



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in
zdravstvenih tehnikov Slovenije



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

Strokovno srečanje z učnimi delavnicami

Vloga medicinske sestre pri izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov

PROGRAM



RADENCI, 13. in 14. marec 2020

Zbornik predavanj

Vloga medicinske sestre pri izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov

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

Strokovni in organizacijski odbor:

Andreja Doberšek, Doroteja Dobrinja, Milena Frankič, Gabriela Gabor, Matjana Koren Golja, Jasmina Kamenčič Germek, Ivanka Limonšek, Andreja Ljubič, Majda Oštir, Minja Petrovič, Cvetka Skale.

Organizator si dopušča možnost spremembe programa.

Urednici:

Andreja Ljubič
Ivanka Limonšek

Recenzija:

Andreja Ljubič
Ivanka Limonšek

Založila in izdala:

Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije –
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, Ob železnici 30A, Ljubljana

Oblikovanje in tisk:

Abakos d.o.o.

Naklada:

140 izvodov

Zbornik ni namenjen prodaji

Radenci, marec 2020

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

616-053.2-084(082)

ZBORNICA zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji. Strokovni seminar (2020 ; Radenci)

Vloga medicinske sestre pri izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov : program : strokovno srečanje z učnimi delavnicami : [zbornik predavanj] / [Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije], Radenci, 13. in 14. marec 2020 ; [urednica Andreja Ljubič, Ivanka Limonšek]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije - Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, 2020

ISBN 978-961-94515-2-6

1. Gl. stv. nasl. 2. Ljubič, Andreja

COBISS.SI-ID 304023808

PETEK, 13. 3. 2020

- 8.00–8.45 Registracija
- 8.45–9.00 Pozdravni nagovori: pred. Ivanka Limonšek, dipl. m. s., univ. dipl. org., predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, predstavnik Zbornice – Zveze

1. sklop: Preventivna zdravstvena dejavnost otrok in mladostnikov

Moderatorici: Doroteja Dobrinja, Majda Oštir

- 9.00–9.15 **Pomen primarnega zdravstvenega varstva v skrbi za zdravje otrok**
viš. predav. mag. Barbara Kegl, univ. dipl. org.
- 9.15–9.35 **Vloga medicinske sestre pri screening testih**
Miranda Zel, dipl. m. s.
- 9.35–9.55 **Razširjena patronažna obravnava družine na domu**
Andreja Ljubič, mag. zdr. nege, Larisa Hreščak, dipl. m. s.
- 9.55–10.15 **Razvojna oskrba kritično bolnega novorojenčka v intenzivni terapiji otrok**
Matjana Koren Golja, dipl. m. s., univ. dipl. org.

2. sklop: Prehrana dojenčka, otroka in mladostnika

- 10.15–10.45 **Nove smernice v prehrani dojenčkov, otrok in mladostnikov**
Andreja Širca Čampa, univ. dipl. inž., klinični dietetik
- 10.45–11.15 **Uvajanje goste hrane na željo otroka (BLW metoda)**
doc. dr. Evgen Benedik, univ. dipl. ing. živilske tehnologije
- 11.15–11.35 **Dojenje v novih smernicah za prehrano dojenčkov**
pred. Cvetka Skale, dipl. m. s., univ. dipl. org., IBCLC, asist. Renata Vettorazzi, dipl. m. s., univ. dipl. org., IBCLC
- 11.35–11.55 **Kengurujevanje novorojenčkov**
Urška Gojič, dipl. m. s., Monika Pevec, dipl. m. s., mag. zdr.-soc. manag.
- 11.55–12.05 Razprava
- 12.05–13.30 Odmor za kosilo



3. sklop **Cepljenje**

Moderatorici: Milena Frankič, Matjana Koren Golja

- 13.30–14.00 **Prizadevanja primarnih pediatrov in šolskih zdravnikov za povečanje deleža cepljenih otrok v Sloveniji**
Špela Žnidaršič Reljič, dr. med., spec. ped.
- 14.00–14.15 **Cepljenje otrok v intenzivni terapiji**
Danijela Milanović, dipl.m.s.
- 14.15–14.30 **Cepljenje pod nadzorom**
Vanja Urlaub, dipl. m. s., Tanja Bele, dipl. m.s.
- 14.30–14.50 **Varna aplikacija cepiva - strokovne smernice in priporočila proizvajalca**
Doroteja Dobrinja, dipl. m. s.
- 14.50–15.05 **Invazivna meningokokna bolezen skupine B (pojavnost, simptomi, preventiva)**
Saša Fras, dipl. m. s., Zoran Simonović, dr. med., spec. javnega zdravja
- 15.05–15.15 **Odnos do cepljenja pri starših predšolskih otrok**
Blažka Limonšek, študentka
- 15.15–15.30 Odmor

4. sklop **Centri za krepitev zdravja, zdravstvena vzgoja, ozaveščanje, promocija**

Moderatorici: Jasmina Kamenčič Germek, Cvetka Skale

- 15.30–15.50 **Obravnava otrok in mladostnikov v Centru za krepitev zdravja ZD Maribor**
viš. pred. Nataša Vidnar, dipl. m. s., univ. dipl. org.
- 15.50–16.05 **Moderna zasvojenost pri osnovnošolcih**
Tina Demšar, dipl. m. s.
- 16.05–16.20 **Pozitivna samopodoba osnovnošolcev - vloga zdravstvene vzgoje**
Andreja Škof, mag. zdr. nege in Tina Jamšek, dipl. m. s.
- 16.20–16.35 **Spodbujanje zdrave telesne aktivnosti pri predšolskih otrocih in vloga medicinske sestre**
Selma Prejac, dipl. m. s.

5. sklop **Zgodnja obravnava otrok**

Moderatorici: Minja Petrovič, Andreja Ljubič

- 16.35–16.50 **Celostna zgodnja obravnava otrok s posebnimi potrebami**
Andreja Doberšek, dipl. m. s., Lidija Žižek, univ. dipl. soc. delavka



- 16.50–17.05 **Duševno zdravje otrok in mladostnikov - zgodnja obravnava in preventiva**
Barbara Pajk, mag. zdr. nege
- 17.05–17.15 Razprava
- 19.00 Večerja

SOBOTA, 14. 3. 2020

- 8.30–9.00 Registracija

6. sklop Komunikacija otrok – starši - medicinska sestra, mediacija v pediatriji

Moderatorici: Jožica Brenčič, Monika Pevec

- 9.00–10.00 **Empatičen odnos - prostor zdravljenja!**
doc. dr. Andreja Poljanec, univ. dipl. psih., spec. ZDT
- 10.00–10.45 **Mediacija in mediacijske veščine v pediatriji**
Vesna Rečnik Šiško, dipl.org., mediator
- 10.45–10.55 Razprava
- 10.55–11.30 Odmor

7. sklop Skrb zase

Moderatorici: Ivanka Limonšek, Andreja Doberšek

- 11.30–12.00 **Skrb zase: sebičnost ali odgovornost?**
Nastja Ornik, mag. psih., edukantka razvojno analitične terapije
- 12.00–12.30 **Ptica v duši – izkustveno sproščanje ob glasbi**
Jožica Brenčič, dipl.m.s., mag. zdr.-soc. manag.
- 12.30–13.30 **Zaključek srečanja - sprostitev ob zvokih gonga in ostalih holističnih inštrumentih**
Vesna Rečnik Šiško, predsednica društva Pretakanje



Spoštovane kolegice in kolegi!

Leto 2020 je mednarodno leto medicinske sestre in babice. Hkrati praznujemo 200-letnico rojstva Florence Nightingale, ki je utemeljiteljica sodobne zdravstvene nege. V pismu Catherine, Vojvode Cambriške, ki je bilo poslano 27.12.2019 in objavljeno v Utripu januarja 2020 je zapisano: *»Ne prosite za pohvalo ali za priznanje, ampak namesto tega neomajno nadaljujte s svojim neverjetnim delom, ki prinaša novo življenje v naš svet. Tako še naprej dokazujete, da je kljub vašim tehničnim sposobnostim in napredku sodobne medicine odnos med vami in ljudmi preprosto dejanje prijaznosti, ki včasih pomenijo največ«.*

Naše spomladansko srečanje je namenjeno vlogi, ki jo ima medicinska sestra pri izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov. Zajeli smo strokovna področja, ki pomembno vplivajo na njihovo zdravje ter gradijo otrokovo prihodnost ter mladostnika usmerjajo v zdrav življenjski slog. Ob tem moramo biti previdni, strokovni, nevsiljivi ter seznanjeni z vsemi trendi s katerimi se srečujejo starši. Le ti najbolje vedo kaj je dobro za njihovega otroka in prav je tako. Vloga medicinske sestre zaposlene na področju pediatrične zdravstvene nege je neizmerna in zelo pomembna. Prvih pet let življenja je v otrokovem življenju najpomembnejše. V tem času potrebuje varno in vzpodbudno okolje svoje družine. Starši, ki skrbijo in vodijo svojega otroka pa potrebujejo strokovno vodenje, pomoč, vzpodbudo in jasne usmeritve. V poplavi informacij, ki so v današnjem svetu stalnica je težko izbrati prava dejstva. Dejstva za katera bodo starši menili, da so prava, trezna in tista, ki bodo njihovemu otroku v korist. Trmasto vztrajanje na stališčih, ki so leta nespremenjena ni smiselno in ne omogoča napredka. Prav je, da starši iščejo informacije in priporočila pri skrbi in negi njihovega otroka.

Skrb za dojenčka, otroka in mladostnika je ključnega pomena v delu medicinske sestre. Njena vloga mora postati vidna in prepoznavna. V skrbi, da dosežemo zaupanje staršev ter njihovih otrok v zgodnjem obdobju in kasneje v obdobju mladostništva moramo skrbeti za pridobivanje lastnega znanja, ki nam bo omogočilo zgraditi zaupen odnos z vsemi deležniki, ki vstopajo na to ranljivo področje.

Medicinske sestre v pediatrični zdravstveni negi imamo jasen cilj: izkoristimo moč in zaupanje ter prevzemimo aktivnejšo vlogo.

Ivanka Limonšek



**PREVENTIVNA
ZDRAVSTVENA DEJAVNOST
OTROK IN MLADOSTNIKOV**

POMEN PRIMARNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SKRBI ZA ZDRAVJE OTROK

mag. Barbara Kegl, viš. pred.

Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede
barbara.kegl@um.si

Izveček

Primarno zdravstveno varstvo otrok je izredno pomembno, saj s tem spremljamo otrokov napredek v rasti in razvoju. Hkrati tudi krepimo in ohranjamo zdravje ter preprečujemo bolezni. V preventivne aktivnosti sodijo preventivni obiski, preventivni pregledi, cepljenja in tudi izvedba kakovostne zdravstvene vzgoje pri otrocih in starših o zdravem življenjskem slogu in o tem, da je zdravje naša najvišja vrednota.

Ključne besede: medicinska sestra, zdravstvena vzgoja, starši, patronažno varstvo, zdravstveno varstvo otrok in mladine

Uvod

Zagotavljanje zdravega življenja in spodbujanje dobrega počutja za vse starosti je trajnostni cilj na primarni zdravstveni ravni (Kidd, et al., 2015). Van Lerberghe (2008) trdi, da ima zdravstvena obravnava na primarni ravni izredno pomembno vlogo in hkrati prispeva h krepitvi samega zdravstvenega sistema. Potrebna je kontinuirana skrb za krepitev in ohranitev zdravja v času nosečnosti, ob porodu in po porodu. Načela iz Alme-Ate so stara 42 let in še vedno zelo živa (WHO, 1978). Dobro primarno zdravstveno varstvo nam omogoča vstopno točko, dostopnost, varnost, enakost in kakovost v zdravstveni obravnavi ter skrbi za krepitev in ohranitev zdravja ter preprečevanje bolezni pri vseh starostnih skupinah, še posebej pa pri nosečnicah, otrocih in otročnicah (Walley, et al., 2008). Široka paleta preventivnih aktivnosti, ki so edinstvene, predstavljajo stroškovno učinkovite storitve za reševanje velikih zdravstvenih izzivov na primarni ravni (Bhutta, et al., 2008; Johns Hopkins University, 2015). Prav tako nam ti ukrepi pomagajo vzpostaviti in vzdrževati zdravo populacijo kar je bistvenega pomena za doseganje splošne zdravstvene pokritosti (Kidd, et al., 2015).

Primarno zdravstveno varstvo

V definiciji primarnega zdravstvenega varstva je zapisano, da je zdravstvena obravnava, ki jo prejemajo ljudje v okolju, kjer živijo in delajo, dostopna vsem posameznikom, družinam in lokalni skupnosti (WHO, 2019a). V okviru zdravstvene politike za evropsko regijo - Health 2020 ostaja temeljni cilj, ki poudarja pomen pristopa k učinkoviti primarni zdravstveni negi kot temelju zdravstvenih sistemov v 21. stoletju. Health 2020 je pomemben korak k uresničevanju Agende 2030, ki je bila sprejeta septembra 2015 pri predstavnikih vseh držav Združenih narodov, v katerem je opredeljenih 17 ciljev, ki so integrirani in nedeljivi (WHO, 2019b): (1) brez revščine, (2) zelena lakota, (3) dobro zdravje in dobro počutje, (4) kakovostno izobraževanje, (5) enakost spolov (6) čista voda in kanalizacija, (7) ugodna in čista energija, (8) dostojno delo in gospodarska rast, (10) zmanjšanje neenakosti, (11) trajnostna mesta in skupnosti, (12) odgovorna potrošnja in proizvodnja, (13) podnebni ukrepi, (14) življenje pod vodo, (15), življenje na kopnem, (16) močne ustanove za mir in pravičnost in (17) pomen partnerstva za doseganje ciljev.

V Sloveniji imamo dolgo tradicijo v primarnem zdravstvenem sistemu. V nasprotju z mnogimi drugimi državami pri nas zdravstvo že v preteklosti ni temeljilo na bolnišnični obravnavi, ampak ima že od nekdaj vzpostavljeno dobro mrežo na primarni zdravstveni ravni (MZ,2016), kar nam daje tudi spodbudne kazalnike zdravstvenega sistema. Zdravstveni sistem nam omogoča



univerzalno vstopno točko oz. vlogo vratarja (MZ, 2016) za vse prebivalce in prav tako brezplačne preventivne aktivnosti, vendar se med ranljivimi skupinami prebivalcev še vedno pojavlja zdravstvena nepismenost, revščina in brezposelnost, kar jim lahko oteži dostop do zdravstvenih storitev in preventivnih aktivnosti. Naraščajo tudi razlike med spoloma v zdravju in neenakosti v zdravju med šolarji, zlasti pri tistih iz nižjih socialno-ekonomskih skupin. Zaradi gospodarske in finančne krize se je tako povečala neenakost na področju zdravja (WHO, 2019b). Cilj preventivnega zdravstvenega varstva novorojenčkov, dojenčkov, otrok, šolarjev in mladostnikov je zgodnje prepoznavanje dejavnikov tveganja bolezni v različnih starostnih obdobjih in s tem zmanjševanje obolevnosti, umrljivosti in invalidnosti otrok in kasneje odraslih (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998).

V letu 2017 je bilo v Sloveniji na primarni zdravstveni ravni opravljenih skupno 8.919.328 obiskov, 1.299.138 je bilo preventivnih in 7.495.993 kurativnih obiskov, kar pomeni 629 preventivnih obiskov in 3.628 kurativnih obiskov/1.000 prebivalcev. Preventivnih pregledov so bili v največji meri deležni otroci do 5. leta (1.931 pregledov/1.000 otrok starostne skupine 0–5 let), kar je največje zabeleženo število preventivnih obiskov (NIJZ, 2017).

Skrb za zdravje otrok na primarni zdravstveni ravni

Skrbi za otroke, njihovemu zdravju in blaginji namenjamo v Sloveniji veliko pozornosti (Jeriček Klanšček, et al., 2019). V definiciji zdravja, stari 36 let, je zdravje stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne zgolj stanje odsotnosti bolezni/nemoči. V začetku devetdesetih so opredelitev dopolnili: zdravje je tako več razsežnostni pojav, v katerem se posameznika obravnava celostno in je v obravnavo nujno vključena tudi povezava z naravnim in družbenim okoljem, ki mora posamezniku omogočati dinamično ravnotežje (Zaletel-Kraglejš, et al., 2011). S krepitvijo zdravja v vseživljenjskem poteku, z ohranjanjem zdravja prebivalstva in odmikanjem nastanka bolezni v kasnejšo starost (predvsem kroničnih nenalezljivih bolezni), lahko z ukrepi javnega zdravja prispevamo k zagotavljanju trajnostne delovne sile, zmanjševanju stroškov za bolniške odsotnosti in zmanjševanju stroškov zdravljenja (NIJZ, 2018). Zdravje v času nosečnosti, poroda in zgodnjega otroštva ključno vpliva na zdravje v odrasli dobi, zato predstavlja temelj zdravja prebivalstva. Dva najpomembnejša kazalnika za prikaz zdravstvenega stanja sta pričakovano trajanje življenja in umrljivost dojenčkov (MZ, 2016). Perinatalna umrljivost je eden najpomembnejših kazalnikov zdravja in zdravstvenega varstva mater in novorojenčkov ter populacije nasploh. Perinatalna umrljivost otrok, težkih 1.000 gramov in več, je leta 2017 znašala 3,1/1.000 rojstev (NIJZ, 2017).

Število prebivalcev Slovenije je od leta 1955 naraslo za 34,7% in je v letu 2017 znašalo 2.066.161 prebivalcev, število živorojenih otrok na 1.000 prebivalcev se je v tem obdobju zmanjšalo za 54,1 %. Leta 2017 je bilo v Sloveniji 19.592 porodov oziroma 19.947 rojstev. Rodilo se je 19.848 živorojenih otrok, od tega 52 % dečkov in 48 % deklic. V letu 2016 je pričakovano trajanje življenja ob rojstvu rahlo naraslo, pri moških na 78,2 let, pri ženskah na 84,2 let; pričakovano število zdravih let življenja ob rojstvu je tudi rahlo naraslo in je znašalo pri moških 58,7 let in pri ženskah 57,9 let (NIJZ, 2017).

Preventivni obiski otrok v patronažnem varstvu

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu opravlja preventivne obiske na njihovem domu in lokalni skupnosti, kar pomeni, da aktivno skrbi za zdravstveno stanje posameznikov, družin in lokalne skupnosti v določenem zdravstvenem območju. Dojenčku v prvem letu starosti pripada šest patronažnih obiskov, dva dodatna patronažna obiska pri dojenčkih slepih in invalidnih mater do 12. meseca otrokove starosti in po en obisk v 2. in 3. letu starosti (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998; ZDAJ.net, 2020).



Preventivni pregledi otrok, šolarjev in mladostnikov

Namen preventivnih pregledov otrok je poznavanje zdravstvenega stanja otrok, aktiven zdravstveni nadzor, odkrivanje zdravstvene problematike in svetovanje staršem/skrbnikom in otrokom. Obsega oceno telesne rasti in razvoja, ugotavljanje telesnega in duševnega zdravja, ukrepe za ohranitev in krepitev zdravja in omogočanje optimalnega telesnega in duševnega razvoja ter odkrivanje negativnih socialnih dejavnikov in nezdravih življenjskih navad v družini (Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998; ZDAJ.net, 2020).

Preventivni pregledi se delijo na sistematične in namenske preglede. Sistematični pregledi v otroški posvetovalnici se izvajajo v 1., 3., 6., 9., 12. in 18. mesecu otrokove starosti. Nadalje se v dispanzerju za otroke izvedeta še dva sistematična pregleda, v 3. in v 5. letu otrokove starosti. Namenski pregledi dojenčkov se izvedejo v starosti dveh mesecev, pred vstopom v vrtec, pred odhodom na organizirano zdravstveno letovanje, pred zdraviliškim zdravljenjem, pregledi otrok za preprečevanje širjenja nalezljivih bolezni – zamudniki ter namenski pregledi ob pojavu epidemij nalezljivih bolezni (Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998).

Sistematični preventivni pregledi šolarjev se pričnejo s preventivnim pregledom šolskih novincev pred vstopom v osnovno šolo, nadaljujejo se v 1., 3., 6. in 8. razredu osnovne šole, v 1. in 3. letniku srednje šole ter pri mladini izven rednega šolanja v 18. letu starosti. Prav tako se izvajajo preventivni pregledi študentov prvih in zadnjih letnikov višjih in visokih šol (Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998).

Sistematični pregledi se izvajajo tudi v zobozdravstvenem varstvu otrok in mladine. Preventivni zobozdravstveni pregled dojenčka se izvede v starosti 6-12 mesecev, nato se pa izvedejo v 1., 2., 3., 4., 5., 6. letu starosti. Pri šolarjih in mladini bi se naj prav tako izvajali preventivni zobozdravstveni pregledi učencev v vsakem razredu osnovne šole, v 1. in 3. letniku srednje šole ter v 1. in 3. letniku višje in visoke šole (Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998).

Zaključek

Zdrave navade v otroštvu dajo otrokom dobro popotnico za krepitev in ohranjanje zdravja ter preprečevanje bolezni v času odraščanja in odraslosti. Zdravje otrok, šolarjev in mladine je nujno potrebno, če želimo imeti čim bolj zdravo družbo. Ob tem pa moramo vsi zdravstveni delavci, še posebej medicinske sestre, opraviti učinkovito zdravstveno vzgojo o zdravem življenjskem slogu ter celotno družino opolnomočiti o skrbi za lastno zdravje ter zdravje vseh družinskih članov.

Viri

Bhutta, Z.A., et al., 2008. Interventions to address maternal, newborn, and child survival: what difference can integrated primary health care strategies make?. *The Lancet*, 372(9642), pp. 972-989.

Jeriček Klanšček, et al., 2019. *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji. Izsledki mednarodne raziskave HBSC*, 2018. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Johns Hopkins University, 2015. *Primary Care Assessment Tools*. Available at: https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html[5.2.2020].



Kidd, M. R., Anderson, M. I. P., Obazee, E. M., Prasad, P. N., & Pettigrew, L. M. 2015. The need for global primary care development indicators. *The Lancet*, 386(9995), p. 737.

Ministrstvo za zdravje (MZ), 2016. *Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji. Povzetek in ključne ugotovitve*. Available at: https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Organizacija-zdravstvenega-varstva/Analiza-zdravstvenega-sistema-v-Sloveniji/SLO_-analiza_ZS_povzetek_in_kljucne_ugotovitve_lektorirana_verzija.pdf [6.2.2020].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. *Zdravstveno statistični letopis Slovenije, 2017*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018. *Pomen sistema javnega zdravja v družbi*. Available at: <https://www.nijz.si/sl/pomen-sistema-javnega-zdravja-v-druzbi> [4.2.2020].

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998. Uradni list RS, št. 19.

Van Lerberghe, W., 2008. *The world health report 2008: primary health care: now more than ever*. World Health Organization.

Zaletel-Kraglejš, L., Eržen, I. & Premik, M., 2011. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

ZDAJ.net, 2020. *Predstavitev programa*. Available at: <https://zdaj.net/o-programu/predstavitev-programa/>[4.2.2020].

World Health Organization (WHO), 1978. Declaration of Alma-Ata: *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR*. Available at: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf[5.2.2020].

World Health Organization (WHO), 2019a. *Primary health care*. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>[5.2.2020].

World Health Organization (WHO), 2019b. *Creating 21st century primary care in Flanders and beyond*. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325529/9789289054164-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [5.2.2020].

Walley, J., et al., 2008. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet*, 372(9642), pp. 1001-1007.



VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI SCREENING TESTIH

Miranda Zel, dipl.m.s.

Univerzitetni klinični center Maribor,
Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Odsek za neonatologijo
miranda.zel@ukc-mb.si, miranda.zel@gmail.com

Izvleček

V prispevku so opisani screening testi pri novorojenčku, ki jih opravljamo na Oddelku za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor, ter vloga medicinske sestre pri izvajanju le-teh. Zaradi poudarka na spremljanju otrokovega razvoja in pravočasnega odkrivanja bolezni imajo medicinske sestre pomembno samostojno vlogo pri izvajanju nekaterih screening testov, kar je temelj za ustrezno in pravočasno strokovno ukrepanje za ohranitev in izboljšanje zdravja.

