i.v. infuzija)

■ 6.08 Davanje transfuzije krvi i krvnih produkata

■ 6.09 Primena sredstava za zagrevanje tela (termofor i dr.)

■ 6.10 Primena sredstava za rashlađivanje tela (rashlađivanje visoko febrilnog deteta u mlakoj vodi, kesa sa ledom i dr.)

■ 6.11 Davanje pomagala za očuvanje integriteta kože, zaštita lokomotornog aparata i dr.)

■ 6.12 Ostalo (specifične standardizovane aktivnosti – po izboru)

Aktiv. br. 1. Davanje vakcina detetu

Aktiv. br. 2. Davanje kiseonika detetu.

7. UZIMANJE BIOLOŠKOG MATERIJALA

■ 7.01 krv - *Uzimanje uzorka krvi za hemokulturu

■ 7.02 mokraća - *Uzimanje urina za urinokulturu

■ 7.03 stolica

■ 7.04 bris - *Uzimanje brisa ždrela i nosa

■ 7.05 ispljuvak

■ 7.06 sekret

■ 7.07 izbljuvak

■ 7.08 ostalo



8.

PLANIRANJE PROPISANE AKTIVNOSTI

- 8.01 Učešće u ZAKAZIVANJU: pregleda; medicinske intervencije; snimanja, stručnog zahvata i drugo.

- 8.02 Pregledanje i AŽURIRANJE prispelih nalaza medicinske dokumentacije deteta.

9.

PRIPREMANJE DETETA ZA MEDICINSKI TRETMAN

- 9.01 Za specijalistički pregled

Aktiv. br.1. Kontrolni pregled odojceta sa navrsenih mesec dana zivota u Decijem Dispanzeru

Aktiv. br.2. Priprema deteta-neonatusa za kontrolni pregled u konsultativnoj ambulanti

- 9.02 Za laboratorijsku pretragu

Aktivnost br. 1. Priprema deteta za OGTT

- 9.03 Priprema deteta za radiolosko (Rtg) ispitivanje
 - 9.04. Priprema deteta za radio-izotopski tretman
 - 9.05 Priprema deteta za funkcionalno dijagnosticko ispitivanje
- Aktiv.br. 1. Priprema deteta za ultrazvucni pregled
Aktiv. br. 2. Priprema deteta za EEG snimanje

- 9.06 Priprema deteta za hirursku intervenciju
- Aktiv. br.1. Priprema deteta za kardiohirursku intervenciju
- 9.07 Priprema deteta za fizio-terapijski tretman
 - 9.08 Ostalo:

Aktiv. br.1. Priprema majke i novorodjenceta za prvi podoj

Aktiv. br.2. Priprema materijala i instrumenata za dezinfekciju i sterilizaciju u operacionoj sali.

10.

UČENJE O ZDRAVLJU

- 10.1 Individualni rad sa detetom (ili njemu bliskom osobom)

Aktiv. br. 1. Edukacija majke o nezi grudi - priprema za dojenje

Aktiv. br. 2. Edukacija deteta obolelog od Diabetes Mellitusa

- 10.2 Rad sa malom grupom

Aktiv. br.1. Psihofizicka priprema zene za porodjaj kao deo nacionalnog programa za zastitu trudnice

Aktiv. br.2. Motivacija buducih majki za prirodnu ishranu deteta-dojenje. Sprovodjenje baby friendly hospital (BFH) inisijative

Aktiv. br.3. Rad sa majkama hospitalizovane dece sa posebnim potrebama (mentalno-higijenski pristup)



IZDELAVA NEGOVALNEGA STANDARDA

*Darja Plank, vms – prof. zdrav. vzg.
Splošna bolnišnica Celje
Služba za zdravstveno nego*

IZVLEČEK

Izdelava negovalnih standardov je zelo zahtevno delo, ki zahteva poleg veliko strokovnega znanja še poznavanje in izbiro ustrezne metodologije dela.

V Splošni bolnišnici Celje smo se odločili za metodologijo Elizabeth Mason, ki omogoča pisanje negovalnih standardov po korakih, je lahko razumljiva in zelo uporabna.

Da bodo negovalni standardi izdelani v skladu z načeli teorije RUMBA (kratica sestavljena iz angl. besed: relevant, understandable, measurable, behavioral, attainable) je izredno pomembna kvalitetna priprava na pisanje.

PRIPRAVA NA PISANJE NEGOVALNIH STANDARDOV

V fazi priprave na pisanje negovalnih standardov si moramo odgovoriti na nekatera temeljna vprašanja oz. razložiti naslednje pojme:

Namen – zakaj bomo standardizirali:

- Želimo enotno poimenovanje stroke v zavodu in širšem okolju;
- Uporabili jih bomo za vrednotenje zdravstvene nege;
- Dosegli bomo višjo kvaliteto zdravstvene nege;
- Imeli bomo enotne podlage za učenje in praktično delo z dijaki in študenti;
- Za pripomoček pri načrtovanju, izvajanju, vrednotenju in iskanju izboljšav;
- Za ugotavljanje kadrovskega potreb in delitev dela;
- Za dvig zadovoljstva pri delu;
- Za vpogled v proces, kvaliteto in rezultate zdravstvene nege.

Delovno področje – glede na to na kateri ravni bomo standarde uporabljali, ločimo:

- Splošne, univerzalne, profesionalne, nacionalne standarde, ki se uporabljajo na ravni stroke;
- Lokalne standarde, katerih veljavnost in vsebino namenimo za uporabo na ravni zavoda, klinike oziroma oddelka.

Značilnosti bolnikov oz. varovancev, za katere standardiziramo vsebino:

- Starost (otroci, mladostniki, odrasli);
- Način zdravljenja (kirurško, internistično, preventiva, varstvo nosečnic,...);
- Najpogostejši negovalni problemi, medicinske in negovalne diagnoze,
- Najpogostejše intervencije, ki jih potrebuje bolnik v okviru zdravstvene nege,
- Stopnja sposobnosti bolnika za samooskrbo (pokretni, nepokretni).

Kakšni so pogoji za pisanje:

- Poznati moramo filozofijo zdravstvene nege, cilj ter stopnjo odgovornosti za strokovno delo in odločanje pri zdravstveni negi;
- Vedeti moramo ali že obstajajo pisni dokumenti (knjiga posegov, negovalni standardi,...).
- Seznaniti se moramo z vsebinami učbenikov za zdravstveno nego in ostalo domačo in tujo strokovno literaturo;
- Poznati moramo navodila oz. smernice za izdelavo standardov;
- Poznati moramo kadre, ki jih bomo vključili v izdelavo standardov;
- Sestava delovne skupine za pisanje standardov mora biti takšna, da se znanja stroke dopolnjujejo s teoretičnimi znanji.



Medicinske sestre so pri pisanju standardov zdravstvene nege spoznale nekatere lastnosti, značilne za dobro napisane standarde in jih strnile v zahteve, ki jih v angleškem jeziku imenujemo **RUMBA**:

R (relevant) – primerni, realni
U (understandable) – razumljivi
M (measurable) – merljivi
B (behavioral) – objektivni
A (attainable) – dosegljivi, izvedljivi

Te lastnosti moramo upoštevati pri razvijanju standardov in vrednotenju napisanih standardov, ko ugotavljamo ali standardi izpolnjujejo posamezne zahteve za predvideno dejansko uporabo.