Ključne besede: presejalni test, novorojenček, medicinska sestra

Uvod

Presejanje oz. screening je pregledovanje navidezno zdravih novorojenčkov z namenom odkrivanja tistih, ki morda že imajo začetno stopnjo bolezni. Pozitiven izvid presejalnega testa vodi v nadaljnjo diagnostično in terapevtsko obdelavo, kar pripelje do znižanja umrljivosti zaradi bolezni. Cilj presejanja zajema znižanje incidence bolezni in pogostosti hudih zapletov le-te, ter zviša možnost popolne ozdravljivosti bolezni.

Tako bolezen kot presejalna preiskava, mora za uvedbo samega presejalnega programa ustrezati kar nekaj merilom: bolezen mora predstavljati pomemben javnozdravstveni problem, presejalna preiskava mora biti cenena in preprosta, njeni stroški morajo biti skupaj s stroški zdravljenja odkritih sprememb manjši, kot bi bili stroški zdravljenja napredovale bolezni (Mlakar, 2012)

Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri izvedbi in sodelovanju pri screening testih, kar zahteva veliko strokovnega znanja in izkušenj.

Presejalni test za prirojene presnovne bolezni

Od avgusta 2018 presejalno testiramo novorojenčke po novem na 20 redkih vrojenih bolezni:

- kongenitalno hipotireozo
- fenilketonurijo
- bolezen javorjevega sirupa
- izovalerično acidemijo
- glutaričnoacidemijo tip I
- glutaričnoacidemijo tip II
- pomanjkanje zelo dolgoverižne acil-CoAdehidrogenaze
- pomanjkanje dolgoverične 3OH-CoAdehidrogenaze
- pomanjkanje srednjeverižne acil-CoAdehidrogenaze
- propionskoacidemijo
- metilmalonskoacidemijo
- pomanjkanje karnitinpalmitoiltransferaze I
- pomanjkanje karnitinpalmitoiltransferaze II
- motnjo vnosa/transporta karnitina
- pomanjkanje holokarboksilaznesinteze
- pomanjkanje α -ketotiolaze
- pomanjkanje 3-metil-krotonil-CoA karboksilaze
- tirozinemijo tip 1.



Če se pri testiranju za vrojene bolezni zazna tudi kakšna druga vrojena bolezen, ki jo je mogoče zdraviti, tudi za to bolezen izpeljejo nadaljnjo diagnostiko (Ur.l. RS, 2009).

To je skupina „bolezni presnove“, kjer zaradi napake v genu telo neke sestavine ne more razgraditi, zato se v telesu kopičijo strupeni produkti, ki okvarijo posamezne organe – jetra, možgane. Za večino teh bolezni lahko v metabolni, oziroma presnovni krizi otrok celo umre. Če novorojenček ob rojstvu dobi pravo diagnozo, se mu lahko pomaga. Te bolezni se ne dajo pozdraviti, kar bi lahko omogočila šele genska terapija.

Testiranje za vrojene bolezni se opravi iz vzorca posušene kaplje krvi novorojenčka, odvzetega na posebnem filter papirju s črtno kodo. Vzorec krvi (8 kapljic) se odvzame najmanj 48 ur po porodu. Porodnišnica, ki odvzame vzorec krvi, poveže identifikacijske podatke novorojenca s črtno kodo na filter papirju, na katerem je odvzet vzorec krvi tega novorojenca in opravi vpis potrebnih podatkov v računalniški sistem.

Ta vzorec krvi se nato pošlje v Laboratorij za klinično radiokemijo Klinike za nuklearno medicino UKC Ljubljana. Ta iz enega dela odvzetega vzorca opravi določanje presnovkov. Drugi del vzorca pošlje Službi za specialno laboratorijsko diagnostiko Pediatrične klinike, ki opravi analizo preostalih presnovkov in genetsko diagnostiko, vključno s sekvenciranjem DNA visoke zmogljivosti nove generacije.

Pediatrična klinika enoten izvid posreduje porodnišnici, ki je vzorec krvi novorojenca poslala. V primeru ugotovljene vrojene bolezni Pediatrična klinika o tem obvesti starše novorojenčka in jih povabi na pogovor in nadaljnjo obravnavo. (Ur.l. RS, 2009)

Pomembno je zgodnje odkrivanje, saj lahko z nekaterimi boleznimi ljudje živijo popolnoma normalno, saj se lahko posledice ublažijo.

Na lažno pozitivne teste (približno 8%) lahko vplivajo drugi faktorji: nedonošenost, medenična vstava, težek porod, prejemanje kakšnih zdravil, kakšna druga bolezen. Ocenjujejo, da bodo na leto odkrili približno 10 otrok z omenjenimi boleznimi, ki jih bodo lahko zdravili, še preden bodo otroci imeli težave oziroma bi resneje zboleli.

Screening test za ugotavljanje prirojene motnje v delovanju ščitnice (TSH) – kongenitalna hipotireoza se v Sloveniji testira od leta 1979. Pojavnost bolezni je približno 1:4000. Motnje v presnovi aminokislina fenilalanina (PKU) – fenilketonurija, pojavnost približno 1:10000, se testira od leta 1981. Novorojenčka s povišano koncentracijo PKU ali TSH ponovno pokličemo na odvzem krvi. Če je tudi po drugem odvzemu koncentracija povišana, novorojenčka napotimo v Ambulanto za endokrinologijo in presnovne bolezni Pediatrične klinike v Ljubljani, kjer te otroke zdravijo in so pod trdnim strokovnim nadzorom. (Šmon, et al.,2015)

Fenilketonurija je avtosomno-recesivna motnja v presnovi aminokislina. Zaradi pomanjkanja fenilalanin hidrosilaze je blokirana pretvorba fenilalanina v tirozin, kopiči se fenilalanin. Zdravi ljudje višek fenilalanina iz hrane razgradijo in odstranijo iz telesa, bolniki s PKU pa tega ne zmorejo. Phe se kopiči, iz krvi prehaja v možgansko tkivo in ga okvarja. Novorojenčki s PKU ob rojstvu izgledajo zdravi, pri nezdravljenih otrocih pa se postopno začnejo kazati znaki nepopravljive okvare možganov ter motorična in duševna manjrazvitost. Klinični simptomi nezdravljene fenilketonurije so: umska zaostalost, konvulzije, avtizem, hiperaktivnost, agresivno vedenje, ekcem, kožne spremembe kot pri sklerodermiji, ter značilna barva las in kože. Zdravljenje je uspešno, če je uvedeno zgodaj. Poteka z dieto z omejeno količino fenilalanina, ki pa traja dolgo (pri deklicah tudi v rodnem obdobju). Dosledna dieta vodi v normalni psihomotorični razvoj otroka. Diagnoza temelji na določanju koncentracije fenilalanina v krvi (Burja, 2013; Šmon, et al.,2015).

Prirojena hipotireoza je najpomembnejša motnja v delovanju ščitnice v obdobju novorojenčka. Vzrok za nastanek je običajno motnja v embriogenezi, dedne bolezni ali okvara ščitnice. Klinični znaki, ki jo spremljajo so: dispneja, otečenost sluznice nosu, cianoza, nadpovprečna telesna teža ob primerni dolžini, širok nosni koren, makroglosija, redki lasje, hripav jok, hipotonija mišic, bradikardija, subfebrilnost. Neozdravljiva hipotireoza novorojenčka vodi v motnjo telesne rasti s težko duševno prizadetostjo. Ob preiskavi krvi koncentracija TSH ne sme presegati 15-20 mE/L



krvi. Zdravljenje bo učinkovito, če začnemo zdraviti dovolj zgodaj z L-tiroksinom, tako da je nivo T4 v zgornji polovici normalnega območja. Preprečimo lahko umsko zaostalost, nevrološke nepravilnosti, zastajanje v rasti in presnovne motnje (Burja, 2013; Šmon, et al., 2015).

Z uvedbo tandemske masne spektrometrije in DNA analize se je razširila možnost zgodnjega odkrivanja prirojnih presnovnih in endokrinih bolezni. Program omogoča hkratno diagnostiko večjega števila bolezni iz enega vzorca posušene krvi na filtrirnem papirju v sklopu enega analitskega procesa. Omogoča diagnostiko motenj presnove aminokislin in cikla sečne kisline, večine motenj oksidacije maščobnih kislin in številnih organskih acidurij. Metoda je sprožila različne probleme, najbolj sporen je moralni aspekt, saj omogoča testiranje na neozdravljive bolezni (Babnik, et al., 2011; Burja, 2013).

Vloga medicinske sestre pri presejalnem testiranju na prirojene presnovne bolezni

- Novorojenčku odvzamemo kri v starosti najmanj 48 ur po rojstvu.
- Vzorec mora biti pravilno odvzet.
- Paziti moramo, da kartico temeljito označimo, manjkati ne sme nobena koda, oz nalepka.
- Vzorec krvi dobro posušimo -vsaj tri ure na sobni temperaturi, na ravni podlagi.
- Kartica ne sme biti poškodovana.
- Vzorec ne sme biti kontaminiran, kar pomeni, da moramo ustrezno rokovati s filtrirnim papirjem, ne smemo se ga dotikati (niti z rokavicami) ali odlagati na umazane površine.
- Vzorec pošljemo na KNM v 24 urah od odvzema vzorca – zaželeno do 9. ure dan po odvzemu.
- Odgovorne osebe morajo redno preverjati obvestila in rezultate preko informacijskega sistema.
- Voditi moramo dokumentacijo o opravljenih odvzemih, pošiljanju.
- Oseba, ki sprejme izvid, ki ni v mejah normale mora v posebno dokumentacijo zabeležiti čas sprejema izvida in koga je obvestila o pozitivnem rezultatu.
- Posebej vodimo evidenco ponovnih odvzemov.
- Če je rezultat znotraj normalnega območja ni nadaljnje ukrepanja.
- Kadar je rezultat nujno, je potrebna napotitev otroka na ponovni odvzem prvi naslednji delovni dan v Ljubljano.
- Kadar starši odklanjajo odvzem vzorca, morajo to potrditi s podpisano izjavo na kartici in se ta brez odvzema vzorca z izpolnjenimi podatki matere in otroka v informacijskem sistemu pošlje v Ljubljano.

Presejalni test za okvaro sluha

Okvara sluha je ena izmed pogostih prirojnih anomalij. Incidenca težke okvare je 1-3/1000 novorojenčkov, med njimi je kar 90% senzorinevralnih okvar. Do uvedbe presejalnega testa so večino okvar odkrivali šele po 14. mesecu starosti ali kasneje. V tem času že pride do ireverzibilne okvare CZS, saj pride do pomanjkanja akustičnih dražljajev, ker je kritično obdobje za slušne poti med 5. in 12. mesecem starosti. Z zgodnjim odkrivanjem se omogoči tudi zgodnja rehabilitacija ter zdravljenje s slušnimi aparati in kohlearnimi vsadki. Uporabljata se dve metodi za testiranje sluha (Babnik, et al., 2011; Ur.l. RS, 2009).

Prva metoda temelji na zvočnem sevanju ušesa – otoakustična emisija (OAE). Zvočni nelinearni dražljaji s frekvencami od 0,5 do 4 kHz, ki jih preko zvočnika pošiljamo v uho, vzdražijo notranje uho. Njegovo akustično aktivnost izmerimo z mikrofonom 6-12 ms po dražljaju. Če dobimo odgovor, pomeni, da lahko izključimo srednjo do težko okvaro sluha. S to metodo naj bi odkrili otroke s pomembno obojestransko okvaro sluha oz. tiste z izgubo več kot 35 dB na boljšem ušesu. Testira se tretji do četrti dan. V primeru negativnega odgovora testiranje ponovimo še največ 2 krat, pri 2 tednih in 4 tednih po rojstvu. S TEOAE ne moremo ugotoviti stopnje okvar sluha, prav tako ne okvar sluha zaradi poškodb osrednjega živčevja. Izvid je odvisen od stanja srednjega ušesa in zunanega sluhovoda, saj se zvočno sevanje prenaša navzven skozi srednje uho (Babnik, et al., 2011).

Druga metoda - akustični potencial možganskega debla (ABR): daje nam podatke o delovanju



slušne možganske poti. Metoda je avtomatski ABR s tremi elektrodami, ki jih namestimo na glavo, ter testno glavo z zvočnikom za generiranje zvočnih stimulusov (35 in 45 dB). Aparat nato izvede meritve. Ta metoda se uporablja pri novorojenčkih, ki 3-krat niso imeli odgovora OAE, imajo pozitivno družinsko anamnezo gluhonemosti (kljub pozitivnemu odgovoru OAE) ali imajo druge rizične dejavnike za okvaro sluha (kljub pozitivnemu odgovoru OAE).

Vloga medicinske sestre pri presejalnih testih za okvaro sluha

- Mamo novorojenčka seznanimo s cilji in izvedbo slušnega screeninga.
- Zberemo informacije na podlagi medicinske in negovalne dokumentacije, negovalne anamneze in pogovoru z materjo novorojenčka.
- Novorojenček mora biti med preiskavo miren, nahranjen, najbolje je, če spi.
- Mikrofon z zaščitnim nastavkom vstavimo v uho in pričnemo z izvedbo meritve, katere rezultat natisnemo.
- Rezultat nato dokumentiramo v medicinsko in negovalno dokumentacijo in v posebno knjigo, kjer vodimo evidenco slušnega screeninga.
- V primeru negativnega odgovora se pogovorimo z materjo, da se to zgodi pogosto, ko je novorojenček med preiskavo nemiren in kadar slušna pot še ni prehodna zaradi ušesnega masla ali vode v ušesu. V tem primeru screening ponovimo ob odpustu, po dveh in štirih tednih.

Presejalni pregled za zgodnje odkrivanje razvojne displazije kolka (RDK)

Razvojna displazija kolka predstavlja najpogostejšo nepravilnost lokomotornega aparata in se pojavlja pri 1 do 4% otrok. Na nastanek vplivajo različni prenatalni, genetski, razvojni in mehanični dejavniki. (Tomažič, et al., 2011)

V evropskem prostoru ni enotnih smernic glede odkrivanja RDK z ultrazvokom, so pa vsi enotni, da je kolke še vedno potrebno pregledovati klinično s prijemi po Ortolaniju in Palmen-Barlowu. Rezultati različnih kliničnih preiskav kažejo, da je splošno UZ presejanje kolkov vseh novorojenčkov učinkovita metoda za zgodnje odkrivanje RDK, ki zmanjšuje potrebo po kirurških posegih. S kliničnim pregledom ne zaznamo vseh RDK, ki jih najdemo z UZ. Z UZ lahko prikažemo hrustančne strukture in položaj glavice stegenice v sklepni jamici, nestabilnosti in displazijo kolčnega sklepa (Babnik, et al., 2011; Tomažič, et al., 2011).

V Sloveniji od leta 2011 veljajo nove smernice UZ protokola. Prvi UZ izvajajo v starosti 4 do 6 tednov, kar velja za novorojenčke brez rizičnih dejavnikov in/ali pozitivnega kliničnega pregleda. S tem se zmanjša delež pozitivnih izvidov in potreba po spremljanju ali celo zdravljenju otrok. V skupini nezrelih kolkov se jih v prvih 6 tednih večino spontano normalizira (Tomažič, et al., 2011).

Vloga medicinske sestre pri zgodnjem odkrivanju razvojne displazije kolka

- Ultrazvok kolkov izvaja zdravnik ob odpustu iz porodnišnice.
- Naloga medicinske sestre je, da otroka namesti v bočni položaj in poskrbi, da je novorojenček miren. Nato zdravnik izvede ultrazvočno preiskavo najprej levega, nato desnega kolka.
- Zdravnik nato natisne izvid, opravi meritve in dokumentira.

Presejalni test za odkrivanje prirojene katarakte

Na Švedskem 90% porodnišnic rutinsko izvaja presejalni test za odkrivanje prirojene katarakte z uporabo ročnega oftalmoskopa. Prevalenca bolezni je 19 na 100 000 rojstev. Študija, ki so jo leta 2012 izvajali je pokazala, da je testiranje učinkovito, vendar njihova študija vključuje samo otroke, ki so potrebovali nujno operacijo. Pri 75% vseh otrok, ki so bili operirani pred 1. letom starosti, so diagnosticirali katarakto v obdobju prvih 6 tednov življenja (Magnuson, et al., 2013)

Kadar je pri otroku odkrit kongenitalna ali prirojena katarakta pomeni, da leča v očesu ni prozorna ampak zamegljena. Operacija katarakte je pogosta, če vpliva na vidno ostrino, ne pa vedno nujna.



Kongenitalna katarakta pri novorojenčku se lahko pojavi zaradi infekta pri materi, metabolnih težav, sladkorne bolezni, reakcije na zdravila. Prirojena katarakta je lahko podedovana ali pridobljena v nosečnosti v času embrionalnega razvoja, kadar mati preboli ošpice ali virus rubelle, vodene koze, gripo, CMV, herpes simplex, herpes zoster, poliomyelitis, Epstein-Barr virus, sifilis ali toxoplazmo.

Vloga medicinske sestre pri presejalnem testu za odkrivanje prirojene katarakte

- Presejalni test izvaja in dokumentira zdravnik.
- Naloga medicinske sestre je priprava novorojenčka. Otrok mora biti ob pregledu miren. S kazalcem leve in desne roke razpremo veke enega in drugega očesa, da zdravnik pregleda obe očesi z oftalmoskopom.

Pulzna oksimetrija kot presajalni test

Pulzna oksimetrija kot presejalna metoda se uporablja za odkrivanje hemodinamsko pomembnih srčnih napak pri novorojencu. Le-te so najpogostejše prirojene napake organov in organskih sistemov. Pojavljajo se pri približno 0,6-0,7% živorojenih otrok. Pri polovici bolnikov so napake blage in ne potrebujejo zdravljenja, pri približno 10-15% bolnikov pa je potrebno intervencijsko ali kardiokirurško zdravljenje že v prvih tednih življenja.

Skupna značilnost večine kritičnih prirojelih srčnih napak je hipoksemija, ki nastane ob mešanju sistemske arterijske in venske krvi. Klinično se izrazijo s cianozo (očitna je šele pri vrednostih saturacije arterijske krvi s kisikom, ki so nižje od 80%). Pomembni klinični znaki in simptomi so:

- centralna cianoza ali izrazita bledica
- pospešeno in oteženo dihanje
- utrujanje pri hranjenju
- palpacija hipertrofije desnega prekata
- slišen srčni šum
- odsotnost ali šibkost brahialnih oz. femoralnih pulzov.

Vsi ti znaki in simptomi v prvih urah življenja niso vedno očitni, v celoti se izrazijo šele, ko se začne zapirati Botallov vod, to pa se lahko zgodi šele po odpustu iz porodnišnice.

Pulzna oksimetrija je neinvazivna preiskovalna metoda, s katero merimo odstotek s kisikom nasičenega hemoglobina v periferni arterijski krvi. Metoda ima visoko občutljivost in specifičnost, je enostavna za izvedbo, varna in stroškovno učinkovita.

Pulzni oximeter sestavlja sensor, ki ga pri novorojenčkih in dojenčkih najpogosteje namestimo na dlan in podplat. Senzor na eni strani oddaja svetlobo v rdečem in infrardečem spektru, na drugi strani pa sprejemnik meri količino svetlobe, ki prehaja skozi roko ali nogo, ne da bi se absorbirala. Naprava iz razmerja med deležem absorbirane svetlobe izračuna nasičenost krvi s kisikom, zazna pa tudi srčno frekvenco. Normalna vrednost je med 92 in 100%.

Vloga medicinske sestre pri pulzni oksimetriji

- Presejanje izvajamo od starosti 48 ur dalje, oziroma tik pred odpustom v primeru zgodnejšega odpusta.
- Novorojenček naj bo ob preiskavi miren in zbujen.
- Perkutano saturacijo merimo na desni zgornji in eni od spodnjih okončin.
- Izvid preiskave je pozitiven, če je vrednost perkutane saturacije na obeh okončinah nižja kot 95%, oz. če je razlika med desno zgornjo in spodnjo okončino več kot 3%.
- V primeru pozitivnega izvida je potrebno v naslednjih dveh urah preiskavo ponoviti še dvakrat. Če je izvid pozitiven tudi po tretji meritvi, je potrebno obvestiti pediatra in novorojenčka napotiti na UZ pregled srca.
- V primeru, da je pri prvi meritvi vrednost perkutane saturacije na eni ali drugi okončini nižja kot 90%, se preiskava ne ponavlja, o izvidu pa nemudoma obvestimo pediatra.
- Za preiskavo povprečno porabimo 5 minut.



Zaključek

Izvajanje screening testov pri novorojenčkih ima pomembno vlogo pri prepoznavanju tistih otrok, ki potrebujejo natančnejše diagnosticiranje. Potreben je timski pristop pri izvedbi in analizi posameznih testov presejanja, saj je uspešnosti odvisna tako od kakovostne izvedbe, kot od evalvacije rezultatov.

Pomembno vlogo ima tudi zdravstveno – vzgojno delo medicinske sestre, saj so starši, predvsem matere, velikokrat prestrašeni. Pogosto napačno razumejo strokovne razlage ali negativni rezultat posameznega screeninga. Poskrbimo, da mati lahko sodeluje pri izvajanju screeninga in jo natančno ter ustrezno seznanimo s samim potekom. To jim omogoča manjši občutek negotovosti in strahu, obenem pa razumejo, zakaj pogosto prihaja do težav, oziroma ponavljanja. Posamezne dileme lahko tako sprotno rešujemo in odgovorimo na vprašanja, ki se pojavijo. Na ta način vzbudimo potrebno zaupanje.

Izvajalci se moramo kontinuirano izobraževati na področju komunikacije in novosti posameznih screeningov, saj bomo le-tako zagotovili pravilne informacije. Za zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege je prav tako pomembna popolna in natančna pisna in ustna predaja, ter dobro in čitljivo izpolnjena zdravstvena in negovalna dokumentacija.

Literatura

Babnik, J., Treiber, M., Ilijaš Trofenik, A., 2011. Obravnava novorojenčkov v porodnišnicah in povezava s primarno in terciarno ravni. In: Kržišnik, C., et al., eds. *Izbrana poglavja iz pediatrije 23: pediatrična hematologija in onkologija, pediatrična endokrinologija, neonatologija, pediatrična nevrologija*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo. pp.76-86.

Burja, S., 2013. *Novorojenček, nekaj posebnosti prvih 30 dni življenja*, Maribor: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru.

Magnuson, G., Bizjajeva, S., Haargaard, B., Lundstrom, M., Nystrom, A., Tornqvist, K., 2013. Congenital cataract screening in maternity wards is effective: evaluation of Paediatric Cataract Register of Sweden. *Acta paediatrica*, 102, pp. 263-267.

Mlakar, D., 2012. *Predstavitev presejalnih programov*. Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/novak_mlakar_predstavitev_presejalnih_programov.pdf [februar, 2020].

Peček, J., Fister, P., 2017. *Prvi koraki: Dihanje novorojenčka*. Pediatrična klinika Ljubljana. Available at: http://prvikoraki.si/prvikoraki/wp-content/uploads/2017/05/PRVI_KORAKI_Dihanje-novorojencka_www.pdf [februar, 2020].

Preventivni zdravstveni ukrepi pri novorojencu, 2009. Uradni list Republike Slovenije, št. 22.

Šmon, A., Grošelj, U., Žerjav Tanšek, M., Biček, A., Oblak, A., Zupančič, M., Kržišnik, C., Repič Lampret, B., Murko, S., Hojker, S., Batellino, T., 2015. Newborn screening in Slovenia. *Zdrav. Var.*, 54(2), pp. 86-90.

Tomažič, T., Kramberger, S., Bajec, T., Naranda, J., 2011. Prednosti in pasti novega protokola UZ presejanja otroškega kolka. In: Tomažič, T., ed. *Slovenske smernice in novi protokol ultrazvočnih pregledov otroškega kolka : [strokovno srečanje in učne delavnice] : zbornik izbranih predavanj s priložo / V. ultrazvočni tečaj otroškega kolka z mednarodno udeležbo*; Maribor, 8. april 2011, pp. 37-46.

http://www.mojmalcek.si/clanki_in_nasveti/dojencek/517/ [februar, 2020]

<https://www.optometrija.net/djeca-i-vid/katarakta-kod-beba-uzroci-operacija/> [februar, 2020]



RAZŠIRJENA PATRONAŽNA OBRAVNAVA DRUŽINE NA DOMU

EXTENDED COMMUNITY NURSING TREATMENT OF THE FAMILY AT HOME

Andreja Ljubič, mag. zdr.neg., dipl.m.s.

Larisa hreščak, dipl.m.s.

Patronažno varstvo, Zdravstveni dom Postojna

Izvleček

Temeljna aktivnost patronažnega zdravstvenega varstva je skrb za posameznika, družino in skupnost. Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu vstopa v družino z namenom preventivne obravnave novorojenčka in dojenčka v prvem letu starosti ter spremljanjem otročnice v poporodnem obdobju. Aktivnosti so namenjene podpori otročnice pri skrbi za novorojenčka ter spremljanju razvoja novorojenčka preden obišče pediatra. Prav tako so obiski namenjeni spodbujanju in podpori družini v obdobju otrokovih razvojnih prelomnic. Z letom 2018 je Zdravstveni dom Postojna začel z izvedbo nacionalnih projektnih aktivnosti, ki predvidevajo razširitev dosedanjega programa z dodatnimi obiski ter vsebinsko opredelitev posameznih obiskov. Dodane vsebine so tudi ključne za doseganje ranljivih skupin in omogočanje dostopnosti do zdravstvenih storitev za vse.

Ključne besede: zdravstvena vzgoja, preventiva, patronažno varstvo, neenakosti v zdravju.

Abstract

The basic activity of community health nursing is the care for the individual, the family and the community. Community nurse enters the family for the purpose of preventive treatment of newborn and infant in the first year of life and monitoring puerperium in the postpartum period. The activities are intended to support the puerperium in the care of newborn and to monitoring the development of the newborn before visiting the paediatrician. The visits are also intended to encourage and support the family during the period of the child's developmental milestones. By the year 2018 Health Care Postojna started with the realization of the national project activities, providing the extension of the current program with additional visits and the substantive definition of individual visits. The added content is also key to achieving vulnerable groups and facilitating access to health services for all.

Key words: health education, prevention, community nursing, inequalities in health.

Uvod

Patronažno zdravstveno varstvo je del primarnega zdravstvenega varstva, katerega temeljni namen je izvajati kakovostno individualno in celostno obravnavo pacientov na domu, ki temelji na nacionalnih strokovnih standardih in protokolih, zdravstveni zakonodaji in upošteva etična načela stroke. Patronažno varstvo obsega zdravstveno socialno varstvo družin in posameznikov, ki so zaradi svojih bioloških lastnosti posebej občutljivi za škodljive vplive okolja (Železnik, et al., 2011). Deluje za skupnost z vidika enotnosti preventive, kurative in socialne obravnave. Kot posebna oblika delovanja na primarnem nivoju predstavlja del, ki najhitreje zazna družbene in socialne spremembe in se nanje lahko hitro in učinkovito odzove (Delfar, et al., 2015).

Za patronažno varstvo je temeljni terenski koncept dela na geografsko opredeljenem območju z družinsko obravnavo pacientov v vseh življenjskih obdobjih in v njihovem domačem okolju. Delo patronažne službe je usmerjeno v obravnavo območja kot celote, s tem pa tudi obravnavo posameznika, družine in skupnosti v njihovem življenjskem okolju (Ur.I.RS, št. 19/98, 57/18).



Poznavanje terenskega območja, dejavnikov tveganja za zdravje populacije v lokalni skupnosti ter možnosti reševanja problemov in sodelovanja z ostalimi deležniki je nujno za kakovostno delo. To pomeni, da mora dipl.m.s. v PV mora poznati ključne demografske značilnosti prebivalstva, njihovo zdravstveno in socialno stanje, katere lokalne značilnosti vplivajo na zdravje prebivalstva, katere storitve so prebivalcem zagotovljene, lokalne in nacionalne prioritete na področju zdravja (Vrbovšek & Rebernik, 2017).

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu (dipl.m.s. v PV) kot izvajalka patronažne zdravstvene nege obravnava pacienta, družino in skupnost v vseh življenjskih obdobjih in situacijah (Delfar, e tal., 2015). Deluje na vseh ravneh zdravstvene vzgoje; primarni, sekundarni in terciarni ter promovira zdravje pri posamezniku, družini in celotni populaciji (Železnik, et al., 2011). Pri izvajanju patronažne zdravstvene nege so še posebej pomembne vrednote, kot so zaupanje, spoštovanje, dobri medsebojni odnosi in pristna komunikacija (Ramšak-Pajk, 2012).

Primarni namen patronažnega varstva je izvajanje preventivne dejavnosti, promocija zdravja in zdravstvena vzgoja prebivalstva. Le-ta se načrtuje in izvaja na podlagi Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur.l.RS, št. 19/98, 57/18). Cilj preventivnega delovanja je vzpostavitev razmer, ki bi bile ugodne za ohranjanje in krepitev zdravja, čim bolj popolne povrnitve zdravstvenega stanja v stanje pred začetkom bolezenskega procesa, zmanjšanje intenzivnosti težav povzročenih z boleznijo ali upočasnitve nadaljnega razvoja bolezenskega stanja (Zaletel-Kragelj, et al., 2007). Preventivna dejavnost se še posebej posveča obravnavi biološko najranljivejših skupin prebivalcev, kot so novorojenčki, dojenčki in otročnice (Krajnc, 2016).

Prvi obisk novorojenčka načrtuje dipl.m.s. v PV v roku 24 ur po odpustu iz porodnišnice, vse nadaljnje pa glede na stanje in starost novorojenčka ter potrebe matere, vsekakor pa pogosteje v prvih tednih po odpustu iz porodnišnice (Ljubič et al., 2016). Dipl.m.s. na podlagi empatične in odkrite komunikacije s starši otroka, vpliva na zmanjšanje negotovosti in strahu v skrbi za novorojenca, kar vpliva na sproščen odnos in samozavest staršev (Šučar, 2012). Na podlagi zgoraj omenjenega Pravilnika (Ur.l.RS, št.19/98, 57/18) ima otročnica pravico do dveh preventivnih patronažnih obiskov, šest patronažnih obiskov pa je namenjenih dojenčku v prvem letu starosti, še dva dodatna obiska pa dojenčkom slepih in invalidnih mater. Obiski dojenčka so predvideni tudi v 4.-5. mesecu, 7.-8. mesecu in 10.-11. mesecu starosti. Vendar se glede na trend vedno bolj zgodnejšega odpuščanja porodnic in novorojenčkov iz porodnišnic posledično povečanju obseg dela patronažne zdravstvene nege. Obstoječe število patronažnih obiskov, ki so predvideni glede na Pravilnik (Ur.l.RS, št.19/98, 57/18) ne zadostuje več, ker se večina razpoložljivih obiskov izkoristi že v prvem mesecu starosti otroka, saj takrat starši potrebujejo največ podpore. Za celostno in kontinuirano obravnavo bi potrebovali še 2-5 dodatnih obiskov tako pri novorojenčku kot otročnici, glede na potrebe. Prav tako bi bili dodatni obiski potrebni pri ranljivejši populaciji z namenom zmanjšanja neenakosti.

Nadgradnja preventivnih obiskov pri novorojenčku, dojenčku in otročnici

V letu 2018 je 25 zdravstvenih domov po celotni Sloveniji pridobilo evropski projekt »Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih«, v katerega se vključujejo tudi izvajalci patronažnega varstva. Strokovno podporo in usmerjanje pri izvajanju projektnih aktivnosti v zdravstvenih domovih ter vsebinsko spremljanje izvajata Ministrstvo za zdravje in Nacionalni inštitut za javno zdravje v okviru podpornega projekta MoST – Model skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnih skupnostih. Namen izvajanja dodatnih preventivnih aktivnosti patronažnega varstva je prispevati k vključevanju ranljivih oseb v preventivne programe, zmanjševanju neenakosti v zdravju ter nadgradnji preventivnega dela v patronažnem varstvu (Vrbovšek & Rebernik, 2017). Namen projekta je poenoteno izvajanje preventivnega programa



po vsej Sloveniji s vsebinsko opredelitvijo obiskov na domu, ki so bila povzeta po Priporočilih obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre (2016). Poseben poudarek je na ugotavljanju duševnega stanja otročnice, kjer se v predvidoma v 2. tednu po odpustu iz porodnišnice izvede presejanje, ki ga sestavljata dve presejalni vprašanji glede počutja otročnice. V kolikor sta oba odgovora pritrdilna, se izvede še EPDS vprašalnik - Edinburška lestvica poporodne depresije pri materah, in ustrezno ukrepa glede na algoritem. Nato se okvirno v 6. tednu po porodu pri vseh otročnicah izvede EPDS vprašalnik in ustrezno ukrepa v skladu s predpisanim algoritmom. Novost je tudi ugotavljanje ranljivosti otročnice, otroka oziroma družine, kjer lahko dipl.m.s. iz PV glede na prisotnost kriterijev ranljivosti opravi dodatnih 2-5 preventivnih obiskov. Dodatni obiski se izvedejo v okvirno določenem časovnem obdobju glede na vrsto ranljivosti oziroma po strokovni presoji posamezne dipl.m.s. iz PV. Glede na izbrane kriterije projektne aktivnosti predvidevajo tudi možne predloge intervencij. Nekateri kriteriji so relativni, zato dipl.m.s. individualno presodi potrebo po dodatni intervenciji in njeni vsebini, glede na ostale okoliščine (Drglin et al, 2018).

Seznam kriterijev za identificiranje ranljivosti (Drglin et al, 2018):

a) Kriteriji s strani ženske:

- starost matere manj kot 20 let,
- priseljenka (v Sloveniji manj kot eno leto oz. se ne sporazumeva v slovenskem jeziku),
- ženska, ki nikoli ni obiskovala Priprave na porod in starševstvo,
- ženska s posebnimi potrebami (slepa, slabovidna, gluha, gibalno ovirana...),
- ženska z učnimi težavami, nepismena, duševno manj razvita,
- ženska s kronično boleznijo,
- ženska z boleznijo zasvojenosti,
- ženska z drugo znano duševno boleznijo ali drugimi težavami v duševnem zdravju,
- ženska s pozitivnim rezultatom glede na EPDS vprašalnik,
- ženska, ki ni uspela vzpostaviti dojenja ali je prenehala dojeti prej kot 6 tednov po porodu.

b) Kriteriji s strani novorojenčka:

- nedonošenček rojen pred 34. tednom gestacije,
- otrok z nizko porodno težo – zahiranček (<2500g pri 37 tednih gestacije ali več),
- otrok s prirojeno anomalijo, kronično boleznijo ali trajno prizadetostjo,
- izrazitejše težave pri dojenju.

c) Kriteriji s strani družine:

- družina v hudi socialno-ekonomski stiski,
- neustrezni bivalni pogoji,
- ženska, ki ni v partnerski zvezi in nima druge ustrezne socialne opore,
- partner z boleznijo zasvojenosti ali drugo duševno motnjo,
- nasilje v družini,
- smrt družinskega člana ali huda bolezen v družini,
- oče ali drug družinski član, ki skrbi za novorojenčka (v primeru hude bolezni ali smrti matere).

Ker je projekt preventivno naravnano, vanj niso vključeni dodatni obiski, kjer bi bil razlog nepravilno celjenje popkovne rane, nepridobivanje na teži novorojenčka in opazovanje zlatenice pri novorojenčku. Za tovrstne obravnave se še vedno potrebuje delovni nalog izbranega pediatra. Naslednja novost je na področju preprečevanja poškodb pri otrocih z ugotavljanjem kritičnih točk v domačem okolju povezanih z večjim tveganjem za nastanek poškodb, kar se izvede s pomočjo seznama za preverjanje varnosti doma »Poglejte in preverite, ali je vaš dom varen za dojenčka« (Drglin, et al., 2018).

Poleg tega dipl.m.s. v PV pri obiskih družine spodbuja starše otroka k zgodnjem branju, saj le-to spodbuja njegov čustveni, socialni in intelektualni razvoj. Razne študije so pokazale, da



so otroci občutljivi na govor že prenatalno (Moon et al, 2013). Jamnik (2012) poudarja, da branje ugodno vpliva na otrokov vsestranski razvoj, spodbuja njegov jezikovni in intelektualni razvoj, razvoj domišljije in bogati čustveno življenje, besedni zaklad ter širi obzorje po različnih področjih znanja. Skupno gledanje slikanic, pripovedovanje in branje zgodb pomembno vpliva na razvoj otrokovega govora in mišljenja. S skupnim branjem starši otroku s socialno interakcijo posredujejo tudi psihološka orodja, ki mu bodo pomagala pri obvladovanju svojega vedenja (Knaflič, 2003). S tem se tudi povečuje zaupnost in čustvena vez med otrokom in starši, otrok se uči komunikacije. Z branjem starši otroku na zabaven način predstavijo pojme, kot so številke, črke, barve in oblike. Branje otroku pomaga pri gradnji veščin poslušanja, spomina in besedišča ter mu pomaga, da sam sebe bolj razume, dojame socialno okolje in najde svoje mesto v družbi. V ta namen dipl.m.s. pri obisku dojenčka v starosti 4-5 mesecev podari staršem otroško slikanico »Moja koklja špiklja špoklja«.

Projekt je poleg poenotenega izvajanja preventivnega programa za Slovenijo, z vsebinskega področja, doprinesel tudi enotne obrazce za dokumentiranje izvedenega dela, predvsem opravljenih obiskov novorojenčka in otročnice ter poročanje na za to predvidenih obrazcih. Omenjeno dokumentacijo v ZD Postojna ocenjujemo kot dobrodošlo posodobitev, a še vedno potrebno popravkov, saj je trenutna dokumentacija preobsežna, ne nudi pa prostora za opis raznih zdravstvenih in drugih problemov, ki bi jih dipl. m.s. pri obiskih zaznala.

Izvajanje projektnih aktivnosti v patronažnem varstvu ZD Postojna

Enota patronaže v ZD Postojna pokriva prebivalstvo dveh občin, Postojna in Pivka, kar skupno znaša 22.539 prebivalcev na 493,2 m² (SURSTAT, 2019). Celotno območje obeh občin je razdeljeno na 8 terenskih območij, vsako od teh s približno 2600 prebivalci pokriva posamezna dipl. m.s. v PV.

Dobra praksa, ki se je izkazala za učinkovit način natančnega spremljanja števila rojstev po posameznih terenskih območjih je sodelovanje patronažne službe ZD Postojna z Bolnišnico za ženske bolezni in porodništvo Postojna. Redni kontakt s porodnim oddelkom omogoča dipl. m.s. v PV, da sledijo rojstvom na svojih terenskih območjih in natančno načrtujejo čas prvega obiska, ki mora biti opravljen v 24 urah po odpustu iz porodnišnice (Ur.l.RS, št. 19/98, 57/18).

S pridobitvijo projekta v ZD Postojna se je enoti patronažnega zdravstvenega varstva, k obstoječemu kadru 7 dipl. m.s. v PV za potrebe izvajanja projektnih aktivnosti pridružila 0,5 dipl. m.s..

V letu 2019 je bilo v Občini Postojna in Pivka obiskanih 226 novorojenčkov, kar 20 novorojenčkov več kot leto poprej. Kriteriji ranljivosti so bili prepoznani pri 44,6%. Poleg rednih obiskov je bilo po predhodno postavljenih kriterijih izvedenih 177 dodatnih obiskov oziroma intervencij pri novorojenčku, otročnici in/ali družini. Kriteriji ranljivosti, ki so jih dipl. m.s. v PV najpogosteje izpostavile so: izrazitejša težava pri dojenju; ženska, ki nikoli ni obiskovala Priprave na porod in starševstvo in otročnica priseljenka (v Sloveniji manj kot eno leto oz. se ne sporazumeva v slovenskem jeziku). Pri okrog 85% identificiranih ranljivih sta bila postavljena od 1 do 2 kriterija, pri 15% pa so bili prisotni 3 kriteriji ranljivosti. Otročnice oziroma družine, kjer se je izrazila potreba po dodatnih obiskih, so dipl. m.s. iz PV sprejele z odprtimi rokami, ker so hkrati tudi same čutile potrebo po večji pozornosti. Izjema je bil primer, kjer se je dipl.m.s. v PV odločila opraviti samo prvi dodatni obisk, saj se drugi obisk otročnici ni zdel potreben in primer kjer kljub postavljenemu kriteriju ranljivosti dipl.m.s. ni opravila dodatnih obiskov zaradi istega razloga.

V enoti patronažnega varstva ZD Postojna je bilo sklenjeno, da se seznam za preverjanje varnosti doma »Poglejte in preverite, ali je vaš dom varen za dojenčka« uporabi že pred rojstvom in sicer ob obisku nosečnice oziroma pri prvem obisku novorojenčka po 24 urah po odpustu iz porodnišnice. Menimo, da je ta način boljši, saj imajo tako starši prave informacije kako zagotoviti varnost v domačem okolju pred samim prihodom novega člana oziroma takoj ob prihodu.



Zaključek

Analiza opravljenih projektnih aktivnosti nam je pokazala resnično potrebo po izvajanju več obiskov/intervencij pri ranljivih skupinah prebivalstva, natančneje pri novorojenčkih, otročnicah in družinah, pri katerih so bili prepoznani kriteriji ranljivosti. Med otročnicami je bil pozitivno sprejet vprašalnik EPDS, ki je poleg tega, da je bil uporabljen kot pomoč pri odkrivanju duševnega stanja otročnice, omogočil dipl. m.s., da s tem orodjem (EPDS vprašalnikom) odpre vrata otročnici, da skozi odnos in komunikacijo, ki sta jo vzpostavili lažje izrazi svoja čustva in tegobe, dipl. m.s. pa ob tem ustrezno ukrepa. Dobro sprejet je bil tudi seznam za preverjanje varnosti domačega okolja, saj se je izkazalo, da kljub temu, da novodobni starši o varnosti veliko preberejo, slišijo v Pripravah na porod in starševstvo, še vedno kdaj pa kdaj pozabijo na varnost pri osnovni opreми kot je npr. varna posteljica ali previjalna miza. Ta dodatna vsebina je vsekakor dobrodošla, da skupaj z dipl. m.s. preko seznama preverijo varnost svojega doma. Prav tako smo na pozitiven odziv naleteli pri spodbujanju branja v prvih mesecih.

Na splošno se je izkazalo, da so vse dodatne vsebine s strani uporabnikov dobro sprejete in da se je povečala pogostost obravnav pri ranljivih skupinah prebivalstva.

Literatura

Delfar, N., et al., 2015. *Spremljanje patronažne zdravstvene nege: definicije in metodološka navodila za sprejem podatkov o patronažni dejavnosti*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Drglin, Z., Mihevc Ponikvar, B., Tomšič, S., Rok Simon, M., Fajdiga Turk, V., Blaznik, U., et al., 2108. *Patronažno zdravstveno varstvo otročnic in dojenčkov: gradiva za strokovnjake*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Jamnik, T., 2012. *Spodbujanje družinskega branja v vrtcu*. Ljubljana: Društvo Bralna značka Slovenije – ZPMS. Available at: : www.bralnaznacka.si. [08.02.2020].

Knaflič, L., 2003. Vzgoja bralca v družini. In: M. Blatnik Mohar, e tal., eds. *Beremo skupaj: priročnik za spodbujanje branja*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Kranjc, A., 2016. Preventiva in kurativna dejavnost v patronažnem varstvu. In: J. Ramšak-Pajk, & A. Ljubič, eds. *Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti.

Ljubič, A., Peroša, M., Mernik-Merc, A., 2016. Obravnava novorojenčka in dojenčka na domu. In: J. Ramšak-Pajk, & A. Ljubič, eds. *Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti.

Moon, C., Lagercrantz, H., & Kuhl, P. K. (2013). Language experienced in utero affect vowel perception after birth: A two-country study. *Acta Paediatrica*, 120, pp. 156-160.

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15, 47/18, 57/18 in 57/18).



Ramšak-Pajk, J., 2012. Uporaba znanj teoretičnih modelov pri obravnavi družine z novorojenčkom v patronažnem varstvu. In: M. Berčan, ed. *Patronažno varstvo v obdobju zgodnjega starševstva: zbornik 8. Strokovno srečanje združenja ZPMS, 25. september 2012*. Vransko: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, pp. 7-9.

Statistični urad Republika Slovenija, 2019. Available at: <https://www.stat.si/statweb>. [02.02.2020g. Šučar, V., 2012. Vloge patronažne medicinske sestre pred porodom in po porodu v domačem okolju. In: M. Berčan, ed. *Patronažno varstvo v obdobju zgodnjega starševstva: zbornik 8. Strokovno srečanje združenja ZPMS, 25. september 2012*. Vransko: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester.

Vrbovšek, S. & Rebernik, K. eds., 2017. Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih. Vsebinska izhodišča za izvajanje projektnih aktivnosti. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Zaletel-Kragelj, L., Eržen, I. & Premik, M., 2007. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Železnik, D., ed., 2011. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti



RAZVOJNA OSKRBA KRITIČNO BOLNEGA NOVOROJENČKA V INTENZIVNI TERAPIJI OTROK

DEVELOPMENTAL CARE OF CRITICALLY DISEASE NEWBORN IN CHILD INTENSIVE THERAPY

Matjana Koren Golja, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Klinični oddelek za intenzivno terapijo otrok,
Kirurška klinika, Univerzitetni Klinični center Ljubljana,

Izveček

Rojstvo predstavlja pomemben mejnik v življenju človeka. Z rojstvom se za novorojenčka prične samostojno življenje, ki predstavlja izziv za njegove sposobnosti. Zdravi novorojenčki se z izzivi zunanjega sveta uspešno spopadajo in so vključeni v preventivni program spremljanja razvoja. Bolni novorojenčki, predvsem tisti, ki potrebujejo intenzivno zdravljenje in so kritično bolni se z novimi izzivi spopadajo težje.

Ključne besede: novorojenček, razvojna oskrba, intenzivna terapija

Abstract

Birth is an important milestone in human life. With the birth of the newborn begins independent life, which poses a challenge for his abilities. Healthy newborns successfully face the challenges of the outside world and are included in a preventative development monitoring program. Sick newborns, especially those who need intensive care and are critically ill, are facing more difficult challenges.

Key words: newborn, developmental care, intensive care

Uvod

Rojstva otroka s prirojeno okvaro ali boleznijo je velik šok za starše. Ponavadi se otroka takoj premesti na ustrezeni oddelek, kar pomeni, da sta mati in otrok ločena ter prikrajšana za primarno navezovanje. Novopečeni starši pričakujejo rojstvo popolnega otroka, namesto tega pa vidijo otroka z različnimi cevkami (Vettorazzi, 2008).

Na Kliničnem oddelku za intenzivno terapijo otrok (KOITO) se nudi življenjsko ogroženim otrokom terapevtske možnosti, s katerimi lahko začasno nadomestijo motene ali že izpadle življenjsko pomembne funkcije. Sodobna zdravstvena nega je usmerjena k posamezniku in njegovim potrebam. Na KOITO v okviru izvajanja zdravstvene nege, kolikor je le mogoče uporabljamo pristop, t.i. celostno individualizirano razvojno oskrbo novorojenčka. Pristop temelji na poznavanju razvoja in vedenja novorojenčka, ki omogoča organizacijo neposrednega fizičnega okolja ter varno in kakovostno zdravstveno nego (Kovač, 2011). Upoštevati je potrebno dejstvo, da se na KOITO zdravijo otroci različnih starostnih skupin in v vsaki skupini so določene potrebe, ki jih je potrebno upoštevati. Zato se trudimo, da v okviru zdravstvene nege ustvarimo takšne pogoje, ki bi pozitivno vplivali na razvoj bolnega novorojenčka.