TIPI NEGOVALNIH STANDARDOV

PROCESNI STANDARDI

obravnavajo akcije medicinske sestre (kaj dela, kako pogosto, kdaj, zakaj) in definirajo kvaliteto zdravstvene nege.

Navedemo:

- Akcije za doseg cilja,
- Določimo trajanje akcije,
- Opišemo potek akcije,
- Opišemo terapevtsko komunikacijo (priprava bolnika na poseg in navodila po posegu).

STRUKTURNI STANDARDI

so namenjeni organizaciji in vodenju zdravstvene nege, saj opredeljujejo:

- Kadre (kdo dela, kakšna znanja mora imeti),
- Okolje (kje dela),
- Materiale (s čim se delo izvaja).

REZULTATNI STANDARDI

določajo kvaliteto izvajanja zdravstvenih negev pričakovani spremembi bolnikovega zdravstvenega stanja, bivalnega okolja in zadovoljstva po opravljeni negi.

Opredeležujejo:

- Kakšen rezultat pričakujemo,
- Kdaj lahko te rezultate pričakujemo (ves čas postopka, čez 20 min,...),
- Kako prepoznamo rezultat (ni znakov vnetja, ni povišane tel. temperature, brez cianoze, odsotnost hipoksije,...).

PEDAGOŠKI STANDARDI

so namenjeni učenju bolnika oziroma varovanca. Pri tem ni pomembna metodologija učenja, temveč vsebina: Standard: učenja pravilne prehrane,...

Enote zdravstvene nege,

ki jih bomo uporabili za pisanje negovalnih standardov:

- Negovalne diagnoze,
- Negovalne intervencije,
- Pojmi v zdravstveni negi (priprava bolnika na operativni poseg, poporodna oskrba matere in novorojenčka,...).

Uporaba metodologije Elizabeth Mason

Metodologija E. Mason nam omogoča postopno oblikovanje negovalnega standarda.



A. PROCESNI STANDARDI

1. enota: Zdravstveni problem oz. potreba, negovalna diagnoza

Negovalni standard oblikujemo v devetih korakih:

Korak 1: Določimo enoto zdravstvene nege.

Vsaki medicinski sestri, ki bo uporabljala negovalni standard, mora biti naziv enote, ki jo standardizira, popolnoma jasen.

Korak 2: Določimo časovni okvir.

- Odločimo se za čas, za katerega bomo pisali standard, saj se potrebe po zdravstveni negi lahko spreminjajo

Korak 3: Ugotovimo cilje zdravstvene nege pri tej enoti.

Pri postavljanju ciljev smo orientirani na skupino bolnikov, oblikujemo tako imenovane tipične cilje, ki so veljavni za celotno skupino bolnikov, ne pa za posameznega bolnika iz skupine. Odločimo se le za najpomembnejše.

Korak 4: Napišemo seznam posegov, s katerimi bomo dosegli cilje.

Navedemo lahko veliko posegov (dnevno tehtanje bolnika, aplikacija tekočine, nega kože, sluznic, ...).

Korak 5: Določimo opazovanja, ki so potrebna pri posameznem posegu.

Vprašamo se:

- kaj moramo opazovati, da ugotovimo učinek posega,
- kaj je potrebno opazovati, da ugotovimo, če je poseg opravljen pravilno (npr. merjenje bilance tekočine).

Korak 6: Ugotovimo, kdaj bomo opravili vsak poseg in opazovanje.

- kdaj je potrebno narediti vsak poseg, da bomo dosegli cilj,
- kako pogosto ga bomo izvajali (vsaki dve uri, enkrat dnevno, ...),
- kako dolgo ga bomo izvajali (neprekinjeno, 10 min, ...),
- kako pogosto in kako dolgo je potrebno opazovanje, da ugotovimo učinek posega in natančnost izvajanja.

Korak 7: Procesne standarde uredimo v logično zaporedje.

Procesne standarde smiselno uredimo in napišemo:

- naziv enote,
- cilji,
- posege in opazovanja oštevilčimo, saj standardiziramo vsak poseg oziroma opazovanje ločeno.

Korak 8: Izložimo tehnike in razlage za posamezen poseg.

Ne opisujemo tehnik dela, na primer kako si umivamo roke, kaj je aspetična metoda dela, razen, če ni nujno.

Korak 9: Utemeljimo nespornost, točnost, veljavnost procesnih standardov.

Zapisano uredimo in primerjamo z metodologijo RUMBA.

2. enota: Negovalni posegi

Procesne standarde za negovalni poseg oblikujemo v sedmih korakih:

Korak 1: Določimo poseg.

Natančno, razumljivo določimo oz. poimenujemo poseg.

Korak 2: Določimo cilje posega.

Cilji so jasno opredeljeni in povedo kaj želimo doseči z zdravstveno nego.

Korak 3: Naštejemo glavne negovalne akcije za doseg ciljev.

Za vsak cilj si odgovorimo na vprašanja:

- katere negovalne akcije so bistvene za doseganje tega cilja;
- katere negovalne akcije so bistvene za preprečevanje negativnega rezultata za bolnika glede na možne zaplete;
- ali imamo vso zaščito za bolnika med izvajanjem negovalnih akcij.

Korak 4: Napišemo, kdaj je potrebno izvesti posamezno akcijo.



Vsako akcijo, za katero smo se odločili, časovno opredelimo (kdaj, kako pogosto, pred posegom, med njim ali po njem).

Korak 5: Glede na potek posega uredimo procesne standarde v logično zaporedje.

Korak 6: Izložimo opisane tehnike akcij in razlago.

Korak 7: Utemeljimo veljavnost, točnost in nespornost standardov.

B: REZULTATNI STANDARDI

1. enota. Negovalni poseg:

Rezultatne standarde za negovalni poseg oblikujemo v osmih korakih:

Korak 1: Določimo poseg zdravstvene nege.

Določimo poseg, za katerega pišemo rezultatne standarde.

Korak 2: Določimo cilje posega.

Korak 3: Ugotovimo pozitivne rezultate, ki jih lahko pričakujemo.

- Pozitiven rezultat lahko pričakujemo, če je zdravstvena nega dobro prilagojena bolnikovim potrebam.

Korak 4: Ugotovimo negativne rezultate, ki jih lahko preprečimo.

Preprečevanje negativnih rezultatov lahko izrazimo z besedo »odsoten« ali pa napišemo pozitivno trditev npr. odsotnost cianoze, odsotnost respiratorne infekcije,...

Korak 5: Določimo, kdaj nameravamo doseči posamezni rezultat.

Pri določanju, kdaj bomo dosegli pozitivni ali preprečili negativni rezultat, se vprašamo, kdaj lahko tak rezultat pričakujemo (ves čas intervencije, 20 min po aspiraciji).

Korak 6: Razjasnimo, kako spoznamo pričakovani rezultat.

Opišemo tipično vedenje bolnika ali njegovo reakcijo, ki jo pričakujemo, če dosežemo pozitivni rezultat ali preprečimo negativnega (npr. ni znakov vnetja, odsotnost hipoksije, brez cianoze, ...).

Korak 7: Uredimo standarde v logično zaporedje.