V okviru predpisanega preventivnega programa izvedemo tudi nekatere presejalne teste.

Razvojna oskrba novorojenčkov

Skrb za razvojno oskrbo novorojenčkov na oddelku intenzivne terapije prispeva k boljšemu psihosocialnemu razvoju. Zavedati se je potrebno, da je to obdobje razvoja z visokim tveganjem



in da tudi samo kritično stanje vpliva na možnost slabšega nevrološkega razvoja. V primeru nedonošenosti pa je stopnja ogroženosti za slabši nevrološki razvoj še večja.

Razvojna oskrba vključuje različne intervencije za zmanjšanje stresa pri novorojenčku. Zdravstvena nega je individualno prilagojena vsakemu posebej in je tudi odvisna od zdravstvenega stanja. Razvojna oskrba vključuje elemente za nadzor nad zunanjimi dražljaji (vestibularnih, slušnih, vidnih, taktilnih). V razvojno oskrbo kolikor je le mogoče vključujemo tudi starše.

Raziskave kažejo, da vključevanje staršev v zdravstveno nego, vodi k zmanjšanju stresa in anksioznosti staršev ter boljšo razvojno oskrbo.

Vključenost staršev je zelo pomembna in ima pozitivne učinke na telesni, kognitivni in psihosocialni razvoj vseh dojenčkov, vključno s tistimi, ki se zdravijo v bolnišnici. Družinsko usmerjena razvojna oskrba prepozna družino kot pomembnega člana zdravstvenega tima (Craig, 2015).

Razvojna oskrba izboljša rezultate za vso družino. Zato je treba razvojno oskrbo, osredotočeno na družino, vključiti v filozofijo skrbi za vsakega novorojenčka.

Medicinska sestra, ki dela v intenzivni terapiji v kateri se zdravijo kritično bolni novorojenci, donošeni ali nedonošeni, mora imeti specifična znanja in poznati vedenjske značilnosti novorojenčka in njegovega razvoja. Znati moramo tudi vključevati starše v načrt zdravstvene nege in individualno razvojno oskrbo.

Pomembno je, da medicinska sestra sprejema starše z njihovimi občutki in s stališči ter jim pomaga, da sprejmejo novorojenčka takšnega kot je, in ne takšnega, kakršnega so si želeli (Kovač, 2011).

Delo s starši na intenzivnih oddelkih je zelo pomembno in ključna je vloga medicinske sestre, ki mora biti sposobna razumeti in sprejeti občutke, ki jih doživljajo starši otroka. Sposobna mora biti empatija. Na KOITO je za pomoč in premagovanje stresa na voljo tudi klinična psihologinja, ki je v kritičnih situacijah na razpolago tudi zdravstvenemu osebju.

Vpliv okolja na oddelku intenzivne terapije

Novorojenček je takoj po rojstvu v stalni interakciji z okoljem. Iz okolja sprejema taktilne, vestibularne, slušne in vidne dražljaje, ki vplivajo na njegov razvoj.

Zdravljenje na takšnih oddelkih je za novorojenčke izredno stresno. Zaradi same narave dela je bolni novorojenček izpostavljen senzorični preobremenitvi. Napredna tehnologija, ki je potrebna za vzdrževanje življenja teh majhnih dojenčkov, pogosto povzroči močno svetlobo, glasen in nepredvidljiv hrup ter številne vsiljive ter boleče postopke. Vse to lahko škodljivo vpliva na dojenčka, ki se razvija, in s tem spreminja predvsem zaradi neustreznega okolja, kar lahko vpliva tudi na slabše razvojne rezultate.

Dolžina bivanja v intenzivni terapiji prav tako vpliva na razvoj novorojenčka. Medicinskih dejavnikov, ki verjetno prispevajo k tveganju za slabši razvoj, vključno z resnostjo bolezni in zapletenostjo kirurškega posega ni enostavno spremeniti. Mogoče je le prilagoditi okolje za spodbujanje optimalnega razvoja v tem občutljivem obdobju. Medtem ko je zdravljenje v intenzivni terapiji potrebno za zagotavljanje preživetja, lahko neprilagojeno okolje potrebam razvoja novorojenčka škoduje razvojnemu procesu (Sood, 2016). Zato je pomembno prilagoditi okolje, predvsem raven hrupa in svetlobe.

Na intenzivnih oddelkih pogost problem predstavlja visoka raven hrupa, kar škodljivo vpliva na novorojenčke. Pri novorojenčkih opazimo znake stresnega vedenja, kar povzroči zvišan krvni tlak, srčni utrip ter zmanjša nasičenost kisika ter posledično se poveča potreba po kisiku. Nekateri raziskovalci menijo, da previsoka raven hrupa povzroča okvare sluha in hipoksijo. Prav tako so dokazali, da tudi osebje med izvajanjem aktivnosti povzroča veliko hrupa (Kovač, 2011).

Ameriška akademija za pediatrijo priporoča raven hrupa od 45 dB do 65 dB. Raven hrupa nad 90 dB več kot 8 ur lahko vpliva tudi na sluh odraslih, zato je še toliko bolj škodljiva za sluh



novorojenih otrok, saj je bolj nezrela cochlea občutljivejša na poškodbe. Ototoksična zdravila povečajo občutljivost na hrup. Dejanska raven hrupa v inkubatorju se lahko giblje med 56-72 db (Fowler Byers, 2013).

Raven hrupa na intenzivnih oddelkih lahko zniža tudi osebje samo. Kadar je to le mogoče, naj se osebje giblje mirno in tiho. Zvočni alarmi naj se oglašajo z nežnim zvokom in če je le mogoče naj se osebje na njih hitro odzove. Uporaba nepotrebnih zvočnih naprav kot so uporaba radija se v takšnih enotah odsvetuje. V preventivni program sodi izvedba testa sluha TEOAE, ki je običajno zaradi intenzivnosti zdravljenja na KOITO ne izvedeno in ga opravijo kasneje na oddelku na katerega je otrok premeščen.

Novorojenček je na intenzivnem oddelku poleg dnevne svetlobe izpostavljen še drugim virom svetlobe. Intenzivnost dela včasih narekuje še dodatno osvetlitev. Nenadna povečana raven svetlobe lahko vpliva na manjšo nasičenost s kisikom in slabo povečanje telesne mase. Stalna svetloba moti dnevni ritem spanja in vzdraži živčni sistem. Priporoča se, da neposredna svetloba ne pada otroku direktno na obraz. Med spanjem otroku zagotovimo temo. Vsaka posteljna enota naj ima, če je le mogoče, svojo razsvetljavo. Dojenčke, ki jih zdravimo s fototerapijo pred to svetlobo še posebej zaščitimo z zaščitnimi očali (Yurdakök, 2015).

Pri rokovanju z otrokom moramo biti pozorni na otrokove cikle budnosti, spanja in če otrokovo stanje dopušča tudi hranjenje. Medtem ko dojenčki morda eno leto ne izgovorijo svoje prve besede, se rodijo pripravljeni na komunikacijo z bogatim besediščem gibov telesa, jokom in vizualnimi odzivi; vse to je del zapletenega jezika dojenčkovega vedenja.

Nežni taktilni dražljaji običajno novorojenčka pomirjajo, vendar prepogosti in premočni lahko povzročijo stres, motijo njegovo spanje ali pa povzročijo bolečino.

V kritičnih situacijah se motečim dražljajem žal ne moremo izogniti, ko pa je to mogoče skušamo zmanjšati pogostost rokovanja z otrokom in skrbno načrtujemo nujno potrebne negovalne intervencije.

Bolan novorojenček, ki potrebuje intenzivno zdravljenje je izpostavljen številnim ponavljajočim se rutinskim postopkom, ki povzročajo bolečino. V okvir diagnostično terapevtskih postopkov sodijo odvzem krvi, vstavljanje intravenske poti, intubacija, vstavitev gastrične cevke in drugi postopki, ki povzročajo bolečino.

Novorojenčki se na bolečino odzovejo s fiziološkimi in vedenjskimi odzivi. Fiziološki odzivi na bolečino so sprememba srčne frekvence, dihanja in krvnega tlaka, ki se običajno povišajo. Vedenjski odzivi pa se kažejo z mimiko obraza, nemirom, jokom. Za medicinsko sestro je pomembno, da pozna odzive novorojenčka na bolečino in zna pravilno ter učinkovito pomagati novorojenčku, ki občuti bolečino.

V kritični fazi bolezni težje zmanjšamo število potrebnih postopkov, ki so potrebni v diagnostično terapevtske namene. Kasneje pa v sodelovanju z zdravniki skušamo zmanjšati te postopke na najmanjšo možno mero. V okviru postopkov zdravstvene nege uporabljamo ocenjevalne lestvice za bolečino in le to skušamo zmanjšati z uporabo farmakoloških in nefarmakoloških postopkov. Uporaba saharoze oziroma analgetikov, ki jih medicinska sestra aplicira po potrebi in jih predpiše zdravnik, sodijo med farmakološke ukrepe za zmanjšanje bolečine. Med nefarmakološke postopke sodi izdelava natančnega načrta izvedbe bolečih postopkov, ki se jih poskuša zmanjšati na najmanjšo možno raven.

Optimalno ravnanje z bolečino novorojenčkov zahteva kompetentni pristop, ki mora biti individualen za vsakega novorojenčka. Prepoznavanje bolečine je lahko tudi biokemično. Tu pride ob bolečinskem dražljaju do povišanja vrednosti stresnih hormonov v krvi. V raziskavah so merili vrednosti renina, aldosterona, kateholaminov, kortizola, ravnega hormona in glukagona. Zaradi invazivnosti postopka se v klinični praksi tega ne izvaja. K fiziološkim parametrom sodijo tudi srčni utrip, arterijski tlak, frekvenca dihanja, nasičenost arterijske krvi s kisikom. Izkazali so se kot zelo priročni kazalniki bolečine, čeprav so lahko zavajajoči, ker so močno odvisni od bolezni in



stanja organizma ter morebitnega delovanja zdravil. Z merjenjem sprememb fizioloških parametrov ob bolečini merimo aktivacijo simpatičnega sistema oziroma odgovor na bolečinski dražljaj. Od vseh načinov ocenjevanja bolečine, ki merijo aktivacijo simpatičnega sistema, se najpogosteje meri frekvenca srčnega utripa, na katerega vplivata tako parasimpatični kot simpatični sistem. S starostjo se vpliv parasimpatičnega sistema na srčni utrip povečuje, zato je pri nedonošenih novorojenčkih vpliv parasimpatičnega sistema celo večji. S starostjo se povečuje tudi variabilnost srčnega utripa (Jacobs et al., 2002).

Neonatalni presejalni testi na intenzivnem oddelku

S presejalnimi testi pri vseh novorojencih sistematično odkrivamo redke prirojene bolezni, pri katerih je za preprečevanje pogosto zelo težkih posledic ključno njihovo zgodnje prepoznavanje. Z nacionalnim programom presejanja novorojencev zato te bolezni aktivno iščemo kmalu po rojstvu, še pred pojavom bolezenskih znakov.

S presejanjem novorojenčka se lahko odkrijejo stanja, ki lahko vplivajo na otrokovo dolgoročno zdravje ali preživetje in jih je zato potrebno izvesti tudi, ko se otrok zaradi drugih bolezenskih vzorov zdravi v bolnišnici.

Za namen presejanja se praviloma pri novorojenčku 48-72 ur po rojstvu odvzame nekaj kapljic krvi s pete, na posebno kartico s filtrirnim papirjem. Posušene kapljice krvi se nato v laboratoriju testira za celoten izbran nabor prirojelih bolezni.

Občasno je zaradi različnih razlogov (npr. starosti ali stanja novorojenčka, zdravil, slabše kakovosti odvzetega vzorca, nejasnih izvidov analize) potrebno odvzem krvi in analizo ponoviti. Na rezultate vplivajo tudi predhodno prejeta transfuzija krvi, prehrana in dodatek heparina v odvzetem vzorcu. Pri novorojenčkih na KOITO vzorce medicinska sestra odvzame po naročilu zdravnika. Vodi se tudi natančna evidenca odvzemov.

Med rutinskimi testi, ki se opravijo za odkrivanje nepravilnosti na KOITO zdravnik izvede tudi nevrološko oceno vključno z ultrazvočnim pregledom glave. Vodi in spremlja se tudi telesna teža in dolžina ter obseg glave. Telesna teža lahko zaradi določenih bolezenskih stanj npr. težji operativni postopki odstopa. Zaradi tega se vodi tudi natančna bilanca vnesenih in izločenih tekočin ter kaloričen vnos bodisi hrane, ki jo zaužije preko ust oziroma parenteralne prehrane.

Zaključek

Razvojna oskrba novorojenčkov je ključnega pomena in je prilagojena potrebam vsakega otroka posebej, zato se trudimo, da jo v aktivnosti, ki potekajo na KOITO redno vključujemo. Vključevanje takega načina pomeni bolj kakovostno zdravstveno nego in oskrbo novorojenčka ter prispeva k večjemu zadovoljstvu staršev in zaposlenih.

Dokazano je, da lahko s tovrstnim pristopom skrajšamo čas bolnišničnega zdravljenja, skrajšamo obdobje, ko je potrebno umetno predihavanje, novorojenček pa uspešneje pridobiva telesno težo ter kasneje v življenju dosega spodbudnejše rezultate pri testiranju umskega in gibalnega razvoja (Hutchon, 2008).

Literatura

Craig, W., 2015. Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Perinatol*, 35(Suppl 1), S5–S8.

Hutchon B., 2008. Neonatal individualised developmental care & assessment programme NIDCAP – an overview. Vedenjski vzorci novorojenčka v luči zgodnjega razvoja. Zbornik predavanj. Ljubljana: pp. 63-7.



- Fowler Byers, J., 2013. Components of developmental care and the evidence for their use in the NICU. *American Journal of Maternal and Child Nursing, May/June*, 28(3), pp. 174-182.
- Jacobs, S.E., Sokol, J. & Ohlsson, A., 2002. The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program is not supported by meta analyses of the data. *Journal of Pediatrics*. Jun, 140(6), pp. 699-702.
- Kovač S. Celostna individualizirana razvojna oskrba novorojenčka v teoriji in praksi. *Slov Pediat* 2011;18:54-60.
- Kovač, S., 2011. Celostna individualizirana razvojna oskrba novorojenčka v teoriji in praksi. *Slov Pediatr*, 18, pp. 54-60
- Sood, E., 2016. Developmental Care in North American Pediatric Cardiac Intensive Care Units. *Neonatal Care*, Jun, 16(3), pp. 211–219.
- Vettorazzi, R., 2008. Oskrba otroka s stomo po teoretičnem modelu Myre Estrin Levine. In: Simpozij enterostomalne terapije v obdobju otroka in mladostnika, zbornik predavanj z recenzijo, Portorož 23. in 24. oktober 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, pp. 85-90.
- Yurdakök, M., 2015. Phototherapy in the newborn: what's new? *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 4(2), e040255. doi: 10.7363/040255





PREHRANA DOJENČKA, OTROKA IN MLADOSTNIKA

NOVE SMERNICE V PREHRANI DOJENČKOV, OTROK IN MLADOSTNIKOV

Andreja Širca Čampa, univ. dipl. inž.

UKCL, Pediatrična klinika Ljubljana, Služba za dietoterapijo in bolniško prehrano;
Bohoričeva 20, 1000 Ljubljana; e-naslov: andreja.campa@kclj.si

Izvleček

Zdrave prehranjevalne in gibalne navade, ki jih otroci pridobijo v zgodnjem otroštvu, vplivajo na izbiro živil in prehranjevalne prakse kasneje v življenju. Dokazano je, da neprimerni prehranski vzorci, pomanjkanje gibanja in spanja v otroštvu spadajo med ključne vzroke za nastanek najpomembnejših kroničnih nenalezljivih bolezni: bolezni srca in ožilja, sladkorne bolezni, nekaterih vrst raka, nekaterih kroničnih pljučnih obolenj, debelosti, osteoporoze ter drugih bolezni mišično-kostnega sistema.

Uravnotežena in energijskim potrebam prilagojena prehrana je osnovnega pomena za zdrav razvoj otroka in zmanjševanje bremena razvoja nenalezljivih bolezni.

Globalni prehranski cilji vključujejo izboljšanje prakse dojenja, zmanjševanje motenj rasti dojenčkov in majhnih otrok, zaježitev naraščanja prekomerne teže in debelosti pri otrocih. Tudi Slovenija je med ključne cilje Resolucije o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015 – 2025 vključila mehanizme zagotavljanje čim boljših pogojev za zdravo prehranjevanje dojenčkov, otrok in mladostnikov. Smernice za zdravo prehrano dojenčkov do prvega leta starosti ima Slovenija že od leta 2010, v letošnjem letu je v pripravi prva prenova in uskladitev z novimi evropskim smernicam zdravega prehranjevanja za dojenčke, ki jih je izdalo Evropsko združenje za pediatrično gastroenterologijo, hepatologijo in prehrano, ESPGHAN (»European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition«). Prav tako na zadnje potrjevanje čakajo prenovljene *Smernice zdravega prehranjevanja v vzgojo-izobraževalnih ustanovah* iz leta 2005.

Priporočila opisujejo najboljše z dokazi podprte načine za zaščito, spodbujanje in podporo optimalnega hranjenja dojenčkov in otrok v različnih obdobjih in okoljih. Namenjena so zdravstvenem osebju na primarni ravni, v bolnišnicah in v ostalih zdravstvenih ustanovah – kjer oskrbujejo starše in otroke med nosečnostjo, porodom in na domu. Prav tako so smernice namenjene osebju, ki skrbi za prehrano v vzgojno-izobraževalnih ustanovah, dijaških domovih in mladinskih zdraviliščih, ter staršem, da bi v poplavi različnih laičnih priporočil in razprav o »zdravi prehrani otrok« znali začrtati dobre prehranjevalne prakse, ki jih bo otrok lahko uporabljal celo življenje.



UVAJANJE ČVRSTE HRANE NA ŽELJO OTROKA (Baby-Led Weaning METODA)

doc. dr. Evgen Benedik, univ. dipl. inž. živ. tehnol., klinični dietetik,
asist. Neža Lipovec, mag. inž. preh. (UN), klinična dietetičarka
Pediatrska klinika, UKC Ljubljana in Biotehniška fakulteta, Univerza v Ljubljani
evgen.benedik@gmail.com

Izvelek

Zdrava in uravnotežena prehrana tekom celega življenja je ključnega pomena za optimalno rast in razvoj posameznika. Prehrana ne vpliva le na zdravje dojenčka in otroka, temveč njen vpliv seže vse v odraslo dobo in celo na naslednjo generacijo potomcev. Da zagotovimo optimalen razvoj otroka je zato pomembno, da njegova starša poskrbita za uravnoteženo prehrano že pred samim spočetjem in jo nato vzdržujeta celo življenje, predvsem v času nosečnosti in dojenja. Z uvajanjem čvrste hrane pričnemo po dopolnjenem šestem mesecu dojenčkovega življenja, saj izključno humano mleko ne zagotavlja več vseh potrebnih hranil. Večina staršev se uvajanja čvrste hrane loti po tradicionalni metodi, s pasirano hrano, a v zadnjih nekaj letih postaja vedno bolj priljubljena metoda uvajanja čvrste hrane na željo otroka (Baby-Led Weaning metoda). Pri uvajanju čvrste hrane na željo otroka preskočimo fazo pasirane hrane in otroku pričnemo ponujati hrano v kosih. Glavno načelo te metode je, da se otrok že od samega začetka hrani sam, poudarja njegovo samostojnost in dejstvo, da je otrok aktivni udeleženec pri procesu hranjenja, da je sposoben sam zaznati občutek lakote oziroma sitosti in da bo izbral in zaužil živila, na katera je pripravljen. Z raziskavami zaenkrat še niso uspeli dokazati večjih razlik glede ustreznosti tradicionalne metode in uvajanja čvrste hrane na željo otroka. Ne glede na izbrano tehniko uvajanja čvrste hrane, je potrebno otroku zagotoviti varno, uravnoteženo in čim bolj pestro prehrano, saj je čas uvajanja čvrste hrane ključen pri ustvarjanju otrokovih prehranskih navad, obenem pa so otroci v tem obdobju še posebej ranljivi, imajo namreč večje tveganje za pojav podhranjenosti.

Ključne besede: uvajanje čvrste hrane na željo otroka, baby led weaning metoda, presnovno programiranje, uravnotežena prehrana, prehranske navade

Uvod

Prehrana dojenčka

Zdrava prehrana in zdrav življenjski slog v času pred nosečnostjo (za žensko in moškega), med nosečnostjo in dojenjem ter v času prvih dveh let otrokovega življenja sta pomembna dejavnika za doseganje optimalnega zdravja otroka in kasneje odraslega, skozi celo življenje. Zdrava prehrana ne vpliva le na zdravje dojenčka in otroka, temveč seže njen vpliv vse v odraslo dobo (zmanjšanje tveganja za razvoj prekomerne telesne mase, diabetesa, alergij, povišanega krvnega tlaka, bolezni srca in ožilja ter presnovnih bolezni) in celo na naslednjo generacijo potomcev, kar imenujemo presnovno oziroma prehransko programiranje ali presnovni vtis (Langley-Evans, 2015; Lillycrop & Burdge, 2015). Kritična obdobja v življenju otroka, ki imajo največji vpliv na pojav neješčnosti in razvoj zdravih vzorcev prehranjevanja so obdobje pred in med nosečnostjo, obdobje dojenja in obdobje uvajanja čvrste hrane ter prvi dve leti otrokovega življenja (De Cosmi, et al., 2017; Levene & Williams, 2017; Chao, 2018; Kutbi, et al., 2019; Taylor & Emmett, 2019). V teh kritičnih obdobjih je zelo pomembna zdrava in uravnotežena prehrana, ki je ključnega pomena za zdrave prehranske navade otroka. Pestra in uravnotežena prehrana tekom nosečnosti in dojenja pripomore k temu, da se otrok s številnimi okusi seznami že pred uvajanjem čvrste hrane in je zato le to lažje, kot pri otrocih, ki so hranjeni z mlečnimi formulami (De Cosmi, et al., 2017; Specht, et al. 2018). V mnogih študijah so dokazali, da zdrava prehrana v obdobju nosečnosti in dojenja, stimulira razvoj



okusov in zmanjša pojavnost debelosti pri otroku, tudi kasneje v življenju. Na tveganje za pojav debelosti in izbirčnosti vpliva tudi obdobje uvajanja čvrste hrane (De Cosmi, et al., 2017). Humano mleko zdravih in dobro prehranjenih mater je najustreznejša hrana in zaščita za dojenčke, saj je kompleksna mešanica hranil, rastnih faktorjev, hormonov ter bioaktivnih in drugih zaščitnih snovi. Hranjenje dojenčka s humanim mlekom se tako priporoča vsaj do dopolnjenega drugega leta starosti, nato pa, dokler želita doječa mati in otrok. Izključno dojenje v prvih šestih mesecih življenja zagotovi vse dojenčkove potrebe za optimalno rast, razvoj in zdravje (WHO, 2009). Po dopolnjenem šestem mesecu starosti (180 dni) je dojenčkove potrebe po energiji in hranilih vedno težje zagotavljati samo z dojenjem oziroma humanim mlekom, zato se svetuje, da se prične uvajati čvrsto hrano (PHAO/WHO, 2002).

Uvajanje čvrste hrane

Navodil in nasvetov staršem kako pravilno uvajati čvrsto hrano je ogromno, med seboj so si velikokrat celo nasprotujoča in velikokrat tudi popolnoma napačna, strokovno neutemeljena. Poznamo dve metodi uvajanja čvrste hrane dojenčkom. Prva metoda (tradicionalna metoda) temelji na uvajanju hrane po principu »tekoče pasirana hrana – gosto pasirana hrana – koščkasta hrana«, druga metoda, uvajanje čvrste hrane na željo otroka, pa uvaja hrano po principu »pretlačena hrana – koščkasta hrana«. Razlika je v tem, da pri tradicionalni metodi uvajamo živila v določenem zaporedju oziroma vrstnem redu in da uvajamo en obrok na enkrat, pri metodi uvajanja čvrste hrane na željo otroka pa gre za bolj ali manj naključno zaporedje živil, ki predstavljajo na začetku bolj dodatek k dojenju, kot resnično samostojen obrok. Kadar govorimo o uvajanju čvrste hrane, imamo vedno v mislih uvajanje čvrste hrane pri zdravem dojenčku, predvsem kadar govorimo o uvajanju čvrste hrane na željo otroka. Navodila za uvajanje čvrste hrane pri bolnih dojenčkih se tako lahko nekoliko razlikujejo in morajo biti vedno usklajena z izbranim pediatrom.

Pri starosti šestih mesecev je večina dojenčkov razvojno že pripravljenih na uvajanje čvrste hrane. Prebavni trakt je sposoben prebavljati škrob, beljakovine in maščobe, poleg tega pa otroci pri tej starosti navadno ne odrivajo več hrane iz ust z jezikom, ampak jo že znajo razporediti in mehansko obdelati v ustni votlini ter pogoltniti. (PHAO/WHO, 2002; Fidler Mis & Benedik, 2012). Po priporočilih se naj čvrsto hrano uvaja po dopolnjenem 6. mesecu starosti otroka, v praksi pa je ključno, da starši spremljajo otrokov interes do hrane ter ga ne silijo k hranjenju. Siljenje otroka namreč poveča možnosti za pojav neješčnosti, ustvari negativne asociacije s hrano, kar vodi do zavračanja hrane (Fries & Van der Horst, 2019; Taylor & Emmett, 2019).

Uvajanje čvrste hrane na željo otroka velja za alternativno metodo uvajanja hrane pri dojenčku, ki temelji na principu, da se otrok že od samega začetka hrani sam, namesto da ga hranijo starši s pasirano hrano po žlički. Glavna značilnost te metode je, da otroci sodelujejo pri družinskih obrokih, ponudi se jim hrana v kosih, ki jo lahko primejo v roke in sami nesejo v usta (Rapley, 2011). Starši otroku le pripravijo in ponudijo hrano, otrok pa nato kontrolira sam proces uvajanja čvrste hrane: odloči se kaj, koliko in kako hitro bo pojedel. Ta metoda poudarja dejstvo, da je dojenček aktivni udeleženec v postopku hranjenja in ne le pasivni prejemnik hrane (Rapley, 2011). Omenjena metoda bi bila lahko problematična predvsem z vidika pomanjkljivega vnosa železa, prenizkega energijskega vnosa in bi lahko predstavljala večje tveganje za zadušitev, vendar zaenkrat raziskave niso potrdile večje nevarnosti v primerjavi s tradicionalno metodo uvajanja hrane (D'Auria, et al., 2018).

Pri uvajanju čvrste hrane, ne glede na to po kateri tehniki se uvaja hrano, je potrebna previdnost, saj so dojenčki v tem obdobju v nevarnosti za pojav podhranjenosti, ki nastane kot posledica pomanjkanja hranil in energije iz hrane, kar lahko vodi do zastoja v rasti in počasnejšega psihomotoričnega razvoja. Čvrsta hrana, predvsem na začetku uvajanja, pogosto nima ustrezne hranilne sestave (hranilno revni obroki), dojenčkom je uvedena pre zgodaj ali prepozno, v premajhnih količinah, in ne dovolj pogosto. Z ustreznim izborom in ustreznim postopkom priprave živil se otroku s čvrsto hrano postopno povečuje energijski vnos in vnos vseh potrebnih hranil. Živila naj imajo visoko



energijsko in hranilno vrednost (lokalna, sezonska živila) in naj ne bodo začinjena, soljena ali sladkana (PAHO/WHO 2002; WHO 2009). S tem izboljšamo zdravje otroka na kratek in dolgi rok, saj zmanjšamo željo po sladkem in slanem (De Cosmi, et al., 2017). Otroci pri katerih se uvajanje čvrste hrane začne pred 6. mesecem starosti so 2,5-krat bolj nagnjeni k neofobiji in uživanju manj raznolike hrane, pri uvajanju čvrste prehrane pred 4. mesecem pa je dosti večja verjetnost, da pride do neprijetnih izkušenj s hrano, ki so posledica še ne dovolj razvitega prebavnega trakta pri otroku (Shim, et al., 2011). Uvajanje čvrste hrane po 6. mesecu starosti zmanjša pojav neješčnosti pri otroku, vendar prepozno uvajanje čvrste hrane prav tako ni priporočljivo, saj lahko zamudimo razvojno fazo sprejemanja pretlačenih živil oziroma živil v koščkih (Kutbi, et al., 2019). Uvajanje čvrste hrane na željo otroka bi lahko zmanjšalo pojav neofobije, saj otrok hrano zaužije, ko je na to pripravljen, srečuje se z vsakim okusom posebej, prav tako pa z njo preprečimo prepozno sprejemanje živil v koščkih, saj preskočimo fazo pasirane hrane, vendar zaenkrat še ni bilo opravljenih dovolj kakovostnih raziskav, ki bi to potrdile (D'Auria, et al., 2018).

Ko začnemo z uvajanjem čvrste hrane, je normalen pojav, da otrok hrano izpljune ali ima na obrazu izraz odpora. Starši velikokrat te znake razumejo kot zavračanje hrane in v povprečju hrano prenehajo ponujati po 5 poskusu. Vendar raziskave kažejo, da je potrebno hrano otroku ponuditi vsaj 15-krat, da jo sprejme kot varno in ji zaupa ter jo poskusi (Levene & Williams, 2017). Popolnoma normalno je tudi zavračanje zelenjave, saj smo ljudje genetsko nagnjeni k preferiranju slane in sladke hrane. Zavračanje grenke hrane je naravna zaščita telesa, ki varuje otroka pred tem, da bi pojedel kaj strupenega, saj so strupene rastline navadno grenkega okusa (Levene & Williams, 2017). Zato velja pravilo, da večkratna kot bo izpostavljenost določenega živila otroku, večja bo njegova sprejemljivost za to določeno živilo (Chao, 2018). Na izbirčnost otroka vplivajo tudi prehranske navade staršev. Starši so otroku vzor in vzgled, zato je zelo pomembno, da imajo zdrave prehranske navade in uživajo pestro ter raznoliko prehrano, bogato z zelenjavo in sadjem. Otroci staršev, ki so izbirčni, so bolj nagnjeni k neješčnosti (Kutbi, et al., 2019). Z raziskavami so ugotovili, da prehrana matere, ki je bogata s sadjem in zelenjavo v prvem letu otrokovega življenja, vpliva na količino zelenjave, ki jo bo otrok pojedel pri starosti 2 let (Scaglioni, et al., 2018; Taylor & Emmett, 2019). Ko se uvaja čvrsta hrana, se otrokove potrebe po dojenju postopno zmanjšujejo, tako čvrsta hrana počasi dejansko nadomesti potrebe po humanem mleku oziroma mlečni formuli. Se pa otroku istočasno z uvajanjem čvrste hrane ponudi tudi tekočina. Nikakor niso primeren vir tekočine čaji z dodanim sladkorjem, 100 % sadni ali zelenjavni sokovi (npr. jabolčni in korenčkov), sadni nektarji, sirupi, ipd. Tudi čaji iz komarčka oziroma koromača niso primeren vir tekočine vse do četrtega leta starosti, zaradi vsebnosti kemijske spojine estragol (Fewtrell, et al., 2017). Najboljši vir tekočine predstavljata navadna voda ali nesladkani čaj. V poletnih mesecih, ko se dojenčki prekomerno potijo in v primeru da zbolijo ali imajo drisko, se svetuje dodaten vnos tekočine, lahko tudi uporaba posebnih rehidracijskih raztopin v skladu z navodili izbranega pediatra.

Starši naj otroka hranijo tako pogosto, kot bo otrok želel, oziroma naj se orientirajo glede na apetit otroka, razen ko je bolan (PAHO/WHO 2002). Pri uvajanju živil ni posebnih prehranskih omejitev kar zadeva alergijske učinke hrane, alergogeno hrano je celo priporočljivo otroku ponuditi že pri dopolnjenih 6 mesecih starosti. Previdnost ni odveč, kadar gre za potrjene prehranske alergije v družini. V teh primerih se o uvajanju posameznih alergogenih živil posvetujte z izbranim pediatrom. Pazljivo ravnanje je potrebno zlasti pri uvajanju živil, ki bi lahko pripeljale do (PAHO/WHO 2002; WHO 2009):

- zadušitve (arašidi, oreški, ...),
- otroškega botulizma (med in javorjev sirup se uvaja šele po dopolnjenem prvem letu starosti),
- slabokrvnosti (uživanje pretiranih količin mleka in mlečnih izdelkov se v prvem letu starosti odsvetuje),
- zastrupitve s težkimi kovinami (uživanje morskih sadežev in velikih predatorskih rib, kot je morski pes, se v prvem letu starosti odsvetuje, prav tako se odsvetuje uživanje gozdnih gob) in
- drugih mikrobioloških zastrupitev s hrano (surovo in neprekuhano mleko, surovo meso in surove ribe (biftek, suši, sušimi), surovi jajčni izdelki (majoneza), ...).



Osnovna živila, ki predstavljajo osnovo za sestavljanje jedi in so primerna za uvajanje, so npr. krompir, riž, polenta, žita. Omenjena škrobnata živila predstavljajo tudi dober vir energije. Žita (gluten) naj se uvedejo pred 7. mesecem starosti. Iz omenjenih osnovnih živil se sestavlja obroke še iz sledečih skupin živil (WHO, 2009):

- živila živalskega izvora (meso, jajca), ki so bogat vir beljakovin, železa in cinka, mleko in mlečni izdelki se lahko uvajajo že pred prvim letom starosti, a v omejenih količinah, bolj v obliki dodatkov k jedem,
- ribe in ribji izdelki (uživanje rib z dna prehranske verige, na primer sardele, girice, orada, brancin),
- stročnice (grah, fižol, leča), ki so prav tako dober vir beljakovin in nekatere tudi železa. Ob sočasnem uživanju vitamina C (npr. krompir, paradižnik, citrusi, zelena zelenjava) poveča absorpcijo železa,
- oranžno sadje in zelenjava (korenje, jedilna buča, mango, papaja, zelena zelenjava) so bogat vir vitamina A in C,
- maščobe in rastlinska olja (predstavljajo koncentrirano obliko energije) in se jo prav tako priporoča v prehrani otroka. Kot vir omega-3 maščobnih kislin se poleg malih morskih rib svetuje še sledeča rastlinska olja: konopljino, repično, orehovo in laneno olje. Omenjenih olje se toplotno ne obdeluje ampak se jih uporabi kot dodatek k pripravljenim jedem. Kot vir omega-6 maščobnih kislin pa se svetuje uporaba olivnega, bučnega, sončničnega in koruznega olja. Odsvetuje pa se uporabo palmovega olja in masti ter uživanja ocvrtih živil, ocvirkov in masti.

Vegetarijanska oblika prehranjevanja predstavlja visoko tveganje za pojav podhranjenosti otroka oziroma predstavlja visoko tveganje za moteno rast in razvoj otroka. Dejstvo je, da bolj ko je stroga oblika vegetarijanske prehrane (pesco-, delni, lakto-ovo-, veganci, presnojedci, frutarijanci in makrobiotiki), bolj se povečuje tveganje za pomanjkanje več hranil: železa, cinka, kalcija, vitaminov B12, B2, D; n-3 maščobnih kislin, zlasti dokozaheksaenojske kisline (DHK), beljakovin in energije. Znano je, da pravilno sestavljena lakto-ovo-vegetarijanska prehrana lahko zadovolji vsem prehranskim potrebam odraščajočega otroka, morajo pa biti starši dobro poučeni o zahtevnem pravilnem izvajanju diete. Vseeno se v primeru, ko starši želijo otroka hraniti z vegetarijansko prehrano, svetuje pogovor pri pediatru in dietetiku (Fidler Mis & Benedik, 2012). Tako Evropsko združenje za pediatrično gastroenterologijo, hepatologijo in prehrano (ESPGHAN) kot tudi slovenske smernice odsvetujejo veganski način prehranjevanja za dojenčke in malčke (PAHO/WHO, 2002; Agostoni, et al., 2008; Bratanič, et al., 2010).

Uvajanje optimalne čvrste hrane ni odvisno samo od izbora živil, ki se jih uvaja, ampak tudi od tega kako in na kakšen način se živila uvaja, kdaj in kje ter kdo živila uvaja. Pravila na katera je potrebno biti pri uvajanju čvrste hrane še posebno pozoren so (WHO, 2009; Scaglioni, et al., 2018; Taylor & Emmett, 2019; Fries & Van der Horst, 2019):

- 1) Za uvajanje čvrste hrane naj si starši vzamejo čas in naj se ne ukvarjajo med tem še z drugimi stvarmi. Otroka naj se hrani počasi in potrpežljivo. Spodbujajo naj ga k hranjenju, a naj se ga ne sili.
- 2) Čas hranjenja je čas učenja in izkazovanje ljubezni. Med hranjenjem naj se starši pogovarjajo z otrokom, naj vzpostavljajo očesni kontakt. Med hranjenjem oziroma za mizo ni prostora za besede staršev ali starejših otrok, kot so: »fuj«, tega ne maram ipd., ker mlajši otroci to hitro razumejo.
- 3) Obroki naj bodo redni in približno ob istem času. Tako bo otrok vedel kdaj bo jedel in bo lačen.
- 4) Grudasta živila naj se uvede pred 10. mesecem starosti, v nasprotnem primeru lahko kasneje to privede do izbirčnosti, neješčnosti, kar vodi v podhranjenost.



- 5) V kolikor otrok zavrača hrano, naj starši poskusijo z eksperimentiranjem. Naj pripravijo različna živila skupaj, da dobijo novo kombinacijo okusov, barve, teksture. Naj bodo iznajdljivi. Otroka naj »vključijo« v pripravo obroka (nabiranje zelenjave na vrtu/tržnici/trgovini, čiščenje in pranje zelenjave).
- 6) Pri uvajanju nove hrane starši največkrat obupajo že po 5 zavrnitvi. Otrokove preference se ves čas spreminjajo, zato je potrebno hrano, ki je otrok še ni sprejel ali jo je že zavnil, še naprej vztrajno ponujati. Dokazano je, da mora otrok priti v stik z novo hrano vsaj 15-krat, preden ji zaupa in jo sploh poskusi, nato pa še dodatnih 10 do 15-krat, da mu hrana postane všeč.
- 7) Igrače, risanke, pametne naprave ne sodijo za mizo. Hrana je za otroka že sama po sebi zanimiva, zato pustimo, da otrok hrano raziskuje, jo okuša in se z njo igra.
- 8) Priporočljivo je, da ima otrok svoj krožnik, da starši enostavno ocenijo koliko hrane je otrok pojedel.
- 9) Otroka se lahko najprej podoji ali pa najprej zaužije obrok čvrstejše hrane, vrstni red ni pomemben. Par mati-otrok naj se pri tem ravnata po svojih željah/potrebah.
- 10) Ko otrok zboli, naj se poveča vnos tekočine, poveča naj se pogostnost dojenja in otroku naj se ponudi živila, ki jih ima rajši, da jih bo količinsko dovolj zaužil.
- 11) Pazljivost je potrebna tudi pri pripravi hrane, predvsem zaradi mikrobiološke kontaminacije, ki je glavni vzrok za pojav drisk in bruhanja pri otrocih. Paziti je potrebno na higieno rok (otroka in tudi tistega, ki otroku pripravlja hrano oz. ga hrani), higieno delovne površine, mize in pribora, paziti pri pripravi in shranjevanju živil.
- 12) Živila, predvsem sadje in zelenjava morajo biti dobro oprana in po potrebi ustrezno toplotno obdelana. Olupki, koščice, peške morajo biti odstranjene. Prav tako morajo biti odstranjene kožice stročnic in druge zelenjave. Paziti je potrebno tudi na morebitne koščke hrane, ki jih otroci lahko »shranijo« za ličnico, zato je priporočljivo, da se to pred spanjem tudi preveri.

Zaključek

Svetovna zdravstvena organizacija priporoča izključno dojenje prvih šest mesecev življenja, nato pa se dojenje priporoča vsaj do dopolnjenega drugega leta starosti, oziroma dokler to želita doječa mati in otrok. Po dopolnjenem šestem mesecu starosti se svetuje, da se prične z uvajanjem ustrezne čvrste hrane. Pri uvajanju hrane, je ne glede na izbran način uvajanja (uvajanje čvrste hrane na željo otroka ali standardna metoda uvajanje hrane) pomembno, da so starši osredotočeni na dolgoročni cilj, ki je uživanje zdrave, uravnotežene in raznolike prehrane. To dosežejo tako, da so sami zgled otroku in da poskrbijo, da imajo na voljo dovolj kakovostnih in raznolikih živil, ki jih otroku vztrajno ponujajo.

Zahvala:

Za pomoč pri pripravi in zbiranju literature za prispevek bi se rada zahvalila Patriciji Kunstek, študentki magistrskega študijskega programa Prehrana na Biotehniški fakulteti Univerze v Ljubljani.

Literatura

Agostoni, C., Decsi, T., Fewtrell, M., Goulet, O., Kolacek, S., Koletzko, B., et al., 2008. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 46(1), pp.99–110.

Bratanič, B., Fidler Mis, N., Hlastan Ribič, C., Poličnik, R., Širca-Čampa, A., Kosem, R., et al., 2010. Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke. In: Vertnik, L., et al., eds. Ljubljna: Ministrstvo za zdravje, pp. 1-71.



- Chao, H.C., 2018. Association of Picky Eating with Growth, Nutritional Status, Development, Physical Activity, and Health in Preschool Children. *Frontiers in Pediatrics*, 6. doi:10.3389/fped.2018.00022
- D'Auria, E., Bergamini, M., Staiano, A., Banderali, G., Penderza, E., Penagini, F., Zuccotti, G.V., Peroni, D.G., 2018. Baby-led weaning: What a systematic review of the literature adds on. *Italian Journal of Pediatrics*, 44 (1), pp. 1-11.
- De Cosmi, V., Scaglioni, S., Agostoni, C., 2017. Early Taste Experiences and Later Food Choices. *Nutrients*, 9(2), 107. doi:10.3390/nu9020107
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., MisN, F., et al., 2017. Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, hepatology, and nutrition (ESPGHAN) committee on nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 64, pp.119–32.
- Fidler Mis, N., Benedik, E., 2012. Praktična navodila za prehrano nosečnic, doječih mater in otrok, če starši kljub odsvetovanju vztrajajo pri vegeterijanski prehrani. In: Kržišnik, C., et al., eds. *Pediatrična kardiologija, (Izbrana poglavja iz pediatrije, ISSN 1408-354X, 24)*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, pp. 168-185.
- Fries, L.R., van der Horst, K., 2019. Parental Feeding Practices and Associations with Children's Food Acceptance and Picky Eating. *Nurturing a Healthy Generation of Children: Research Gaps and Opportunities*, 31–39. doi:10.1159/000493676
- Kutbi, H.A., Alhatmi, A.A., Alsolami, M.H., Alghamdi, S.S., Albaggar, S.M., Mumena, W.A., Mosli, R.H., 2019. Food neophobia and pickiness among children and associations with socioenvironmental and cognitive factors. *Appetite*, 104373. doi:10.1016/j.appet.2019.104373
- Langley-Evans, S.C., 2015. Nutrition in early life and the programming of adult disease: a review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 28, pp. 1–14.
- Levene, I.R. & Williams, A., 2017. Fifteen-minute consultation: The healthy child: “My child is a fussy eater!” *Archives of Disease in Childhood - Education & Practice Edition*, 103(2), 71–78. doi:10.1136/archdischild-2016-311787.
- Lillycrop, K.A. & Burdge, G.C., 2015. Maternal diet as a modifier of offspring epigenetics. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 6, 2, pp.88–95.
- PAHO/WHO 2002. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington DC, Pan American Health Organization/World Health Organization: pp. 40.
- Rapley, G., 2011. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Pract*, 84, pp.20–3.
- Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P., Agostoni, C., 2018. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients*, 10(6), pp. 706. doi:10.3390/nu10060706
- Shim, J.E., Kim, J., Mathai, R.A., 2011. Associations of Infant Feeding Practices and Picky Eating Behaviors of Preschool Children. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(9), pp.1363–1368. doi:10.1016/j.jada.2011.06.410
- Specht, I.O., Rohde, J.F., Olsen, N.J., Heitmann, B.L., 2018. Eating behavior and dietary intake in obesity prone normal weight children may be related to duration of exclusive breastfeeding. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66, S233–S234. doi:10.1016/j.respe.2018.05.008
- WHO 2009. Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Washington DC, World Health Organization: pp. 9.
- Taylor, C.M. & Emmett, P.M., 2019. Picky eating in children: causes and consequences. *Proceedings of the Nutrition Society*, 1–9. doi:10.1017/s0029665118002586



DOJENJE V NOVIH SMERNICAH ZA PREHRANO DOJENČKOV

Pred. Cvetka Skale, dipl. m. s., univ. dipl. org., IBCLC¹

Asist. Renata Vetorrazzi, dipl. m. s., univ. dipl. org., IBCLC²

¹Splošna bolnišnica Celje, Ginekološko porodniški oddelek, Odsek za neonatalno pediatrijo
Visoka zdravstvena šola v Celju

²Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

Izveček

Čeprav so prednosti dojenja splošno znane, so mnenja in priporočila močno razdeljena glede optimalnega trajanja izključnega dojenja. Dojenje še vedno predstavlja temeljni način prehranjevanja novorojenčkov, dojenčkov in malih otrok. Znanstvene raziskave tega področja vedno znova potrjujejo, da otrok z dojenjem prejme idealno razmerje vseh hranilnih snovi, ki jih potrebuje za svojo rast in razvoj. Poleg tega prejme še pomembne zaščitne in imunološke faktorje. Še zlasti je pomembno ohranjanje izključnega dojenja v prvih šestih mesecih otrokovega življenja.

Ključne besede: izključno dojenje, zaščitni in imunološki dejavniki materinega mleka.

Uvod

Čeprav so prednosti dojenja splošno znane, so mnenja in priporočila močno razdeljena glede optimalnega trajanja izključnega dojenja (Fewtrell et al., 2011). Epidemiološki dokazi so zdaj prepričljivi, da tudi v razvitih državah dojenje štiti pred okužbami prebavil in okužbami dihal ter da se zaščitni učinek krepi z daljšim trajanjem in izključnostjo dojenja (Ip et al., 2007; Horta & Victora, 2013). Dolgotrajno in izključno dojenje je povezano tudi z zmanjšanim tveganjem za sindrom nenadne smrti dojenčka in pri nedonošenčkih za nekrotizirajoči enterokolitis (Ip et al., 2007).