Vsak rezultat in opazovanje napišemo za zaporedno številko:

1. Po aspiraciji so bolnikova dihala prosta mikoze, vdihli so nehrumeči, izboljššan je zvok dihanja, duhanje je mirno.
2. V eni uri po aspiraciji pri bolniku ne opazimo hipoksije, bolnik je brez dispnoe in cianoze, nima pospešenega pulza in spremenjenega krvnega tlaka.
3. Med aspiracijo ni bilo poškodovano traheobronhialno vejevje, na katetru po aspiraciji ne opazimo krvi.

Korak 8: Utemeljimo veljavnost in točnost standarda.

2. enota: Zdravstveni problem, negovalna diagnoza

Rezultatne standarde oblikujemo v devetih korakih:

Korak 1: Določimo enoto zdravstvene nege.

Korak 2: Določimo časovni okvir.

Vsaka enota zdravstvene nege ima časovni okvir. Pri tem si pomagamo z naslednjimi vprašanji:

- v kakšnih časovnih obdobjih bo bolnik potreboval različno zdravstveno nego;
- kdaj moramo spremeniti zdravstveno nego za tega bolnika ob spreminjanju njegovega zdravstvenega stanja.

Korak 3: Ugotovimo cilje zdravstvene nege.

Osvežimo si definicije ciljev in si odgovorimo na naslednji vprašanji:

- kako lahko z zdravstveno nego pomagamo bolniku s tem problemom;
- kakšno stanje želimo doseči.

Korak 4: Ugotovimo pozitivne rezultate, ki jih pričakujemo.

Odgovorimo si na vprašanje, katere pozitivne rezultate lahko pričakujemo, če je ta cilj dosežen kot je načrtovano.



Na primer:

- izboljšanje bolnikovega zdravstvenega stanja;
- čista dihalna pot, lažje dihanje,...

Korak 5: Ugotovimo negativne rezultate, ki jih lahko preprečimo.

Preprečimo okužbo ali upočasnimo razvoj mikroorganizmov.

Preprečimo nastanek zobnih oblog, zobne gnilobe, vnetja ustne sluznice.

Korak 6: Določimo čas, kdaj pričakujemo posamezen rezultat.

Korak 7: Razjasnimo kako spoznamo pričakovane rezultate.

Korak 8: Rezultatne standarde uredimo v logično zaporedje.

Korak 9: Utemeljimo točnost in veljavnost rezultatnih standardov.

C. STRUKTURNI STANDARDI

Korak 1:

Pri oblikovanju strukturnega standarda si pomagamo z odgovori na vprašanja:

- kdo bo opravil intervencijo, kakšna temeljna in specialna znanja potrebuje za to;
- koliko izvajalcev je potrebnih;
- kakšne informacije o bolniku potrebuje izvajalec in na kakšen način si jih pridobi;
- kakšna je vsebina komunikacije medicinske sestre z drugimi izvajalci in kakšne odločitve mora sprejeti;
- kakšne materiale potrebuje za izvedbo posega;
- v kakšnem okolju izvaja poseg.

Korak 2:

Oblikujemo standard:

- Cilje,
- Strukturo,
- Proces,
- Rezultate.

PRAKTIČNI PRIMER PISANJA STANDARDOV

A. Procesni standard

Enota: Negovalni poseg

Korak 1: Določimo poseg.

Dajane zdravila per os odraslemu bolniku

Korak 2: Določimo cilje posega.

- Bolnik bo zaužil predpisano zdravilo.
- Upoštevamo pravilo 5P.
- S čistimi rokami preprečimo prenos okužbe.

Korak 3: Napišemo glavne negovalne akcije za doseganje cilja.

- Priprava pripomočkov na taso ali terapevtski voziček.
- Razkuževanje rok.
- Upoštevanje pravila 5P.
- Kontrola ali je bolnik zdravilo pogoltnil.
- Kozarec in žličko odložimo v ledvičko.
- Dokumentiranje.

Korak 4: Napišemo, kdaj je potrebno izvesti posamezno akcijo.

Bolnik dobi zdravila v skladu s terapevtskim programom.

Kontrolo zaužitja zdravila opravimo takoj.

Roke si razkužimo pred aplikacijo zdravila.

Terapevtski voziček ali taso si pripravimo pred odhodom v bolniško sobo in ga ne puščamo brez kontrole.



Korak 5: Procesni standard uredimo v logično zaporedje

- Naziv negovalnega posega,
- Cilji,
- Akcije.

Korak 6: Metode delitve zdravil 5P ne opisujemo.

Korak 7: Po primerjavi napisanega standarda z metodo RUMBA ga izpišemo v ustrezen obrazec.

B. Rezultatni standard

Enota: Negovalni poseg

Korak 1: Določimo poseg zdravstvene nege.

- Dajanje zdravila per os.

Korak 2: Določimo cilje posega.

- Zakaj;
- Kaj dosežemo;
- Katere zaplete lahko preprečimo.

Korak 3: Ugotovimo pozitivne rezultate, ki jih lahko pričakujemo.

- Bolnik bo zaužil zdravilo brez vnosa bakterij.
- Pravi bolnik bo dobil pravo zdravilo, na pravilen način, ob pravem času in pravilno količino.

Korak 4: Ugotovimo negativne rezultate, ki jih lahko preprečimo:

- Odsotnost težav pri požiranju.
- Odsotnost slabosti ali bruhanja.
- Odsotnost infekcije prebavil.
- Odsotnost bolečine pri požiranju.

Korak 5: Določimo, kdaj nameravamo doseči posamezen rezultat.

- Bolnik se bo med in po zaužitju zdravila dobro počutil.

Korak 6: Kako spoznamo pričakovani rezultat.

- Bolnik bo zdravilo zaužil brez težav pri požiranju.
- Po zaužitju zdravila se bo dobro počutil.
- Bolnik ne bo tožil o bolečinah med požiranjem ali po zaužitju zdravila.

Korak 7: Uredimo akcije v logično zaporedje.

- Pred aplikacijo zdravila je opravljena identifikacija bolnika in zdravila.
- Med posegom se bolnik dobro počuti.

Korak 8: Utemeljimo veljavnost in točnost standarda.

PISANJE STANDARDOV ZDRAVSTEVNE NEGE V SPLOŠNI BOLNIŠNICI CELJE

Polnopomenski negovalni standard postane veljaven dokument, ko ga sprejme določen organ v zavodu. V Splošni bolnišnici Celje je to Kolegij glavnih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov oddelkov in služb.

Na Kolegij glavnih medicinskih sestre in zdravstvenih tehnikov oddelkov in služb smo se dogovorili, da želimo negovalne standarde, ki so vsem razumljivi, kar se da enostavni, pregledni in s čim več informacijami, ki so povezane s posegom, ki ga standardiziramo. Želimo negovalne standarde, ki jih bomo z veseljem prebirali in uporabljali v vsakdanji praksi.

Zato smo se odločili, da procesne, strukturne in rezultatne standarde napišemo v enem dokumentu (tako smo standard strnili na kar se da najmanj papirja).

Da so negovalni standardi še bolj prijetni za branje in še lažje razumljivi, smo jih dopolnili z ustreznimi fotografijami oz. ali skicami in prilogami.

Zavedamo se tudi, da pogosto med delovnim procesom ni časa za prebiranje negovalnih standardov, zato imamo organizirane učne delavnice, na katerih se predstavi negovalni standard s poudarkom na izvedbi standardiziranega postopka. Na ta način smo negovalne standarde še bolj približali vsem medicinskim sestram.