Čeprav je zaostanek v rasti dojenčkov v razvitih državah neobičajen, je združena analiza podatkov iz ZDA, Kanad in Evrope, ki jo je opravila Delovna skupina Svetovne zdravstvene organizacije za rast dojenčkov (Dewey, 1995 cit. po Kramer & Kakuma, 2012), pokazala, da so dojenčki iz razvitih držav, ki so sledili takratnim priporočilom WHO za hranjenje (izključno dojenje štiri do šest mesecev in nadaljevanje dojenja ob ustrezni dopolnilni prehrani do starosti dveh let) kazali upočasnitev povečanja teže in dolžine glede na takrat obstoječo mednarodno referenčno rast WHO/CDC od približno treh do 12 mesecev, z delnim nadomeščanjem v drugem letu. V raziskavi Euro-Growth (Haschke, 2000 cit. po Kramer & Kakuma, 2012) so poročali tudi o povezavi med dolgotrajnim in izključnim dojenjem ter počasnejšo rastjo med dojenčki. V razmerah v razvitih državah sploh ni jasno, ali je prednost hitrejša rast pri dojenčkih, ki so hranjeni z mlečno formulo. Večja klasterska randomizirana študija iz Belorusije je pokazala, da so dojeni dojenčki, ki so bili izključno dojeni in dojeni daljše obdobje, v prvih šestih do devetih letih dejansko rasli hitreje od kontrolne skupine (Kramer & Kakuma, 2012). Na podlagi teh dokazov je SZO razvila nove standarde rasti za dojenčke in malčke (De Onis, 2006 cit. po Kramer & Kakuma, 2012).

Večina znanstvenih dokazov o vplivu dojenja na zdravje temelji na opazovalnih študijah, ki so potencialno pristranske. Nekatere pristranskosti so naklonjene izključno dojenim dojenčkom, druge pa tistim, ki prejmejo dopolnilno hranjenje. Povratna vzročnost je pomemben potencialni vir pristranskosti. Poleg tega tudi neizmerjene, slabo izmerjene ali nenadzorovane spremenljivke lahko pristrasko vplivajo na povezavo med vnosom dopolnilnih živil in zdravstvenimi rezultati dojenčka (Kramer & Kakuma, 2012).

V Cochrane analizi so identificirali 23 neodvisnih študij, ki so izpolnjevala izbirna merila: 11 iz držav v razvoju (od tega dve kontrolirani raziskavi v Hondurasu) in 12 iz razvitih držav (vse opazovalne študije).



Opredelitve izključnega dojenja so se med študijami precej razlikovale. Niti eksperimentalne študije, niti opazovalne študije ne kažejo, da dojenčki, ki so šest mesecev izključno dojeni, ne kažejo primanjkljaja pri pridobivanju teže ali dolžine, čeprav bi za izključitev skromnih razlik v tveganju za slabše napredovanje potrebovali večje vzorce. Na podlagi beloruske študije šest mesecev izključnega dojenja niso dokazane koristi (v primerjavi s tremi meseci izključnega dojenja, ki mu sledi nadaljnje delno dojenje skozi šest mesecev) glede višine, teže, indeksa telesne mase, zobnega kariesa, kognitivne sposobnosti ali vedenja pri 6,5 letih starosti. Glede na študije iz Belorusije, Irana in Nigerije pa se zdi, da imajo dojenčki, ki se izključno dojijo šest mesecev ali več, znatno zmanjšano tveganje za prebavne in črevesne okužbe (v iranskih in nigerijskih raziskavah). V raziskavah iz Finske, Avstralije in Belorusije ni bilo dokazano bistvenega zmanjšanja tveganja za atopijski ekcem, astmo ali druge atopične izide. Podatki iz dveh honduraških raziskav in opazovalnih študij iz Bangladeša in Senegala kažejo, da je izključno dojenje v prvih šestih mesecih povezano z zapoznelim povratkom menstruacije, v honduraških raziskavah pa s hitrejšim poporodnim hujšanjem matere (Kramer & Kakuma, 2012).

Dojenčki, ki so izključno dojeni šest mesecev imajo manj okužb prebavil, kot pa tisti, ki so tri ali štiri mesece delno dojeni. Pri dojenčkih bodisi iz držav v razvoju bodisi iz razvitih držav, ki so izključno dojeni šest mesecev, ni bilo nobenega zaostanka v rasti. Poleg tega imajo matere takih dojenčkov dolgotrajnejšo laktacijsko amenorejo. Čeprav je treba dojenčke še vedno voditi posamično, da se ne spregleda zaostanek v rasti ali drugi škodljivi izidi ter se zagotovijo ustrezni ukrepi. Razpoložljivi dokazi ne kažejo tveganj glede priporočil o izključnem dojenju v prvih šestih mesecih življenja, tako v razvitih državah kot v državah v razvoju (Kramer & Kakuma, 2012).

Dejstvo, da reproduktivni cikel vključuje nosečnost in dojenje, je medicinska praksa v veliki meri zanemarila z domnevo, da lahko materino mleko nadomestimo z umetnimi izdelki brez škodljivih posledic. To je še posebej pomembno v državah z visokim dohodkom, kjer se do 12. meseca starosti doji manj kot eden od petih otrok (Victora et al., 2016).

Začetek dojenja v zgodnjem obdobju po porodu je pomembno obdobje za vzpostavitev dojenja. Vse kar se zgodi v prvih urah in dneh po porodu ter dobra podpora, ki jo zagotavljajo vsi izvajalci zdravstvenega varstva ima velik vpliv na uspeh doječega para. Največ kar potrebuje novorojenček takoj po rojstvu mu zagotavlja njegova mati (Webber & Benedict, 2018).

Pomen dojenja in posebno izključnega dojenja, je v sodobni prehrani otrok nedvomno izjemen (Bratanič, 2019). Dojenje ima za zdravje in razvoj dojenčka neprecenljivo vrednost. Materino mleko vsebuje vse kar potrebuje otrok v prvi šestih mesecih, za svojo rast in razvoj. Je najboljša popotnica v življenje. Otroku zagotovi pomembne prehranske in imunske faktorje, daje pa mu tudi občutek bližine in dobrega počutja. Strokovnjaki, Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) in Unicef, priporočajo izključno dojenje do šestega meseca otrokove starosti, ob ustrezni dopolnilni prehrani pa nato še do drugega leta starosti, če mati in otrok želita, pa še dlje (Bratanič, 2019; WHO, 2018).

Za vzpodbujanje zdravih prehranjevalnih navad je bila v Državnem zboru republike Slovenije sprejeta Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike na podlagi katere so na Ministrstvu za zdravje pripravili tudi Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke. Smernice predstavljajo osnovo za zdrave prehranjevalne navade dojenčkov v prvem letu njihovega življenja (povzeto po Bratanič in sod, 2010).

Smernice so sestavljene na podlagi mednarodnih in nacionalnih strokovnih dokumentov in priporočil. Zajeta so poglavja o energijskih in hranilnih potrebah dojenčka, pomenu dojenja, uvajanju mešane prehrane ter prehod dojenčka na družinsko prehrano. Smernice so trenutno v fazi posodabljanja in prenove. Vendar temeljna načela smernic ostajajo nespremenjena, kar pomeni, kot je že zapisano: »Izključno dojenje prvih šest mesecev in nato še do drugega leta otrokove starosti, oziroma tako, kot želita mati in otrok«. Vse prednosti dojenja so najbolj



izražene, kadar je otrok izključno dojen, torej prejema samo materino mleko, brez druge hrane, tekočine ali vode, z izjemo od zdravnika predpisanih učinkovin (zdravila, vitamini in minerali) (Bratanič, 2019; WHO, 2018).

Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke so namenjene predvsem zdravstvenim delavcem, ki neposredno sodelujejo s starši dojenčkov. Medicinska sestra je prva, ki neposredno pomaga pri dojenju in na katero se doječe matere obračajo po nasvete in pomoč. Torej je pomembno, da je pravočasno informirana ter da so podatki usklajeni med vsem zdravstvenim osebjem, ki sodeluje pri svetovanju in usmerjanju staršev glede prehrane njihovega dojenčka.

Zdravstveni delavci lahko največ naredimo za podporo dojenju, kadar le-ta temelji na strokovnih in znanstvenih argumentih. Večkrat je bilo omenjeno neskladje med informacijami zdravstvenih delavcev, zdravstvenih ustanov, prijateljev, sorodnikov in med različno literaturo (Hoyer, 2006).

Razprava

Z dojenjem je potrebno pričeti čim prej po porodu. Svetovna zdravstvena organizacija in Unicef priporočata za vse zdrave novorojenčke kožni stik takoj po porodu, vključno do konca prvega podoja, kar ima prednost pred kakršnimi koli posegi vseh izvajalcev zdravstvenega varstva. Zgodnje in pogosto dojenje spodbuja nastajanje mleka in preprečuje nastajanje težav pri dojenju (Webber & Benedict, 2018). Vsa priporočila glede zgodnjega dojenja naj temeljijo na z dokazi podprtih strategijah. Vse starše bi morali že pred porodom seznaniti s strategijami za podporo dojenju. Torej bi morali:

1. Spodbujati starše k pogovoru z zdravstvenimi delavci o načinu hranjenja novorojenega otroka.
2. Pomagati staršem pri iskanju podporne osebe, ki bo prisotna pri porodu in pomagala pri začetku dojenja. Znano je da prisotnost le-te povečuje možnost za začetek in trajanje dojenja.
3. Pomagati pri dojenju v prvi uri po porodu (Webber & Benedict, 2018; WHO, 2018).

Nadalje ima izjemen pomen tudi spodbujanje dojenju prijaznih praks takoj po porodu in sicer:

1. Položiti otroka takoj po porodu na materin trebuh.
2. Stabilen novorojenček naj bo osušen in nameščen na materin trebuh pred prerezom popkovine.
3. Novorojenčki nameščeni v kožni stik takoj po porodu in bo le-ta potekal nemoteno in/ali ne bodo potrebovali intervencij, bodo spontano začeli sesati.
4. Podaljšan kožni stik je najboljši korak pobude, da novorojenček prične sesati.
5. Takojšnji, nemoten kontakt »koža na kožo« za najmanj eno uro je med najbolj učinkovitimi strategijami za promocijo izključnega dojenja (Webber & Benedict, 2018; WHO, 2018).

Podpora staršem glede dojenja in hranjenja novorojenčkov mora biti zagotovljena ves čas bivanja v porodnišnici in tudi kasneje doma, ves čas trajanja dojenja. Zaradi nasprotujočih si informacij o vedenju otrok pri in med dojenjem, lahko starši lahko dvomijo o ustreznosti dojenja, ker pogosto s strani družine prijateljev in zdravstvenih delavcev prejemajo nasprotujoče si informacije. Prav zaradi tega je izjemnega pomena:

1. Usklajena podpora, spodbujanje in informacije vseh zdravstvenih delavcev v prvih dneh dojenja so nujno potrebni pri promociji izključnega dojenja.
2. Nepotrebno in neprimerno dohranjevanje lahko zmanjša zaupanje mater/staršev v dojenje.
3. Žensko/materino mleko je najboljša izbira v prvih šestih mesecih otrokovega življenja.
4. Dohranjevanje ni zagotovilo, da bo otrok spal.
5. Dohranjevanje zdravega novorojenčka, ki se redno doji ni potrebno.
6. Dohranjevanje poruši normalen ritem dojenja in vpliva na dojenčkov mikrobiom.
7. Nujna je ustrezna skrb za pogosto dojenje, ki vključuje tudi opazovanje dojenja. Le na ta način bomo ugotovili, če je dohranjevanje potrebno.



8. Bolezen matere ali otroka ni nujni razlog za dohranjevanje.
9. Padec porodne teže več kot 7% je lahko pokazatelj neustreznega prenosa ali tvorbe mleka.
10. Sistematičen pregled literature iz leta 2016 razkriva pomanjkanje razlag o tem kaj je prekomerna izguba porodne teže zdravega novorojenčka v prvih dneh njegovega življenja. Pomembna je celovita ocena dojenja in ne le na podlagi samega padca porodne teže določati ali je dohranjevanje s prehranskimi dopolnili potrebno ali ne.
11. V primeru, da starši zahtevajo prehransko dopolnilo, jih je potrebno poučiti kako uporaba le-tega vpliva na dojenje.
12. Kadar pričnemo s prehranskimi dopolnili, je potrebno stimulirati tvorbo mleka z rednim, zgodnjim in pogostim izbrizgavanjem mleka.
13. Zaradi dodatkov bo morda novorojenček odklanjal sesanje (Webber & Benedict, 2018).

Dojenje ima številne ugodne vplive na otroka, doječo mater ter na širšo družbo, zato ga je potrebno podpirati in spodbujati. Medicinska sestra je tista oseba, ki neposredno pomaga pri dojenju, tako v porodnišnici kot tudi kasneje v dispanzerju in v domačem okolju v patronažni službi. Pomembno je, da medicinske sestre v vseh službah, ki svetujejo pri dojenju, svetujejo po enaki doktrini. Osnovni vir informacij za zdravstvene delavce, ki neposredno sodelujejo s starši dojenčkov predstavljajo Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke.

Zaključek

Mati zagotovi svojemu otroku optimalen začetek dojenja, če ga doji, še zlasti, če ga izključno doji. Tudi v novih smernicah za prehrano novorojenčkov, dojenčkov in malih otrok je to še vedno tako zapisano.

Zdravstveni delavci so tisti, ki jim ljudje zaupajo in se obračajo k njim po nasvete. In ravno zdravstveni delavci, še zlasti medicinske sestre, bi morali biti dobro seznanjeni tudi z najnovejšimi priporočili glede trajanja izključnega dojenja. Matere mnogokrat nimajo dovolj podpore v domačem okolju, če pa še pri pogovorih z zdravstvenimi delavci dobijo priporočila, ki se med seboj razlikujejo, so lahko resnično v dvomih.

Živimo v času, ko so nam, predvsem po zaslugi spleta, informacije dostopne na vsakem koraku, vendar je v poplavi vseh podatkov težko izluščiti uporabna, predvsem pa strokovno podkrovana vodila za zdrav način prehranjevanja. Predvsem starši novorojenčkov so, zaradi svoje nove vloge, pogosto zmedeni in zaradi neizkušenosti tarča bolj ali manj kontradiktornih informacij.

Literatura

Bratanič B., 2019. Pomen dojenja za otroke, matere, družbo, okolje in predstavitev pobud za ohranjanje dojenja v Sloveniji. In: Bratanič, B., ed. *Spodbujanje in podpora dojenju v zdravstvenih ustanovah. Zbornik prispevkov Modularnega tečaja*. Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef, pp. 19 – 31.

Bratanič, B., Fidler Mis, N., et al., 2010. *Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Fewtrell, M., Wilson, D., Booth, I., Lucas, A., 2011. When to wean? How good is the evidence for six months' exclusive breastfeeding. *BMJ*, 342(7790), pp. 209–212. doi: 10.1136/bmj.c5955.

Horta, B. L. & Victora, C. G., 2013. *Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality*. Geneva: World Health Organization.



Hoyer S., 2006. Ugotovitve študentov zdravstvene nege o raziskavah dojenja. Pregled raziskav v slovenskih bazah. In: Felc Z, ed. *2. celjsko strokovno srečanje z mednarodno udeležbo Dojenje: iz prakse za prakso*. Zbornik predavanj. Laško, 6. oktober 2006. Celje: Splošna bolnišnica, pp. 73–80.

Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T., Lau, J., 2007. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evidence report/technology assessment*, pp. 1–186. doi: 10.1542/gr.18-2-15.

Kramer, M.S. & Kakuma, R., 2012. Optimal duration of exclusive breastfeeding, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). doi: 10.1002/14651858.CD003517.pub2.

Victora, C. G. et al., 2016. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect, *The Lancet*, 387(10017), pp. 475–490. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.

Webber, E., Benedict, J., 2018. Facilitating and Assessing Breastfeeding Initiation. In: *Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation Care*. USA: Jones and Bartlett Learning, pp. 197–213.

WHO, 2018. *Implementation Guidance. Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby - Friendly Hospital Initiative*. Geneva: World Health Organization.



KENGURUJANJE NOVOROJENČKOV

KANGOOROING OF THE NEWBORN BABY

Urška Gojič, dipl. m. s.

Monika Pevec, mag. zdr.-soc. man.

UKC Maribor, Klinika za pediatrijo

urska.goj@gmail.com, monika.pevec@ukc-mb.si

Izvleček

Novorojenčki z nizko porodno težo so najbolj ranljivi in imajo največjo umrljivost, le ta pa se lahko prepreči v enotah za intenzivno terapijo. Kenguru metoda velja za eno najbolj učinkovitih metod za izboljšanje zdravja teh otrok. Je metoda, ki vključuje mater in družino kot glavne skrbnike otrokovih bioloških in čustvenih potreb. Ima mnogo prednosti, od zmanjšanja infektivnih obolenj, seps, manj hipotermij, obolenj respiratornega trakta, boljša povezanost z materjo in manj obolenj v kasnejših letih življenja. Dokazan je tudi ugoden vpliv na nadaljnji razvoj, tako motorni, kot kognitivni. Kljub temu, da se je ta metoda izkazala za zelo učinkovito, pa se v mnogih državah zaradi kompleksnosti uvajanja še vedno ni uveljavila. Problemi so predvsem v pomanjkanju politične podpore, ki skrbi za novorojenčke z nizko porodno težo, temu ne namenja dovolj pozornosti, posledično pa tudi finančnih sredstev za zagotavljanje števila in znanja zaposlenih ter ustrezne opreme. Zaradi vseh prednosti je nujno potrebno še raziskovati v tej smeri, da bi se pogostost kengurujanja novorojenčkov povečala.

Ključne besede: novorojenček, kengurujanje

Abstract

Newborn babies with low birth weight are more vulnerable and they have higher mortality, which can be prevent in intensive care units. Kangarooing is known as effective way to improve the health of the children. This method includes mother and family as the most important guardians of child's biological and emotional needs. Kangarooing reduce infections, sepsis, rate of hypothermia, respiratory diseases, it improves connection with mother and there are less diseases in later years of life. It has proven good effect on the later motoric ability and cognitive progress. Despite the fact, that this method is very efficient, it is not established in many countries, because of its complexity. Problems appear in regions with low political support, because they don't give this enough thought, low finances for the staff and its education and efficient equipment. It is necessary to research in this area so that we can increase kangarooing of the newborn.

Key words: newborn, kangarooing

Uvod

Novorojenčki rojeni s porodno težo manj kot 2500g so najbolj ranljivi in imajo največjo umrljivost. Nizka porodna teža je lahko zaradi nizke gestacijske starosti (pod 10 percentilo populacije), prezgodnjega poroda (živorojeni pred 37. tednom gestacije) ali obojega. V letu 2010 se je rodilo 32,4 milijona otrok z nizko gestacijsko starostjo, od tega 15 milijonov prezgodaj. Šestintrideset odstotkom prezgodaj rojenih otrok ima zaplete, ki se končajo s smrtjo in 15 % smrtnost v obdobju prvih 5 let. Tri četrtine smrtnosti se prepreči v enotah za intenzivno terapijo. Lawn in sodelavci (2010) navajajo, da se smrtnost zmanjša za polovico, pri otrocih s porodno težo pod 2000g z uvedbo »kenguru« metode. Kenguru metoda velja za eno najbolj učinkovitih metod za izboljšanje zdravja teh otrok (Bergh et al.,2016).



Najpogostejši vzroki za nizko porodno težo so nedonošenost, prepočasna intrauterina rast ali oboje. Takšni otroci so bolj podvrženi umrljivosti ali boleznim, saj imajo manjše možnosti za psihološki razvoj, težave s termoregulacijo, slabšo odpornostjo določenih organov (še posebej pljuč), slabo imunost ter večjo verjetnost, da bodo zboleli za infekcijskim obolenjem (Vesel, 2015).

Kengurujanje je strategija popolne zdravstvene oskrbe, ki se izvaja v prostorsko in kadrovske podprtih zdravstvenih ustanovah. Mati ima podporo zdravstvenih delavcev, opreme in družinskih članov. Najpomembnejše so tri komponente za uspešno kengurujanje: položaj koža na kožo, ekskluzivno dojenje, dokler je le mogoče in zgodnji odpust z ambulantno oskrbo in rednimi kontrolami. Metoda kontinuiranega kengurujanja je posebna metoda, kjer sta mati in otrok v dotiku koža na kožo na materinem prsnem košu vsaj 20 ur na dan. V literaturi se priporoča kadarkoli je to mogoče (Bergh et al., 2016).

Pred 35 leti so v redkih primerih začeli uvajati kenguru metodo v Kolumbiji. Opisana je kot redek primer medicinske inovacije, ki so jo nato začeli postopoma uvajati tudi v Evropi (Bergh et al., 2016).

Kaj je »kengurujanje«?

Novorojenček med porodom in takoj po rojstvu doživi velik stres, saj se morajo aktivirati možgani in pljuča. Velik pomen po rojstvu (znotraj 6 ur) ima stik koža na kožo med materjo in novorojenčkom. Ta stik je samo začetek kengurujanja pri nedonošenih otrocih. Vendar pa mora biti nedonošenček dovolj stabilen za tak stik. Pri nestabilnih obstaja velika nevarnost umrljivosti in zato so le ti prikrajšani za ta prvi stik (Chi Luong et al., 2016).

Dotik koža na kožo z materjo takoj ob porodu ni enako kot kengurujanje otrok z nizko porodno težo in je namenjeno tistim s porodno težo pod 2000g (Vesel, 2015).

Kengurujanje (kangaroo mother care) je pristop, ki vključuje mater in družino kot glavne skrbnike otrokovih bioloških (toplota in hrana) in psihično-čustvenih (dotik, ljubezen, povezanost in udobje) potreb. Otrok je položen v pokončni položaj na materin prsni koš, pod njeno obleko, tako da se dotikata s kožo (skin-to-skin contact). Zaželeno je, da sta v takem položaju več kot 18 ur na dan, odvisno od stabilnosti otroka in potreb po ostali negi (Vesel, 2015).

Prednosti kengurujanja

Kengurujanje ima mnogo prednosti, od zmanjšanja infektivnih obolenj, seps (do 60%), manj je hipotermij, manj obolenj respiratornega trakta, boljše pridobivanje na telesni teži, boljša povezanost z materjo in manj obolenja v kasnejših letih življenja (Vesel, 2015).

Kengurujanje otroka pozitivno vpliva na nevrološki razvoj. Zmanjša občutek bolečine in ostalih stresnih dejavnikov. Ugodno vpliva na psihomotorično odzivanje, torej manjša občutek za bolečino, manj je infekcij in umrljivosti, izboljša se termoregulacija, skrajša se dolžina joka in povišanja telesne temperature. Prav tako je dokazan ugoden vpliv na nadaljnji razvoj, tako motorni kot kognitivni in ne nazadnje izboljša družinsko interakcijo. Pri nedonošenčkih, rojenih v 28 do 33 tednu gestacije je priporočeno, da se kengurujajo vsak dan v tednu vsaj 1 uro, saj se s tem izboljša gibanje (je bolj uglajeno in harmonično), izboljša se odzivanje na zunanje dražljaje, manj je negativnih refleksov, manj znakov stresa in pomanjkanja ter manj je potreb po dodatnih intervencijah (Silva et al., 2016).

Ovire pri uvajanju kenguru metode v prakso

Uvajanje kenguru metode v prakso je kompleksno. Problem je v pomanjkljivi politični podpori, ki skrbi za novorojenčke z nizko porodno težo in jih ne postavlja na prvo mesto v zdravstvenem sistemu. Prav tako je uvajanje v prakso kot del rutinske oskrbe novorojenčka z nizko porodno težo, dolgotrajno in zahtevno (Bergh et al., 2016).

Kljub temu, da se je kenguru metoda izkazala za zelo učinkovito, se v mnogih državah vseeno še ni uveljavila (Bergh et al., 2016). Problemi, ki se pojavijo, da se kenguru metoda ne uveljavi, so v pomanjkanju finančnih sredstev, pomanjkanje števila in znanja zaposlenih, pomanjkanje ustreznih



izobraževanj, monitoriranje in evalviranje prednosti, pomanjkanju ustrezne opreme in mnoge druge (Vesel, 2015).