MS potrebujemo v praksi standard v takšni obliki, ki nam bo omogočil hiter pregled nad tem, kaj je v določeni situaciji b i s t v e n o in p o t r e b n o!

ZAKLJUČEK

Negovalni standardi so obvezni dokument pri izvajanju kakovostne zdravstvene nege.

Pisanje negovalnih standardov je izjemno zahtevno delo, zahteva veliko strokovnega znanja, izkušenj in predvsem veliko motivacije. Hkrati pa je negovalni standard dokument v katerem so združena sodobna znanja zdravstvene nege in nas izvajalce vzpodbuja k opazovanju in razmišljanju; torej k vseživljenjskemu učenju.

Literatura

1. Filej B. *Nove usmeritve v razvoju zdravstvene nege*. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, serija LEMON, 1995.
2. Giebzig H. *Quality assurance in nursin care*. Utrech: CBO, 1993.
3. Purnat V. *Pisanje polnopomenskih negovalnih standardov*. *Obzor Zdr N* 1996;30:183-92.



POMEN PRAVILNEGA ROKOVANJA – HANDLING – PRI OTROKU IN VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE

*Alenka Karlovčec, dipl.med.sestra
SB Murska Sobota, Otroški oddelek*

*.... Nič ni statično,
vse življenje je gibanje!*

1. IZVLEČEK

Gibanje nastaja in se pri otroku razvija spontano in je odraz aktivnosti živčnega sistema. Iz enostavnih gibov se s pomočjo razvoja drže in verižnih reakcij razvijejo kompleksni gibi. Koordinacija mišične aktivnosti znotraj celega telesa omogoča normalno napetost mišic (tonus), ki nam omogoča pokončni položaj in lahkotno gibanje.

Pomen gibanja in razvoja gibanja ter pravilnega rokovanja z otrokom je bil dolga leta vezan na obravnavo v nevrološko razvojnih ambulantah in omejen na otroke s težavami v gibalnem razvoju.

V današnjem času pa t.i. metoda »handling« dobiva vse večji pomen tudi v razvoju zdravega otroka. Iz izkušenj namreč vemo, da lahko s pomočjo metode t.i. pravilnega rokovanja, ki temelji na osnovnih zakonitostih gibanja, vplivamo na kakovost gibanja tudi pri otrocih, ki nimajo težav v gibalnem razvoju in s tem preprečujemo razvoj nepravilnih vzorcev gibanja.

Ključne besede: gibanje, handling-rokovanje, razvoj gibanja

2. UVOD

2.1. OSNOVNE ZAKONITOSTI GIBANJA

Gibanje kot eno izmed 14. življenjskih aktivnosti pojmuje v zdravstveni negi kot aktivnost, ki omogoča človeku hojo, držo in ustrezno lego v prostoru.

Osnova gibanja je krčenje in raztezanje skeletnih mišic. Gib kot osnovni element gibanja opravi stop-njevalno delovanje mišičja, ki se prenese na dele okostja preko kit in vezi ter naprej do sklepa, ki pri gibanju sodeluje.

Kosti, mišice, hrustanec in ostala oporna tkiva s svojim usklajenim delovanjem skrbijo za pravilno držo in gibanje.

Gibala so skupaj s čutili (senzorično receptivnimi) najpomembnejša za naše odnose z okoljem. Normalno gibanje je rezultat napetosti in sprostitve gibalnega aparata. Gibalne sposobnosti so podobno kot umske in senzorne pod vplivom dednih dejavnikov in vplivom okolja. Res je, da gibalni razvoj otroka napreduje po sistematičnih zakonitostih, vendar je za nekatere spretnosti (drsanje, smučanje) potrebno učenje. V razvoju gibanja otrok nastajajo med otroci sprejemljive razlike in odstopanja. Gibalni razvoj se začne že v obdobju pred porodom (intrauterino- gibi fleksije, ekstenzije, rotacije, ki otroku pomagajo pri porodu) in je še posebno intenziven do tretjega leta otrokove starosti. Vzorci gibanja, s katerimi se otrok rodi, so celostni gibi, ki se v kasnejšem razvoju spremenijo v funkcionalne gibe. Zato tudi vsi dejavniki, ki vplivajo na pravilnost ali nepravilnost razvoja gibanja lahko izhajajo že iz zgodnjega obdobja nosečnosti, kot tudi porodnega in poporodnega obdobja. Tako je okvare CZS možno ugotoviti že pred porodom, saj je možno opazovanje kvalitete gibanja.

Gibanje je v začetku nehoteno in nekontrolirano. V času razvoja otrok najprej čedalje bolj obvladuje spontane gibe in slednjič doseže nadzor na gibanjem. Vzporedno z nadzorom nad gibanjem lastnega telesa se razvijajo možganski centri, ki nadzirajo motorični razvoj. Zrelost celotnega telesnega sistema je predpogoj za učenje gibalnih sposobnosti. Tako razvoj gibanja poteka naprej tudi pri možganskih okva-

rah, vendar se v teh primerih razvijajo nepravilni vzorci drže in gibanja .

Tako je gibanje kot telesna dejavnost večplastna in zapletena življenjska funkcija, ki vpliva na druge funkcije otroka in je odvisna od mnogih vplivov.

2.2. FAKTORJI, KI VPLIVAJO NA GIBANJE

1. BIOLOŠKI FAKTORJI (dednost)

- Konstitucija
- Čutila
- Telesna moč in motorika (vsaka motnja na kateremkoli delu lokomotornega aparata ali živčnem sistemu vpliva na razvoj gibanja in gibanje samo)

2. PSIHIČNI FAKTORJI

3. SOCIOKULTURNI VPLIVI

4. FAKTORJI OKOLJA

O obolenjih v zvezi z gibanjem govorimo, kadar nastopijo motnje v hoji, drži in koordinaciji gibov. Vzroki za omejitve in nepravilnosti v gibanju pa si prirojene in pridobljene.

3. RAZVOJ GIBANJA PRI OTROKU IN POMEN METODE HANDLING

Motorični razvoj otroka in razvoj potekata po naprej označeni poti. Je genetsko določen in odvisen od celovitosti in ohranjenosti centralnega živčnega sistema. Vendar je vpliv zunanjih dejavnikov prav tako pomemben; v zadnjem času mu priznavajo vse večjo vlogo pri izgradnji razvoja. Dejstvo, da lahko z našim ravnanjem vplivamo na razvoj, že desetletja s pridom uporabljajo vsi, ki se ukvarjajo z razvojno nevrološko obravnavo otrok.

Karl in Berta Bobath sta na tem področju naredila zelo veliko. **S posebnim konceptom obravnave, katerega sestavni del je tudi »handling«, sta dosegla velik napredek** v obravnavi otrok s težavami v gibalnem razvoju. Velikokrat že samo pravilno rokovanje v najzgodnejšem otrokovem obdobju pomaga, da nepravilni gibalni vzorci izzvenijo.

Šele v zadnjem času pa se je pojavila ideja, da bi ta način rokovanja uporabljali vsi, ki delajo na področju pediatrije. Predvsem tisti, ki delajo z nedonošenčki, novorojenčki in dojenčki do prvega leta starosti. Tako bi bila zajeta vsa populacija otrok in ne le rizična skupina. Ta pristop pa pomeni tudi preventivo pred prikritimi nepravilnostmi v razvoju in obenem otroku pomaga pri izoblikovanju čim boljše kvalitete gibanja.