Dokazano je, da kengurujanje pozitivno vpliva na otroka in njegove starše. Kljub temu je potrebno omeniti ovire, ki nastajajo za izvajanje le tega. Najpogostejše ovire so zaradi pomanjkanja sredstev, tako materialnega kot kadrovskega. Sledi negativen odnos ali celo odpor pri zaposlenih, predvsem zaradi pomanjkanja znanja, vaje in premalo zavedanja o prednostih, ki jih kengurujanje nudi. Ovira je lahko tudi fizična in čustvena izčrpanost matere, še posebej, če nima dobre podpore s strani družine, zdravstvenih delavcev ali drugih mater. Zato je nujno potrebno še raziskovati v tej smeri, da bi se pogostost kengurujčkanja povečala (Seidman et al., 2015).

Izvedba kengurujanja novorojenčka

Postopek izvedemo po procesu zdravstvene nege. Po anamnezi ugotovimo negovalno diagnozo: **Pripravljenost za doseganje višje ravni starševstva 00164** (Negovalne diagnoze, 2019, str. 293).

Definicija: Vzorec zagotavljanja primerne okolja za otroke za spodbujanje rasti in razvoja, ki ga je možno krečiti

Diagnostični kazalniki:

- Izražanje želje otrok po izboljšanju (domačega) okolja,
- Izražanje želje starša po izboljšanju starševstva,
- Izražanje želje starša po povečanju čustvene podpore drugi odvisni osebi,
- Izražanje želje starša po povečanju čustvene podpore otrokom.

Pomembna je psihična in fizična priprava matere ter priprava bolnišnične sobe. Pogovorimo se z materjo o postopku in poteku kengurujanja ter njegovih prednostih.

Mati naj pride higiensko urejena. Omogočimo intimo za mamo (napotimo jo v poseben prostor, da si sleče oblačila zgornjega dela telesa do golega, nato si ogrne bolnišnično srajčko). Zagotovimo čim bolj miren in tih prostor, v bližino inkubatorja postavimo stol za mamo. S kengurujanjem pričnemo, ko je nedonošenček vitalno stabilen, četudi je intubiran. Nedonošenčka previdno vzamemo iz inkubatorja in ga golega s pleničko položimo med materine prsi. Noge in roke ima v položaju žabe, glavo pa pokončno obrnjeno v eno stran (s tem zagotovimo pravilno dihanje). Nato bolnišnično srajco, ki jo je mama oblekla v filtru, ogrnemo čez oba. Čas kengurujanja individualno prilagodimo.

Zaključek

Kengurujanje ima mnogo dokazanih pozitivnih učinkov in prednosti, tako za nedonošenčka, kot tudi za mamo, dolgoročno pa na celotno družbo. Teh prednosti pa se v mnogih državah še ne zavedajo dovolj, zato se ta metoda tam ob premajhni podpori še vedno ni uveljavila. Potrebno je premostiti politične in kadrovske ovire pri vpeljevanju kengurujanja v prakso. Stroka mora ozavestiti politiko o prednostih, ki jih kengurujanje ponuja, da se zagotovi dovolj finančnih sredstev za povečanje in izobraževanje kadra.

Literatura

Bergh, A.M., de Graft-Johnson, J., Khadka, N., Om'Iniabohs, A., Udani, R., Pratomo, H. & De Leon-Mendoza, S., 2016. The three waves in implementation of facility-based kangaroo mother care: a multy-country case study from Asia. *BMC Internetal Health and Human Rights*, 16(4).

Chi Luong, K., Long Nguyen, T., Huynh Thi, D.H., Carrara, H.P., Bergman, N.J., 2016. Newly born low birthweight infants stabilise better in skin-to-skin contact than when separated from their mothers: a randomised contolled trial. *Acta Paediatr.* 105(4), pp.381-90.



Lawn, J.E., Mwansa-Kambafwile, J., Horta, B.L., Barros, F.C., Cousens, S., 2010. 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *Int J Epidemiol*, 39 (1), pp. 144-54.

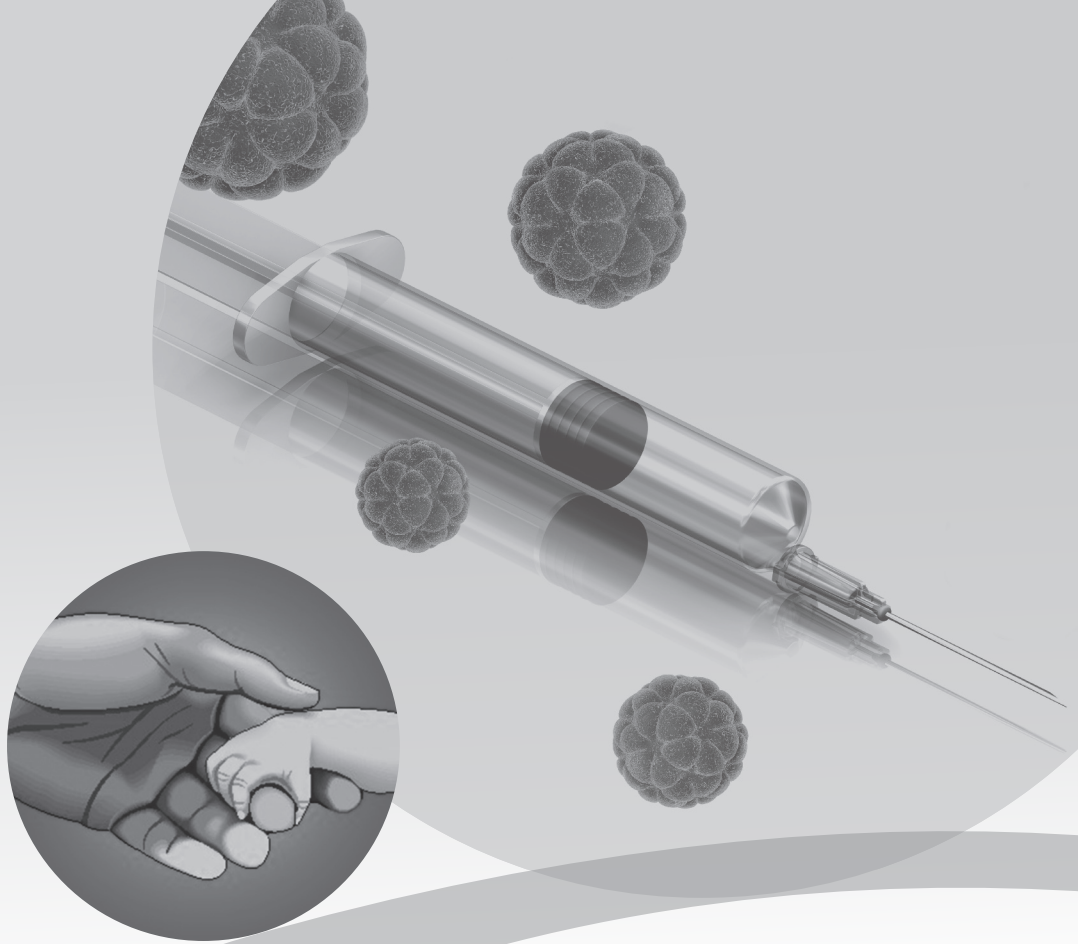
Negovalne diagnoze: definicije in klasifikacija 2018-2020, 2019. Herdman T. et al, eds. Ljubljana: ZZBNS.

Seidman, G., Unnikrishnan, S., Kenny, E., Myslinski, S., Cairns-Smith, S., Mulligan, B. & Engmann, C., 2015. Barriers and Enablers of Kangaroo Mother Care Practice- A Sistematic Review. *PLoS One*, 10(5): e0125643.

Silva, M.G., Barros, M.C., Pessoa, Ú.M., Guinsburg, R., 2016. Kangaroo-mother care method and neurobehavior of preterm infants. *Early Human Development*, Ap,95, pp.55-9.

Vesel, L., Bergh, A.M., Kerber, K.J., Valsangkar, B., Mazia, G., Moxon, S.G., et al., 2015. Kangaroo mother care: a multy-country analisis of health system bottlenecks and potential solutions. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(2), S5.





CEPLJENJE

PRIZADEVANJA PRIMARNIH PEDIATROV IN ŠOLSkih ZDRAVNIKOV ZA POVEČANJE DELEŽA CEPLJENIH OTROK V SLOVENIJI

Špela Žnidaršič Reljič¹, dr. med., spec. pediatrije,
Denis Baš², dr. med., spec. pediatrije,
mag. Andreja Borinc Beden³, dr. med., spec. pediatrije,
Jasna Čuk Rupnik⁴, dr. med., spec. pediatrije

¹Služba za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine,
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Ulica talcev 9, 2000 Maribor, spelazr@amis.net

²Pediatrična ambulanta Juventina Clinic, Vilharjev podhod 7, 1000 Ljubljana

³Zasebna pediatrična ordinacija, Zoranina ul. 3, 1234 Mengeš

⁴Zdravstveni dom Sežana, Partizanska cesta 24, 6210 Sežana

Izvleček

Velika odgovornost pediatrov na eni strani ter frustracije ob neurejenih razmerah brez sistemskih rešitev na drugi strani so vodile do skrajnega ukrepa - ugovora vesti kolegice, s katerim je zaradi naraščanja necepljenih otrok iz nemedicinskih razlogov želela v svoji ambulanti zaščititi najbolj ran-ljive skupine hudo bolnih otrok in novorojenčkov. Omenjeno dejanje je spodbudilo številne primarne pediatre in šolske zdravnike k organiziranim aktivnostim. Dosegli smo podporo vseh institucij. Naša prizadevanja je podprl tudi predsednik države. S sodelovanjem, predanostjo ter pogumom slovenskih primarnih pediatrov in šolskih zdravnikov smo v zadnjih treh letih dosegli izjemen uspeh - po-večanje deleža cepljenih otrok proti nekaterim nalezljivim boleznim.

Ključne besede: delež cepljenih, primarni pediatri, šolski zdravniki, prizadevanja

Uvod

Cepljenje kot eden izmed največjih uspehov v medicini velja za najpomembnejši, najučinkovitejši in najvarnejši javnozdravstveni ukrep, s katerim preprečimo pojav in širjenje nalezljivih bolezni (Kraig-her, et al., 2011). Zaradi znižanja pojavnosti bolezni po uvedbi cepljenja in odsotnosti soočanj s posledicami bolezni je cepljenje postalo žrtev lastnega uspeha.

Svetovna zdravstvena organizacija je sestavila seznam desetih največjih nevarnosti za zdravje svetovnega prebivalstva v letu 2019. Med njimi so tudi nasprotniki cepljenja.

"Zadržanost do cepljenja - tako kasnejše oziroma zamujeno cepljenje, kot tudi popolno zavračanje, kljub razpoložljivosti cepiv, je ena od desetih največjih nevarnosti za zdravje, s katerimi se bo moral svet soočiti letos," navaja Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2019).

V Sloveniji je cepljenje proti devetim nalezljivim boleznim obvezno, vendar je delež cepljenih, še posebno v zadnjih letih, vztrajno padal. Leta 2016 je bilo z enim odmerkom trivalentnega cepiva proti ošpicam, mumpsu in rdečkam (OMR) cepljenih le še 92,3% otrok do dopolnjenih 18 mesecev starosti, kar je pod varnim območjem kolektivne imunosti (NIJZ, 2017). Priča smo večjemu številu organiziranih nasprotnikov cepljenja, ki širijo nezaupanje, strah pred neželenimi učinki cepiv in informacije o načinih izogibanja obveznemu cepljenju. K povečanju dvomov o dobrobiti cepljenja so v zadnjih letih prispevale tudi spremenjene družbene razmere, splošno nezaupanje v državo, državne institucije, znanost in stroko, odsotnost organiziranih državnih kampanj in pomanjkanje pozitivnih medijskih prispevkov. V zadnjih letih je cepljenju zaupala le še manj kot polovica (47%) mater otrok, vključenih v program cepljenja (Učakar & Fafangel, 2018).

V sosednjih državah so se istočasno zaradi nižjega deleža cepljenih pojavili izbruhi ošpic. V Evropi so v prvi polovici leta 2019 poročali o 89.994 obolelih za ošpicami, kar je več kot jih je obolelo v vsem letu 2018, ko je za ošpicami umrlo kar 74 oseb (WHO Europe, 2019).



Kljub številčnemu pomanjkanju ter preobremenjenosti primarnih pediatrov in šolskih zdravnikov, so nam državne institucije naložile vso skrb za izvajanje pojasnilne dolžnosti in cepljenja ter velik delež pri ozaveščanju javnosti. Obenem so nam NIJZ, MZ in ZIRS z interpretacijo Zakona o nalezljivih boleznih (ZNB) določile represivno vlogo z obvezno prijavo staršev ali skrbnikov otrok, ki odklanja-jo cepljenje, Zdravstvenemu inšpektoratu Republike Slovenije (ZIRS-u). To onemogoča zaupanje in dobro sodelovanje z njimi (Ur. l. RS, št. 33/06).

Začetek organiziranih prizadevanj primarnih pediatrov in šolskih zdravnikov za izboljšanje razmer na področju cepljenja

Slovenski primarni pediatri in šolski zdravniki smo se zaradi nevezdržnih razmer ob naraščanju števila nasprotnikov cepljenja, upadanja deleža cepljenih otrok, neukrepanja ustreznih institucij in izbruhov ošpic v sosednjih državah povezali v izjemnih prizadevanjih za povečanje deleža cepljenih otrok. Ugovor vesti dr. Bernarde Vogrin decembra leta 2016 nas je spodbudil, da smo preko spletne skupine "primarci" oblikovali dokument s pobudami za rešitev nastalih razmer, ki smo ga spomladi leta 2017 predstavili Zdravniški zbornici Slovenije, Ministrstvu za zdravje (MZ), Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje (NIJZ), Zdravstvenemu inšpektoratu RS (ZIRS), Ministrstvu za izobraževanje, znanost in šport, Zbornici - Zvezi in Razširjenemu strokovnemu kolegiju za pediatrijo.

V okviru MZ je ustanovljena Delovna skupina za oblikovanje ukrepov za spodbujanje deleža cepljenih v Republiki Sloveniji, katere člani smo. Tvorno sodelujemo pri predlogih in izvajanju akcijskega načrta ukrepov in aktivnosti, ki so namenjeni komunikaciji, promociji pozitivnih učinkov in dobrobiti cepljenja, izobraževanju strokovne javnosti, ozaveščanju splošne javnosti in prenovi zakonodaje s področja cepljenja. Našo pobudo za redno izobraževanje o cepljenju vseh zdravstvenih strokovnjakov sta sprejeli obe stanovski organizaciji ZZS in Zbornica - Zveza. Aktivni smo bili pri nastanku The ECPCP Velenje Statement-a, ki je osnova za pripravo zakonodajnih sprememb za povečanje deleža cepljenih in priporočilo vsem evropskim primarnim pediatrom.

Spletna skupina je prerasla v strokovno skupino za primarno pediatrijo in vodila 1.12.2017 v ustanovitve Sekcije za primarno pediatrijo. Ta si na številnih področjih prizadeva za izboljšanje zdravstvene nega varstva otrok in mladine ter pogojev dela primarnih pediatrov in šolskih zdravnikov. Oblikovan je bil dokument "Problematika obveznega cepljenja v Sloveniji", kjer smo zapisali naše dolžnosti ter pričakovanja do državnih institucij za povečanje deleža cepljenih z izobraževanjem, spodbujanjem in promocijo cepljenja. Predlagali smo ključne spremembe zakonodaje, ki so bile podprte s strani Združenja za pediatrijo (ZZP) Slovenskega zdravniškega društva (SZD) in Razširjenega strokovnega kolegija (RSK) za pediatrijo kot najvišjega strokovnega organa Ministrstva za zdravje (MZ): omejitve vključitve necepljenih otrok zaradi nemedicinskih razlogov v vrtce, nekatere izobraževalne ustanove in organizirane priložne aktivnosti ter javno dostopno objavo deleža cepljenih otrok v vrtcih in šolah ter odpravo represivne vloge z omogočanjem prenosa podatkov o necepljenih na NIJZ preko elektronskega registra cepljenih oseb (eRCO).

Vsem najpomembnejšim državnim in stanovskim institucijam smo posredovali Resolucijo sedmega slovenskega pediatričnega kongresa, ki posega tudi na področje cepljenja. Seznanili smo jih z našimi aktivnostmi in pobudami za izboljšanje razmer na področju cepljenja, za kar je nujno potrebna podpora države s trajnostno strategijo izboljšanja kulture cepljenja.

Sodelovanje z Zdravniško zbornico Slovenije (ZZS)

Na našo pobudo in s podporo predsednice ZZS dr. Zdenke Čebašek Travnik smo primarni pediatri in šolski zdravniki junija 2017 predstavili pereče probleme in predloge za izboljšanje razmer na področju cepljenja na seji Odbora za osnovno zdravstvo ZZS. Sodelovali so tudi strokovnjaki in odgovorni za področje cepljenja v državi: predstavniki NIJZ, MZ, ZIRS, predstavnica projekta Imuno Društva študentov medicine Slovenije (DŠMS) ter urednik glasila ISIS.



Razen predstavitve problemov in pobud, zapisanih v dokumentu, smo opozorili na večletno nedelo-vanje Komisije za cepljenje MZ in nesmiselnost postopkov proti zdravnikom prijaviteljem, ki jih na pobudo nasprotnikov cepljenja vodi ZIRS. Predlagali smo, da v sodelovanju z NIJZ pripravimo le-tak, namenjen staršem, ki odklonijo cepljenje svojega otroka iz nemedicinskih razlogov s priporočili o ravnanju ob sumu na nalezljivo bolezen ter o tveganju in odgovornosti, ki ju sprejemajo s svojo odločitvijo.

Dogovorili smo se za aktivno promocijo cepljenja z vključitvijo pozitivnih vsebin o cepljenju v glasi-lu ISIS in v Biltenu ZZS. Predlagali smo obvezna izobraževanja zdravnikov o cepljenju za podaljšanje licence, kar so kasneje sprejeli v Pravilniku o licencah Zdravniške zbornice Slovenije, tako da so vsebine o cepljenju uvrščene med 9 strokovnih področij izobraževanj, ki so obvezne za podaljšanje licence.

Podali smo pobudo za povezovanje z Zbornico - Zvezo in izobraževanje o cepljenju vseh zdravstvenih delavcev, saj imamo ključno vlogo pri oblikovanju javnega mnenja. Slovenske matere majhnih otrok kot viru informacij o cepljenju še vedno najbolj zaupajo zdravstvenim delavcem. Zdravnikom zaupa 85 % mater, medicinskim sestram 74 % (Učakar & Fafangel, 2018).

Predstavili smo problem neodgovornega ravnanja nekaterih zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, ki z odsvetovanjem in širjenjem nezaupanja v cepljenje pomembno prispevajo k upadanju deleža cepljenih. Za opredelitev stališča do tega problema smo kasneje zaprosili tudi Odbor za pravno-etična vprašanja ZZS, ki je podprl stališče Komisije RS za medicinsko etiko MZ, zapisanim junija 2018.

Vsi udeleženci so podprli predlagane aktivnosti za ozaveščanje družbe in povečanje deleža cepljenih ter se obvezali za izboljšanje delovnih pogojev na področju primarne pediatrije in šolske medicine. Predstavniki MZ so v ta namen predlagali imenovanje interdisciplinarne delovne skupine v okviru MZ. Z ZZS tudi odtlej vzorno sodelujemo in uresničujemo zastavljene cilje.

Sodelovanje z Ministrstvom za zdravje (MZ)

Junija 2017 je bila na MZ ustanovljena Delovna skupina (DS) za oblikovanje ukrepov za spodbujanje deleža cepljenih v Republiki Sloveniji (RS), sestavljena iz predstavnikov MZ, NIJZ, ZIRS, specialistov medicine dela, prometa in športa (MDPŠ), medicinskih sester, študentov medicine ter najštevilnejše skupine primarnih pediatrov in šolskih zdravnikov.

Izdelan je bil akcijski načrt ukrepov, ki ga izvajamo in redno dopolnjujemo. Aktivnosti so namenjene ozaveščanju, komunikaciji in izobraževanju splošne in strokovne javnosti, promociji pozitivnih učinkov in dobrobiti cepljenja ter prenovi področne zakonodaje.

Primarni pediatri in šolski zdravniki smo v letu 2017 spodbujali in izvedli množično akcijo prijav odklanjanja obveznega cepljenja otrok iz nemedicinskih razlogov na ZIRS. V letu 2017 je bilo število teh prijav 1.236 in se je glede na prejšnja leta več kot potrojilo (Ministrstvo za zdravje, Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije, 2017). Temu je junija 2018 sledilo pojasnilo ZIRS-a, da "ne vztraja na dosedanjem načinu prijavljanja".

Primarni pediatri spodbujamo zakonske spremembe, ki bi omogočile prijavo necepljenih zaradi nemedicinskih razlogov iz eRCA na NIJZ in uredile pravne podlage za prenos teh podatkov na ZIRS. Prizadevamo si za celovito prenovu postopka za ugotavljanje razlogov za opustitev cepljenja. S tem ščitimo najbolj ranljivo populacijo hudo bolnih ter zaradi zdravstvenih vzrokov in starosti necepljenih oseb.

V sodelovanju z MIZŠ smo izobraževalnim ustanovam posredovali številna obvestila, priporočila in navodila o cepljenju. Izveden je bil sestanek z ravnateljki šol z najnižjim deležem cepljenih. Vse zdravstvene ustanove v Sloveniji so prejele navodila za preverjanje cepilnih statusov zaposlenih in ukrepanje v primeru pojava ošpic. Spodbujamo tudi izobraževanje vseh zdravstvenih delavcev o cepljenju preko stanovskih organizacij ZZS, Zbornice - Zveze in SZD.

Junija 2018 je Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko na prošnjo Sekcije za primarno pediatrijo ZPP SZD za opredelitev stališča do dela zdravstvenih delavcev, ki odsvetujejo cepljenje, med drugim zapisala, da to "ocenjuje kot nestrokovno, neetično, neodgovorno in družbeno nevarno



ravnanje. Pridružuje se vsem odgovornim prizadevanjem zdravstva po ohranjanju dosežane visoke precepljenosti slovenske družbe in ob ponovnem nepotrebnem pojavljanju odvrtljivih nalezljivih bolezni podpira ukrepe zdravstvene politike.”

Sodelovanje z Zbornico zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zvezo strokovnih društev me-dicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornico - Zvezo)

Strokovno znanje zdravstvenih delavcev in njihov odnos do cepljenja je izjemnega pomena pri komunikaciji s starši in bolniki na vseh področjih zdravstva, ne le v pediatričnih in šolskih ambulantah. Člani delovne skupine za cepljenje (DS) pri SPP smo v sodelovanju z ZZS in Zbornico - Zvezo pripravili izhodišča za okrepitev in poglobitev strokovnega znanja o cepljenju za zdravstvene delavce. Dogovorili smo se za uvrstitev strokovnih vsebin o cepljenju med obvezne vsebine izobraževanj za podaljšanje licence za vse zdravstvene delavce ter vključenost vsebin s področja cepljenja v izobraževalne programe na nivoju srednjega in dodiplomskega izobraževanja. Predlagali smo pripravo zdravstveno vzgojnih vsebin o cepljenju v okviru Sekcije za promocijo zdravja in zdravstveno vzgojo v sodelovanju z NIJZ za zdravstveno vzgojne aktivnosti v osnovnih in srednjih šolah ter izvajanje izobraževanja o cepljenju v okviru Šole za starše. Priporočali smo uvedbo obveznega cepljenja kot pogoja za vpis v izobraževalne ustanove za opravljanje poklicev v zdravstvu.

Sodelovanje z Nacionalnim inštitutom za javno zdravje (NIJZ)

V sodelovanju z NIJZ smo člani DS za cepljenje SPP pripravili več priporočil, ki so dostopna na spletnih straneh NIJZ: Letak Ne - cepljenje - tveganje in odgovornost, Priporočila in Navodila za preverjanje cepilnega statusa dijakov in študentov, ki opravljajo praktični pouk v zdravstvenih ustanovah, Priporočilo za preverjanje cepilnega statusa otroka ob izdaji potrdila o upravičenosti do ude-ležbe na zdravstvenem letovanju ter Priporočilo izvajalcem cepljenja za vabljenje otrok na obvezno cepljenje (NIJZ, 2019a).