Mejniki v gibalnem razvoju so določena ključna vedenja, ki so pomembna za posameznikovo razvojno obdobje in se pojavljajo po točno določenem zaporedju (plazenje, hoja, tek). Mejniki služijo bolj ali manj natančnemu napovedovanju otrokovega razvoja (Alen in Martoz, 1989; Marjanovič, Umek 2001).

Vendar razvoja gibanja pri otroku ne moremo ocenjevati samo po mejnikih, ki so dedno pogojeni. Zanimati nas morajo predvsem aktivnosti, ki te mejnike omogočajo. **Pomembno je poznati njihov vrstni red in videti kvaliteto posameznih vzorcev gibanja in ne le to, ali so nastali ob pravem času. Upoštevati je potrebno individualnost vsakega posameznega otroka. Vsak otrok je osebnost zase in dozoreva na sebi lasten način – v okviru mejnikov, ki so dedni ter zunanjih faktorjev, ki jih je bil deležen med nosečnostjo, porodom in poporodnem obdobju.**



STAROSTNO OBDOBJE	ZNAČILNOSTI GIBALNEGA RAZVOJA
PRED ROJSTVOM	<ul style="list-style-type: none">• V 11. tednu so opazni znaki prijemalnega refleksa, jasen prijemalni refleks pa v 15. tednu.• V 18. tednu premika roke proti glavi kot zaščito proti močni svetlobi.• V 8. mesecu se lahko izzove pogojni refleks.
OD ROJSTVA	<ul style="list-style-type: none">• Takoj po rojstvu izvaja več naključnih gibov: brca, maha z rokami, se zvija;• otrok se rodi z nekaj primarnimi refleksi, kot so: objemalni-Moorojev refleks; prijemalni refleks; refleks avtomatske hoje; babinski refleks; sesalni, požiralni in eliminacijski refleks.• Pri poskusu poseđanja s potegom za roke glava znatno zaostaja .• V trebušnem položaju se pojavlja položaj popolne fleksije; v budnem stanju v trebušnem položaju za nekaj sekund dvigne glavo od podlage in jo obrne na drugo stran tako, da sprost nos za normalno dihanje. Vsak novorojenček ima svojo stran, na katero spontano obrne glavicco.• Dlani so stisnjene v pest
1. MESEC	<ul style="list-style-type: none">• Začetek procesa t.i. kraniokaudalne ekstenzije, v katerem iz prevladujoče popolne fleksije glave, trupa in ekstremitet postopno prehaja do ekstenzije.• Leži na hrbtu, z glavo proti eni strani, prisoten nesimetrični tonični refleks glave in vrata v odnosu do ekstremitet(na strani kamor otrok obrne lice so ekstremitete v ekstenziji; ekstremitete na nasprotni strani so v fleksiji. To traja do tretjega meseca otrokove starosti.
2. MESEC	<ul style="list-style-type: none">• V trebušnem položaju za nekaj sekund dvigne glavicco do 45st.; opira se na komolce in podlahti• Leže na hrbtu obrača glavicco;• Obvladovati začne vratne mišice; v naročju drži glavicco pokonci; ukvarjati se začne z rokami,• Konec drugega meseca se začne smežati
3. MESEC	<ul style="list-style-type: none">• Leže na hrbtu obrača glavo in brca z nogami• Razpira roke in jih izteguje proti ponujenemu predmetu;• Proti koncu 3.meseca dvigne glavo od podlage pod pravim kotom , pri tem se opira na komolce in podlahti, je pa fiksiran v kolkih in kolenih;• Socialni nasmeh kaže na sposobnost nadzorovanja obraznih mišic• V sedečen položaju ob opori je hrbtenica v popolni kifozi• Izginja refleks avtomatske hoje
4. - 5. MESEC	<ul style="list-style-type: none">• Svoje roke že dobro pozna, nenehno se igra z njimi; faze zbranosti so pri tem že daljše• Obvladuje mišice ramen: za krajši čas pase kravice• Ob poskusu poseđanja s potegom za roke glavicca le v začetku sledi trupu, nato omaga; če pa se otroku malo pomaga, postavi glavicco v vertikalni položaj; pri sedenju ob opori je hrbtenica v kifozi smo v spodnjem delu lumbalne hrbtenice• V položaju na hrbtu sam dvigne glavicco in pogleda svoje noge
6. MESEC	<ul style="list-style-type: none">• ob podpori kolena in medenice otrok sedi čvrsto in dalj časa; hrbtenica je ob tem vzravnana• s pomočjo dobre kontrole trupa zna dvigniti noge v zrak in se z njimi igrati• nauči se prehoda na bok in obrata na trebuh in nazaj• usklajeno uporablja obe roki; kar prime drži čvrsto in ne izpusti iz rok
7.-9. MESEC	<ul style="list-style-type: none">• otrok samostojno sedi• veliko se plazi, najprej »ritensko«, v začetku je trebuh še na tleh• otrok postopno prehaja v štirinožni položaj, ki do popolnosti pripravi ramenski obroč in medenico za stoji in hojo ter poskrbi za dobro koordinacijo gibanja in pripravi telo za pokončno držo.• Prijema in pobira predmete v okolici (radiopalmarni prijem), premika predmete iz roke v roko in s tem vzpostavlja temeljno okulomotorno koordinacijo
9. - 12. MESECEV	<ul style="list-style-type: none">• Otrok začne vstajati ob opori in hoditi »vstran«• Nauči se spuščanja na tla, hoje vstran in samostojne ga stanja in šele nato hoje naprej• Ko upihne prvo svečko se otrok plazi, hodi-samostojno ali ob opori in se skloni, da bi dosegel željeni predmet.
18. - 20. MESECEV	<ul style="list-style-type: none">• Ob opori in kasneje samostojno hodi po stopnicah• Izpopolni hojo in zna teči, zna se ustaviti in nadaljevati pot• Kotali žogo in jo brca
22. - 24. MESECEV	<ul style="list-style-type: none">• Samostojno hodi po stopnicah• Hodi po prstih naprej in nazaj, preskoči nižjo oviro
V TRETJEM LETU	<ul style="list-style-type: none">• Kratek čas stoji na eni nogi• Teče stabilno in previdno, je veliko v gibanju• Vozi kolo s pedali• Skače čez ovire, se plazi pod ovirami, poskakuje kot zajec, skače naprej in nazaj , skače iz postelje• Igra se z žogo



4. NASVETI ZA POSAMEZNA RAZVOJNA OBDOBJA

4.1. Od 0-3 mesecev starosti

PREVIJANJE, SLAČENJE, OBLAČENJE, DVIGOVANJE IN NOŠENJE

Osnovni prijem za otroka v tem obdobju je prijem preko stegen. Z nežnim potegom navzdol dobimo podaljšavo, ki teče preko celotnega hrbta in vratu. To otroku omogoči tesen kontakt s podlago, dobro kontrolo trupa in ga pripravi za aktivno sodelovanje pri prenosih teže. Je izhodiščni položaj, iz katerega otroka s pomočjo rotacij preko medenice vodimo v bočni ali celo trebušni položaj.

Ta prijem je osnova vsega rokovanja in pomaga normalizirati mišični tonus, preprečuje uporabo ekstenzijskih vzorcev, obenem pa otroka dela aktivnega in ga sili k sodelovanju.

PREVIJANJE:

uporabimo prijem preko stegen, ne pa dvig za stopala, saj s tagim potegom izzovemo neprijeten nateg, pasivni dvig medenice brez rotacij in popolno pasivnost otroka. Izogibati se je potrebnih stacionarnih položajev in uporabljati stalne prehode iz hrbtne v bočni položaj in nazaj. S tem otrok dobi prve informacije o prehodih na bok in ga pripravimo za fazo obračanja.

OBLAČENJE:

Rok skozi rokav oblačila ne vlečemo, ampak nežno vodimo s prijemom za zapestje in dlan. Otrok ob tem lahko leži v bočnem ali hrbtnem položaju. Roke pri tem obračamo navzven, da odpiramo ramenski obroč, pospešujemo odpiranje dlani. Ne uporabljamo prijema preko dlani, saj s tem stimuliramo primarni refleks prijemanja, ki mora izzveneti. Glavica mora ostati ves čas v liniji s telesom in ne sme siliti v opistotonus.

DVIGOVANJE IN NOŠENJE:

Tudi tu uporabimo bočni položaj in dvig preko boka. S tem se izognemo dvigovanju iz hrbtne položaja in otrokove popolne pasivnosti ter posledičnega izzivanja Moorjevoga refleksa in pretiranega iztegovanja.

Z dvigovanjem preko boka otroka učimo stalnega prehajanja iz enega položaja v drugega, učimo ga kontrolirati glavo ter druge aktivnosti, ki mu bodo olajšale nadaljnji razvoj.

NOŠENJE:

Tako kot pri ostalih aktivnostih je tudi nošenje potrebno menjavati preko ene in druge strani, sicer otrokovo telo vedno deluje v eni smeri in s tem pospešujemo nastanek asimetrij. Pri nošenju je pomembno, da glavo podpiramo na zatilju in ne pod vratom in da z drugo roko oblikujemo stolček za ritko. Uporabljamo lahko tudi nošenje preko trebuha in preko ramena (podiranje kupčka).

V prvih treh mesecih uporabljamo predvsem ležeče položaje nošenja, saj je kontrola glave še preslaba, da bi otrok zmožni pokončni položaj. Previdni moramo biti tudi pri nošenju v rutah, štorokljah in nahrbtnikih, saj le ti pripomočki otroku velikokrat jemljejo možnost gibanja in so razlog nepravilnosti v gibalnem razvoju, predvsem v smislu asimetrij.

SPANJE :

Otroka polagamo v vse položaje. Za spanje se uporablja bočni položaj, v budnosti pa vsi ostali: hrbtni, bočni, tudi trebušni. V trebušni položaj ga v začetku polagamo za zelo kratek čas, ki ga potem postopno stopnjujemo. V začetku ga polagamo v trebušni položaj preko naših nog ali na naše telo v ležečem položaju.

HRANJENJE:

Pomemben je tudi dober položaj med hranjenjem. Poskrbimo predvsem za to, da glavica med hranjenjem ne bo visela nazaj in da z žličko ali dudico ne podrsamo po zgornji ustnici ampak nežno pritisnemo na jezik in s tem stimuliramo sesanje oz. aktivno pobiranje hrane iz žlice.



4.2. Od 4.-6. meseca

To je obdobje, ko otrok čedalje bolj spoznava svojo okolico, lastno telo mu predstavlja igro in gibanje nov izziv. Obračanje mu postane prvi način gibanja v prostoru. Nujno je, da **mu dovolimo igro na tleh in da ga ne polagamo več v lupinice in stolčke, kjer je njegovo gibanje omejeno.**

Izogibamo se dvigovanju pod pazduho in še naprej uporabljamo prehod na bok in stranski dvig. Pri nošenju vedno bolj uporabljamo pokončni položaj; vendar še ne pretiravamo. Otrok v tem času že kontrolira glavo in trup, vendar ne do popolnosti. Pretiravanje v fazi vertikalizacije otroka lahko vodi v slabo držo in prevelike obremenitve hrbtenice. Nosimo ga lahko s hrbtom prislonjenega na nas, spodnja roke drži sednico in zgornji del stegna.

4.3. Od 7.-9. meseca

To je obdobje, ko otrok začne obvladovati samostojno sedenje in prehaja v štirinožni položaj. Tu starši ponavadi naredijo največjo napako, če otroka začnejo postavljati na noge. S tem prekinejo normalen vrstni red razvoja in preskočijo hojo po štirih, ki je izrednega pomena. Samo štirinožni položaj pripravi ramenski obroč in medenico na stoji, poskrbi za dobro koordinacijo gibov in pripravi telo za pokončni položaj.

4.4. Od 9.-12. meseca

V tem obdobju začne otrok vstajati in naredi prve korake. Prav tako kot za plazenja velja tudi v tem obdobju zmernost in postopnost prehajanja v hojo. Otroku moramo pustiti, da se nauči najprej **vstajanja, spuščanja na tla, hoje vstran in samostojne stoji. Šele nato bo začel s prvimi koraki hoje naprej. Kadar mu v hoji ponudimo roko, naj bo to izključno v višini ramen. S tem dosežemo, da gradi ravnotežje, roka mu daje le občutek varnosti.**

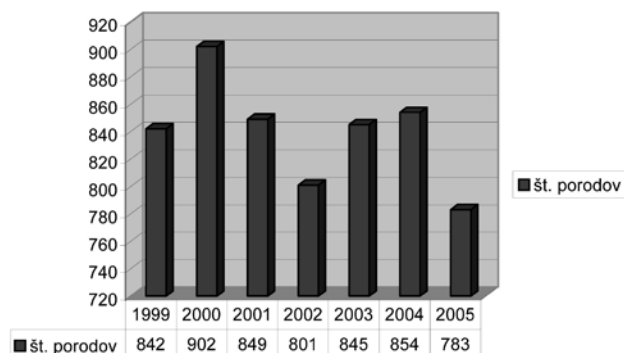
V tem obdobju se pojavljajo tudi vprašanja o obutvi. Čevlji naj bodo visoki, da zajamejo tudi gležnje, stopalo anatomsko oblikovano. Sicer pa velja, da naj bo otrok čimveč bos, da lažje izoblikuje ravnotežnostne reakcije in preko stopal sprejme čimveč informacij.

5. ZAKLJUČEK

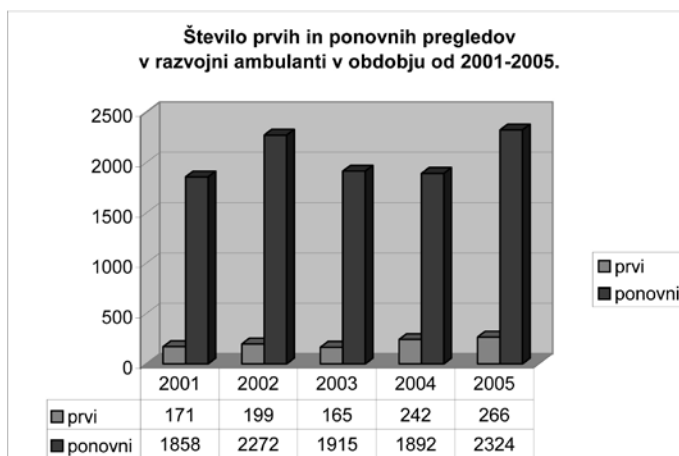
Gibanje pri otroku nastaja in se razvija spontano. Naloga zdravstvenih delavcev, ki se pri svojem delu na kakršen koli način srečujemo z otroci, predvsem do prvega leta starosti, je, da staršem pomagamo razumeti namen in pomen pravilnega razvoja gibanja in s tem omogočimo otrokom tudi kvaliteto v razvoju gibanja, drži, hoji in koordinaciji.

6. STATISTIČNI PODATKI

ŠTEVILO PORODOV V OBDOBJU OD 1999-2005

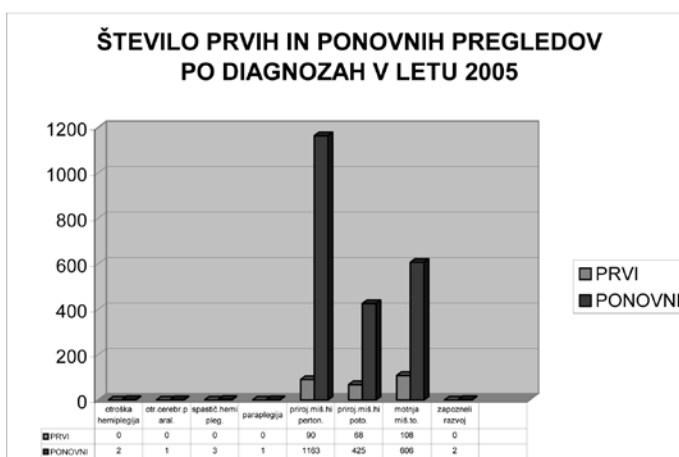


Graf 1. Število prvih in ponovnih pregledov v ambulanti za razvojno nevrologijo v obdobju od leta 2001-2005



Graf 2. Število porodov v porodnišnici Murska Sobota v obdobju med leti 1999-2005

Kljub upadanju števila rojstev v naši pokrajini se iz leta v leto povečuje število obiskov v Ambulanti za razvojno nevrologijo. V letu 2001 je delež obiskov glede na število porodov znašal okrog 20%, v letu 2005 pa skoraj 34%.



Graf št.3: Najpogostejše diagnoze v Ambulanti za razvojno nevrologijo v letu 2005

Literatura

1. Leach P. *Otrok od rojstva do šole. Založba DOMUS. Ljubljana, 1991.*
2. Marjanovič Umek L., Zupančič M. *Razvojna psihologija. Znanstveno raziskovalni inštitut filozofske fakultete Ljubljana, 2004.*
3. Potrč J. *Pravilno rokovanje v – handling- v zdravstveni negi zdravega otroka. V: Zbornik predavanj ZZNS in sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v vzgoji in izobraževanju. Maribor, 2005.*



RAZISKOVALNO DELO V PEDIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI S PODPORO INFORMATIKE

Beisa Žabkar univ. dipl. org.
Marijan Koren univ. dipl. org.

RAZISKOVALNO DELO V PEDIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI S PODPORO INFORMATIKE

Beisa Žabkar univ. dipl. org.
Marijan Koren univ. dipl. org.

Kaj je raziskovalno delo?

- analiziramo probleme v praksi;
- uvajamo novosti v prakso ZN;
- zagotavljamo znanje za bolj kakovostno ZN;



Kaj je raziskovalno delo?

- vplivamo na ugled poklica in
- njegovo profesionalizacijo.



LOČIMO

- strokovno RD
- znanstveno RD



Iskanje spletnih strani

- ☒ V naslovno vrstico Internet explorerja vtipkamo spletni naslov (URL)
- ☒ Najdemo primeren iskalnik (najdi.si, google.com...) in iščemo s pomočjo ključnih besed

Primer iskanja z iskalnikom najdi.si

- ☒ Predstavitev iskalnika najdi.si
- ☒ Primer: Zbornica zdravstvene nege Slovenije
- ☒ Več ključnih besed pomeni bolj natančno iskanje



Shranjevanje med priljubljene

- ☞ Nastavitev domače strani
- ☞ Pomembno stran shranimo med priljubljene
- ☞ Urejanje priljubljenih, nastavitve

Nekaj zanimivih linkov za pediatrijo

- ☞ <http://www.zbornica-zveza.si/>
- ☞ <http://cobiss.izum.si/>
- ☞ <http://www.uradzdroge.gov.si/pomoc1.php?id=5>
- ☞ http://med.over.net/zasvojenost/droge_programi.htm
- ☞ <http://www.institut.si/samovrednotenje.php>



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE
Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

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



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

- **Splošna bolnišnica Izola**
- **Zdravstveni dom Koper**
- **DROGA KOLINSKA, d.d., Zastopstvo Milupa, Ljubljana**
- **FRUCTAL, d.d., Ajdovščina**
- **HIPP, d.o.o., Ljubljana**
- **ZEPTER SLOVENICA, d.o.o., program Nestle, Ljubljana**
- **LIBERO, d.o.o., Ljubljana**
- **HOFFMANN LA ROCHE, Bayer Pharma Health Care, Ljubljana**
- **MEDIS D.O.O., Ljubljana**
- **FARMEDICA D.O.O., Ljubljana**

Koper, 19.10.2006

Predsednica sekcije medicinskih sester
in zdravstvenih tehnikov v pediatriji
Beisa Žabkar

Priporočajo otrokovi najboljši prijatelji.



STUDIO MARKETING J.W.T

Fructal d.d., Tovarniška 7, Ajdovščina



www.fructal.si

Še dva otrokova najboljša prijatelja priporočata nova okusa Frutek: **Frutek kašico iz sliv** in **Frutek kašico iz jabolk s piškoti**. Obe kašici sta narejeni iz popolnoma naravnih sestavin, ne vsebujeta glutena in sta obogateni z vitaminom C. Slivovo kašico priporočamo za otroke po četrtem mesecu, jabolčno kašico s piškoti pa otrokom po šestem mesecu starosti. Slivova kašica je na voljo v 120 g kozarčku, jabolčna kašica s piškoti pa v 120 g in 190 g kozarčku. Da bo otroštvo zdravo, lepo, razigrano in brezskrbno!



Da bi iz majhnega zraslo veliko.

LINEX®

Pomaga pri driski in napenjanju.



Linex priporočamo:

- **PRI DRISKAH** (VIRUSNIH IN BAKTERIJSKIH), ko je črevesna flora zaradi delovanja patogenih virusov in bakterij porušena.

Linex vzpostavi naravno črevesno mikrofloro, in tako ustavlja drisko.

- **PRI NAPENJANJU ali ČRVIČENJU** zaradi neustrezne hrane.

Z Linexom se vzpostavi črevesna flora, ki je potrebna za delovanje prebavnih encimov in za normalno prebavo.

- **Linex ne povzroča zaprtja.**
- **Linex je primeren za vse družinske člane.**

>> napenjanje



>> driska



član skupine Sandoz

Kakovostna in količinska sestava: Ena trda kapsula vsebuje najmanj $1,2 \times 10^7$ živih liofiliziranih mlečnokislinskih bakterij: *Lactobacillus acidophilus*, *Bifidobacterium infantis* v. *liberorum* in *Streptococcus faecium*. Pomožne snovi: vsebina trde kapsule: laktoza, krompirjev škrob, magnezijev stearat; trda kapsula: želatina, metilparahidroksibenzoat (E 218), propilparahidroksibenzoat (E 216), titanov dioksid (E 171). **Terapevtske indikacije:** Kapsule Linex vsebujejo tri vrste živih liofiliziranih mlečnokislinskih bakterij, ki so del normalne črevesne flore in sodelujejo pri prebavi, ustvarjanju vitaminov in zaviranju razmnoževanja škodljivih bakterij. Kapsule Linex se uporabljajo za podporno zdravljenje pri driski, napenjanju in drugih prebavnih motnjah, ki nastanejo zaradi bakterijskih in virusnih okužb prebavil dojenčkov, otrok in odraslih, zdravljenja s širokospektralnimi antibiotiki in kemoterapevtiki ter obsevanja trebušnih in medeničnih organov. Mlečnokislinske bakterije v Linexu so odporne proti določenim antibiotikom in kemoterapevtikom. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** Pred uporabo naj se bolnik posvetuje s svojim zdravnikom, če ima telesno temperaturo nad 38 °C, če opazi v blatu kri ali sluz, če traja driska več kot dva dneva, če ima hudo drisko z izsušitvijo in izgubo telesne teže, če spremljajo drisko močne bolečine v trebuhu in če ima druge kronične bolezni (npr. sladkorno bolezen) ali zmanjšano imunsko sposobnost organizma (AIDS, okužba s HIV). Driske pri otrocih, starih manj kot tri leta, se ne sme zdraviti brez zdravniškega nadzora. Pri zdravljenju driske je treba nadomeščati izgubljeno tekočino in elektrolite. **Medsebojno delovanje zdravil in druge oblike interakcij** niso znane. Bolniki lahko Linex jemljejo sočasno z antibiotiki in kemoterapevtiki. **Uporaba med nosečnostjo in dojenjem:** Teratogenega delovanja preparata v predkliničnih poskusih niso ugotovili. Ker ni dovolj podatkov o varnosti zdravila med nosečnostjo in dojenjem, jemanja v teh obdobjih ne priporočamo. **Neželeni učinki** niso znani. **Vrsta ovojnine in vsebina:** škatlica s 16 trdimi kapsulami v pretisnem omotu; škatlica s 16 trdimi kapsulami v steklenički. **Način izdajanja:** brez recepta v lekarnah in specializiranih prodajalnah.

Po mirni noči je jutro lepše

Ponoči, ko je nežna dojenčkova ritka najdlje ovita v pleničko, je njena koža še posebej občutljiva. Zato takrat potrebuje najboljšo zaščito.

Kako deluje mazilo Bepanthen?

Mazilo je izrazito mastno, zato po nanosu:

- prepreči stik površine kože z vodo, urinom ali blatom ter
- omili mehanično draženje s pleniciami.

Njegova aktivna učinkovina dekspantenol (provitamin B5) prodre v kožo in od znotraj dodatno okrepi zaščitno plast kože. Pospeši proces obnavljanja kože, celjenje ran ter blaži vnetja. Mazilo Bepanthen ne vsebuje barvil, dišav in konzervansov, ki so najpogostejši povzročitelji preobčutljivostnih reakcij kože.

Da bi učinkovito zaščitili ritko svojega dojenčka, jo namažite z mazilom Bepanthen vsak dan, vsaj zvečer pred spanjem.

In če je koža že pordela?

Nanesite mazilo Bepanthen pri vsakem previjanju na dobro umite in osušene predele, ki so pordeli ali prizadeti zaradi pleničnih izpuščajev. Če v treh dneh ni izboljšanja, obiščite svojega otroškega zdravnika.

Nega prsi med dojenjem

Če so prsne bradavice boleče in razpokane, jih namažite z mazilom Bepanthen po vsakem dojenju. Mazilo bo pospešilo celjenje ran ter blažilo bolečine.



Mazilo Bepanthen je na voljo brez recepta v vaši lekarni v 30g in 100g pakiranju.

Pred uporabo natančno preberite navodilo!
O tveganju in neželenih učinkih se posvetujte z zdravnikom ali farmacevtom.



Probiotično začetno in nadaljevalno mleko za dojenčke

Za dojenčke, pri katerih **ne obstaja tveganje za razvoj alergije** in za **uravnoteženo prebavo**.



Začetno probiotično mleko za dojenčke



Začetno probiotično mleko za dojenčke



Nadaljevalno probiotično mleko za dojenčke



Nadaljevalno probiotično mleko za dojenčke



Probiotično mleko za malčke

Hipoalergeno probiotično začetno in nadaljevalno mleko za dojenčke

Za dojenčke, pri katerih **obstaja tveganje za razvoj alergije**.

Tudi za vse ostale dojenčke z lažjimi prebavnimi težavami (kolike, zaprtost) za **uravnoteženo prebavo**.



Začetno hipoalergeno probiotično mleko za dojenčke



Začetno hipoalergeno probiotično mleko za dojenčke



Nadaljevalno hipoalergeno probiotično mleko za dojenčke

Posebna hrana za dojenčke
Nedonošenčki in dojenčki z nizko porodno težo



Suplementat k materinem mleku



Hrana za nedonošenčke in dojenčke z nizko porodno težo



01/426 99 17

www.nestle.si

Imate vprašanje? Pokličite Nestlé informacije za potrošnike!



Samo Nestlé BEBA ima kombinirani zaščitni kompleks

Nestlé BEBA vsebuje edinstveni zaščitni kompleks Nestlé, naravno kombinacijo zaščitnih sestavin, kot so Bifidobacterium Lactis B_L, dolgoverižne, večkrat nenasičene maščobne kisline (LC-PUFA) in beljakovine Opti Pro®, ki so izredno prilagojene materinemu mleku. Te sestavine otroka ščitijo pred nepotrebni obremenitvami še nerazvitih presnovnih in ledvičnih funkcij ter podpirajo razvoj možganov in vida. Še več: zaščitni kompleks Nestlé pripomore, da se pri dojenčku razvije zdrava črevesna flora in krepi imunski sistem.

Nestlé BEBA z naravnim bifidusom B_L za zdravo črevesno floro

- ▶ Za optimalno aktiviranje imunskega sistema pri dojenčkih
- ▶ Varnost in dobro prenašanje
- ▶ Manj pogoste in manj časa trajajoče driske
- ▶ Manj pogosto zaprtje
- ▶ Manj pogost plenični dermatitis

Nestlé BEBA z LC-PUFA za optimalen razvoj možganov in vida

- ▶ Nepogrešljivo za optimalen razvoj možganov in vida
- ▶ Pomembno za duševni in telesni razvoj
- ▶ Pozitiven učinek na imunski sistem

Nestlé BEBA z OPTI PRO®

- ▶ Beljakovinska sestava po vzoru materinega mleka
- ▶ Izredno lahko prebavljivo in dobro nasitljivo
- ▶ Varuje občutljive ledvice dojenčka

Pomembno opozorilo: Dojenje je za dojenčka najboljši način prehranjevanja. Začetno mleko za dojenčke uporabljajte le po nasvetu pediatrov ali drugih neodvisnih strokovnjakov.

Črevesno floro dojenih otrok sestavljajo skoraj izključno bifidobakterije. LC-PUFA so naravne sestavine materinega mleka. Opti Pro je protein po vzoru materinega mleka.