Z letom 2020 je za vse otroke, rojene od oktobra 2019 dalje, obvezno cepljenje proti hepatitisu B v dojenčkovem obdobju. V Programu cepljenja in zaščite z zdravili je v letu 2020 šestvalentno cepivo po shemi 2 + 1 nadomestilo dosedanje petvalentno cepivo. Predlog spremembe sheme obveznega cepljenja smo podali primarni pediatri in šolski zdravniki zaradi neuskklajenosti s cepilnimi programi v državah Evropske unije in pričakovanim večjim deležem cepljenih otrok proti hepatitisu B ob manjšem številu potrebnih cepljenj. Zaradi boljše zaščite pred pnevmokoknimi okužbami je v nacionalnem programu v letu 2019 trinajstvalentno konjugirano cepivo zamenjalo dosedanje desetvalentno konjugirano cepivo. Sodelovali smo pri uvedbi cepljenja triletnih otrok proti klopnemu meningoencefalitisu, ki je bilo z letom 2019 umeščeno v program cepljenja med prostovoljna cepljenja, ki so plačana iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Podali smo tudi predlog za uvedbo brezplačnega cepljenja proti okužbam s HPV za dečke v enakem obsegu kot je sedaj za deklice, kar je podprl tudi RSK za pediatrijo. Spodbujamo tudi uvedbo brezplačnega cepljenja proti gripi otrok od 6. meseca do 2. leta starosti.

Primarni pediatri in šolski zdravniki smo zaradi epidemioloških razmer (izbruhov ošpic v sosednjih državah) in zmanjšanjega števila odmerkov cepiva proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju in otroški paralizi v dojenčkovem obdobju z uvedbo šestvalentnega cepiva po programu 2 + 1 predlagali tudi spremembo časovnic cepljenj: proti ošpicam, mumpsu in rdečkam ob preventivnem pregledu pri 4,5 letih, poživitevni odmerek DTaPpolio ob preventivnem pregledu pred vstopom v šolo in poživitevni odmerek DTaP v 8.razredu.

Aktivno smo sodelovali pri pripravi strokovnih vsebin modula “Pregled cepljenja po programu eRCO”, s katerim smo omogočili tudi prijavo necepljenih oseb na NIJZ in zapis opustitve ali odklonitve cepljenja. Program omogoča tudi beleženje neželenih učinkov po cepljenju in pregled cepilnega statusa oseb, kar je pomembno pri epidemiološkem spremljanju kontaktov (NIJZ, 2019b). Primarni pediatri zelo uspešno sodelujemo tudi s predstavniki NIJZ za stike z javnostmi pri načrtovanju in izvajanju promocije cepljenja za splošno javnost.



Sodelovanje z Evropsko konfederacijo primarnih pediatrov (ECPCP)

Na srečanju ECPCP v Velenju 21. 10. 2017 smo slovenske pediatrike tvorno sodelovale s svojimi izkušnjami in predlogi pri oblikovanju priporočil evropskim primarnim pediatrom, kako v družbi kot celoti, politiki, medicinski stroki in pri starših spodbuditi pozitivno naravnost do cepljenja in po-večati delež cepljenih otrok in mladostnikov. Izjavo smo poimenovali The ECPCP Velenje Statement (European confederation of primary care paediatricians, 2017).

Sodelovanje z Ministrstvom za izobraževanje, znanost in šport (MIZŠ)

Vzgojno izobraževalne ustanove so izjemno pomembne za izobraževanje celotne družbe o preprečevanju nalezljivih bolezni. V sodelovanju z MIZŠ smo izvedli številne aktivnosti z obvestili in izobraževanji za ozaveščanje o pomenu cepljenja in o ukrepanju v primeru pojava nalezljivih bolezni tako otrok in mladostnikov kot njihovih staršev in zaposlenih v vzgojno izobraževalnih ustanovah. Prizadevamo si za vključitev vsebin o cepljenju v izobraževalne programe in interesne dejavnosti.

Izobraževalne ustanove izvajajo priporočila in navodila za preverjanje cepilnih statusov dijakov in študentov, ki opravljajo praktični pouk v zdravstvenih ustanovah.

Sodelovanje s študenti medicine v projektih Imuno in Vakcinet

Slovenski študenti medicine s projektoma Imuno in Vakcinet na poljuden in dostopen način poznajo širšo javnost z dejstvi o cepljenju in s konstruktivno razpravo preko spleta in družbenih omrežij prispevajo k zmanjšanju strahu pred cepljenjem. Z njimi vzorno sodelujemo tudi primarni pediatri in šolski zdravniki tako v medijskih aktivnostih kot pri izobraževanju.

Izobraževanje strokovne javnosti

Za dvig deleža cepljenih je izjemno pomembno izobraževanje strokovne javnosti. Zato smo primarni pediatri in šolski zdravniki temu namenili največ aktivnosti.

Predlagali smo obvezna izobraževanja vseh zdravstvenih strokovnjakov o cepljenju za podaljšanje licence ter umestitev vsebin o cepljenju v redna izobraževanja in strokovna srečanja.

Od začetka leta 2017 smo sodelovali in/ali organizirali številna strokovna srečanja o cepljenju:

1. študentski kongres o cepljenju projekta Imuno DŠMS: "Kdaj je dovolj?"

Pediatric Journal Club pro et contra: "Pediatr kot cepitelj in policaj"

Slovenska medicinska akademija: Posvet o cepljenju: "Vloga primarnega pediatra kot cepitelja (iz prakse za akademijo)"

Zbornica - Zveza: "Izredni sestanek ob povečanem tveganju izbruha nalezljivih bolezni"

XIII. strokovno srečanje ravnateljic in ravnateljev vrtecev: "Preprečevanje in obvladovanje nalezljivih bolezni s cepljenjem in drugimi ukrepi"

XXVI. strokovno srečanje ravnateljic in ravnateljev osnovnega šolstva: "Preprečevanje in obvladovanje nalezljivih bolezni s cepljenjem in drugimi ukrepi"

Okrogla miza projekta Vakcinet Društva študentov medicine Maribor: "Vpliv zdravstvenih delavcev na precepljenost splošne populacije"

Študentski posvet o cepljenju projekta Vakcinet Društva študentov medicine Maribor: Razbijanje mitov o cepljenju: "Zakonske podlage cepljenja"

27. posvetovanje Medicina, pravo in družba: Sodobni izzivi in dileme: "Cepljenje in pediatri ugo-vor vesti"

Strokovno srečanje z okroglo mizo ZZS in Zbornica - Zveza: Cepljenje proti nalezljivim boleznim - imamo zdravstveni delavci zares dovolj informacij?

Strokovno srečanje delovnih skupin Sekcije za primarno pediatrijo: "Izzivi na področju cepljenja" ZZS v sodelovanju z NIJZ: Inovativni pristopi v zdravstvu: "Novosti v prizadevanjih za dvig deleža cepljenih v Sloveniji"

Sekcija za preventivno medicino SZD: "Pnevmokokno cepljenje za otroke iz prakse za prakso"



Sekcija za šolsko, študentsko in adolescentno medicino: "Cepljenje HPV"

7. slovenski pediatrični kongres - celoten sklop predavanj o cepljenju, "Prizadevanja primarnih pedi-atrov in šolskih zdravnikov za povečanje deleža cepljenih otrok v Sloveniji"

Strokovna konferenca o otroških cepivih: Zaščitimo najmlajše: delavnice »Primeri iz prakse«

Okrogla miza in posvet o cepljenju Zdravniške zbornice Slovenije in Zbornice - Zveze v Ljubljani: "Kaj lahko storimo za dvig precepljenosti?"

1. srečanje primarnih pediatrov Sekcije za primarno pediatrijo: "Naloge in izzivi na področju primar-ne pediatrije" in "Letni pregled dela SPP DS za cepljenje"

Okrogla miza projekta Vakcinet Društva študentov medicine Maribor: "Delaš z bolniki, si cepljen?"

Sekcija za preventivno medicino "Strategija preprečevanja oslovskega kašlja s cepljenjem" in

"Prednosti uvedbe hexavalentnega cepiva v nacionalni program"

Strokovno srečanje Združenja MDPŠ: Cepljenje in zaščita pred nalezljivimi boleznimi v aktivni po-pulaciji: "Cepljenje otrok in poklicno usmerjanje"

Strokovna srečanja ginekologov: Šola diagnostike in sodobnega zdravljenja v ginekologiji in noseč-nosti: "Delavnice: Cepljenje proti HPV"

Kongres projekta Imuno Društva študentov medicine Slovenije: Preventiva vs kurativa: "Zadnje bitke z otroško paralizo"

Strokovno srečanje delovnih skupin Sekcije za primarno pediatrijo: "Novosti na področju cepljenja"

Kongres projekta Vakcinet Društva študentov medicine Maribor: Žrtve necepljenja: "Žrtve necepljenja - otroci"

XXIX. srečanje pediatrov v Mariboru: "Skupaj dvignimo precepljenost proti pnevmokoknim okužbam"

Strokovno srečanje upravnega odbora in skupine za cepljenje Sekcije za primarno pediatrijo: Spremembe v shemi cepljenja – kaj je dobro? Kaj je boljše?

37. letno srečanje ESPID (Evropsko združenje za pediatrično infektologijo) 2019: "Izziv cepiv v bodočnosti", "10 years of HPV vaccine in Slovenia, what can we do better", "Munucupally sponso-red human papillomavirus (hvp) vaccination of boys in Slovenia: 2014-2018"

Delavnice študentov medicine MF UM: "Delavnica komunikacije o cepljenju"

Strokovno srečanje Sekcije za šolsko, študentsko in adolescentno medicino: 10 let cepljenja proti HPV: "Primeri dobre prakse iz različnih krajev Slovenije"

!2. srečanje primarnih pediatrov Sekcije za primarno pediatrijo: celoten sklop predavanj: "Novosti na področju cepljenja", "Cepljenje dečkov proti okužbam HPV", učne delavnice: "Komunikacija o cepljenju", "Letni pregled dela SPP Skupine za cepljenje"

Strokovno srečanje Združenja za pediatrijo, Sekcije za primarno pediatrijo in Sekcije za preventivno medicine: Pravica otrok do preventivnega zdravstvenega varstva: "Ugovor vesti na primeru cepljenja – odprta vprašanja v izvajanju zdravstvenega varstva"

Učna delavnica Klinike za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor, Sekcije za primarno pedia-trijo ZZP SZD, Medicinske fakultete Univerze v Mariboru in Zdravstvenega doma Maribor:

"Cepljenje nosečnic, otrok, mladostnikov in zdravstvenega osebja v ambulantah ginekologov, pedia-trov, šolskih in družinskih zdravnikov"

Priprava vsebine in izvajanje spletnega izobraževanja: Doctrina Akademia - Mama in otrok: "Zakaj smo spremenili cepilni program za predšolske otroke?"

Medijske aktivnosti

Različni mediji imajo pomembno vlogo pri vplivanju na prepričanja in vedenja povezana s cepljenji. Najpomembnejši vir informacij o cepljenju za slovenske matere majhnih otrok so splet in družbeni mediji, celo bolj kot klasični mediji. Slovenske matere raje kot pri zdravstvenih delavcih iščejo informacije o varnosti in neželenih učinkih cepiv na spletu in pri prijateljih (Vrdelja, 2017). Ravno zato smo pediatri ob pomanjkanju nacionalne strategije za promocijo cepljenja aktivno pristopili k aktiv-nostim za boljše ozaveščanje splošne javnosti z različnimi prispevki v klasičnih in digitalnih medijih ter z aktivno vlogo v različnih delovnih skupinah. Sodelujemo pri medijskih kampanjah



o cepljenju v sodelovanju z MZ, NIJZ in območnimi zdravstvenimi ustanovami. V letošnjem letu smo v sodelovanju z oglaševalsko agencijo Pristop pripravili tudi oglas za promocijo cepljenja. V stanovskih glasilih in revijah objavljamo številne članke in spodbujamo objavo vsebin o cepljenju. Izdali smo knjižice o pomenu zaščite pred nalezljivimi boleznimi za starše, prispevke v reviji za šolarje ter aktivno sodelujemo pri pripravi prve spletne strani za starše o cepljenju. V medijih in pred različnimi političnimi odbori parlamenta in državnega sveta ter v uradu predsednika države smo odločno in z jasnimi strokovnimi stališči uspešno zagovarjali vse ukrepe, ki so usmerjeni v izboljšanje deleža cepljenih otrok v naši državi.

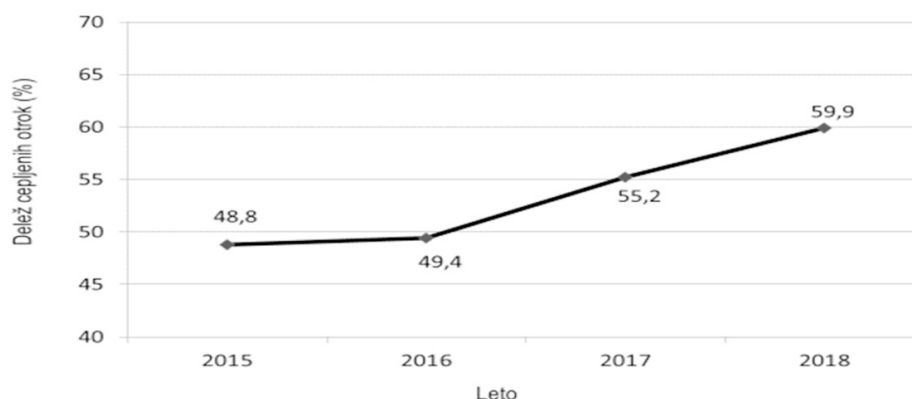
Spodbujanje zakonodajnih sprememb

Kljub obveznemu cepljenju, ki je opredeljeno v ZNB, se v praksi pojavljajo težave, saj se starši otrok in/ali mladostniki uspešno izogibajo cepljenju, kar ogroža zdravstveno stanje necepljenih in obremenjuje odnos med zdravniki in pacienti oziroma njihovimi starši ali skrbniki. V letu 2018 so se nakazale možnosti za spremembo zakonodaje na tem področju. Aktivno smo sodelovali pri posvetovanju v parlamentu, državnem svetu in na MZ. Vendar zaradi predčasnega razpusta parlamenta ni prišlo do potrditve zakona. Sprememba bi odpravila represivno vlogo izvajalcev cepljenja s prijavo v elektronski register cepljenih oseb in prenosom podatkov na NIJZ ter pravno uredila prenos teh podatkov na ZIRS. Staršem bi onemogočila vložitev predloga za opustitev cepljenja na Komisijo za cepljenje MZ ter necepljenim otrokom iz nemedicinskih razlogov omejila vključitev v vrtce ter vpis v določene srednje šole in fakultete (Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o nalezljivih boleznih, 2019). Prenova zakonodaje, ki je trenutno v pripravi na MZ, gre v smeri omejitve vpisa necepljenih otrok in mladostnikov iz nemedicinskih razlogov v vrtce, nekatere srednje šole in fakultete, udeležbe v zdravstvenih letovanjih ter prenovi postopkov za ugotavljanje razlogov za opustitev cepljenja.

Zaključek

S sodelovanjem, predanostjo ter pogumom slovenskih primarnih pediatrov in šolskih zdravnikov smo v zadnjih treh letih dosegli izjemen uspeh - izboljšano kulturo cepljenja in ozaveščenost celotne družbe, pozitivno naravnost do zaščite s cepljenjem in povečanje deleža cepljenih otrok proti ne-katerim nalezljivim boleznim.

S podporo in spodbujanjem delovanja vseh državnih in stanovskih institucij - ZZS, MZ, NIJZ, ZIRS, MIZŠ, Zbornice - Zveze, Varuha človekovih pravic, Predsedika države in medijev, z izobraževanjem strokovne in ozaveščanjem splošne javnosti ter vzornimi prizadevanji študentov medicine, smo v zadnjih treh letih povečali delež cepljenih otrok v Sloveniji za nekatera obvezna cepljenja in za vsa priporočena neobvezna cepljenja, proti pnevmokoknim okužbam kar za 11,1% (Slika 1) (NIJZ, 2019c).



Slika 1: Delež cepljenih predšolskih otrok proti pnevmokoknim okužbam v Sloveniji v letih 2015 - 2018 (NIJZ, 2019c).



Literatura

European confederation of primary care paediatricians, 2017. The ECPCP Velenje Statement. Available at: <https://www.ecpcp.eu/resources/the-ecpcp-velenje-statement/>

Kraigher, A., Ihan, A. & Avčin, T., 2011. Cepljenje in cepiva—dobre prakse varnega cepljenja. Ljubljana: Sekcija za preventivno medicino SZD, Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD, Inštitut za varovanje zdravja RS.

Ministrstvo za zdravje, Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije, 2017.. Poročilo o delu Zdravstvenega inšpektorata republike Slovenije 2017. Available at: http://www.zi.gov.si/fileadmin/zi.gov.si/pageuploads/porocila_o_delu/Leto_2017/Letno_porocilo_o_delu_ZIRS_2017_splet.pdf

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. Precepljenost predšolskih otrok v Sloveniji v letu 2017. Preliminarni podatki. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/predsolski_otroci_precepljenost_2017_12_03_2018.pdf

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019a. Elektronski register cepljenih oseb in neželenih učinkov po cepljenju – eRCO. Available at: <http://www.nijz.si/sl/elektronski-register-cepljenih-oseb-in-nezelenih-ucinkov-po-cepljenju-erco>

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019a. Navodila in priporočila za cepljenje. Available at: <http://www.nijz.si/sl/navodila-in-priporocila-za-cepljenje>

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019c. Precepljenost predšolskih otrok v Sloveniji v letu 2018. Preliminarni podatki. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/predsolski_otroci_precepljenost_2018_mar_2019.pdf.

Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o nalezljivih boleznih, 2019. Available at: <http://imss.dz-rs.si/imis/c859ebd4b4de37f23174.pdf>.

Učakar, V. & Fafangel, M., 2018. Zaupanje in oklevanje pri cepljenju med materami majhnih otrok v Sloveniji In: Kraiger, A., ed. *Cepljenje: Stališča in odnos ključnih javnosti do cepljenja v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana, pp.51-63.

Vrdelja, M., 2017. Komuniciranje cepljenja skozi prizmo situacijske teorije javnosti (magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani.

World Health Organization, 2019. Ten threats to global health in 2019. Available at: <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>

World Health Organization Regional Office for Europe, 2019. Measles in the WHO European Region Situation Report No. 2. Copenhagen: WHO; August 2019. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/410779/Measles-Sitrep-2-Aug-2019_.pdf?ua=1

Zakon o nalezljivih boleznih (uradno prečiščeno besedilo) (ZNB), 2006. Uradni list RS, št. 33/06; str. 8.



CEPLJENJE OTROK V INTENZIVNI TERAPIJI

IMMUNIZATION OF CHILDREN IN INTENSIVE CARE UNIT

Danijela Milanović, dipl.m.s.

Klinični oddelek za intenzivno terapijo otrok, Univerzitetni klinični center Ljubljana
danijela.milanovic@kclj.si

Izveček

Kritično bolni otroci, zlasti nedonošenčki, ki so dlje časa hospitalizirani v intenzivni terapiji, so podvrženi riziku podcepljenosti. V kolikor je njihovo zdravstveno stanje stabilno, se mora obvezno cepljenje izvesti v otrokovi kronološki starosti. Pravočasna aplikacija cepiv jih na ta način ščiti pred potencialno ogrožajočimi boleznimi. Zdravstveno osebje se mora potruditi za izboljšanje odstotka cepljenih kritično bolnih otrok pred odpustom iz intenzivne terapije.

Ključne besede: cepljenje, kritično bolni otroci, intenzivna terapija

Abstract

Critically ill children, especially premature infants, hospitalized in intensive care unit for a prolonged period of time, are at risk for not being immunized against vaccine preventable diseases. If medically stable, critically ill children should receive routine vaccines at chronologic age. On-time administration of vaccines protects them from potentially devastating diseases. Further efforts should be made by healthcare works to improve immunization rates prior to discharge.

Key words: immunization, critically ill children, intensive care

Uvod

Cepljenje je enostaven, varen in najučinkovitejši ukrep za zaščito pred nekaterimi nalezljivimi boleznimi, ki ščiti tako cepljene posameznike kot, z zmanjševanjem širjenja bolezni, tudi druge. Prvi odmerki, kljub zgodnjem začetku obveznega cepljenja, še ne zagotavljajo takojšnje zaščite, zaradi česar so otroci prvih šest mesecev življenja še dodatno ranljivi. Ocenjuje se, da letno zaradi okužb umre 2 milijona teh otrok (Clemens, et al., 2010).

Cepljenje se večinoma varno in učinkovito izvaja na primarni ravni. Izjemoma je smiselno, da se cepljenje opravi pod nadzorom na sekundarni ali terciarni ravni.

V Republiki Sloveniji se izvaja Program cepljenja in zaščite z zdravili na podlagi predpisanih programov za posamezne skupine prebivalcev. Področje cepljenja ureja Zakon o nalezljivih boleznih (Ul. RS, št.69/95, 33/06), ki določa, da je v Sloveniji obvezno cepljenje proti: Haemophilusu influenzae tipa b, davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, ošpicam, mumpsu, rdečkam in hepatitisu B.

Izvajalci cepljenj predšolskih in šolskih otrok so dolžni voditi evidence o opravljenih cepljenjih (elektronsko ali v pisni obliki) in o njih poročati na Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Z januarjem 2017 je v okviru eZdravja pričel z delovanjem Elektronski register cepljenih oseb in neželenih učinkov po cepljenju – eRCO, ki omogoča poenoteno beleženje podatkov o vseh opravljenih cepljenjih v Sloveniji ter avtomatiziran prenos podatkov v centralno zbirko podatkov, katere skrbnik je NIJZ. Vendar so od začetka leta 2017 v eRCO posredovali podatke le posamezni izvajalci cepljenja (NIJZ, 2020).

Kritično bolni otroci v intenzivni terapiji

Kritično bolni otroci (KBO), zlasti nedonošenčki, ki se zdravijo v intenzivni terapiji, so podvrženi riziku podcepljenosti. KBO otroci potrebujejo pogosto umetno podporo posameznih organov, ne



glede na naravo bolezni (uporaba umetnih pljuč, dolgotrajni zunajtelesni krvni obtok, umetna ledvica in uporaba vseh sodobnih načinov elektronskega nadzora delovanja srca in obtočil). Zdravstveno osebje v intenzivni terapiji se osredotoča na diagnostične in terapevtske postopke, ki so nujni za zdravljenje KBO, pri čemer so preventivni ukrepi, kot je cepljenje, pogosto prezrti oziroma se z njimi odlaša.

V raziskavi, v katero je bilo vključenih šest neonatalnih intenzivnih enot v severni Kaliforniji, so ugotovili, da je bilo ob odpustu iz intenzivne enote cepljenih kompletno po programu le 51% novorojenčkov, medtem ko jih 27% sploh ni prejelo nobenega cepiva tekom dvomesečne hospitalizacije (Navar-Boggan et al., 2011). Druga raziskava, izvedena v Franciji, je pokazala, da 70% dvoletnih otrok, ki so bili kot nedonošenčki hospitalizirani, naj ne bi bilo cepljenih po programu v celoti (Denizot et al., 2011).

V kolikor je zdravstveno stanje KBO v intenzivni terapiji stabilno, mora biti obvezno cepljenje izvedeno v otrokovi kronološki starosti. Med stanja, ki ne pomenijo razloga za opustitev cepljenja KBO v intenzivni terapiji so:

- blaga akutna bolezen brez povišane telesne temperature
- kronična bolezen
- stabilna nevrološka stanja
- prejetje antibiotikov ali majhnih odmerkov oralnih kortikosteroidov;
- nedonošenčki z majhno porodno težo, ki počasi pridobivajo na tezi, imajo ali so imeli neonatalno zlatenico
- Downov sindrom (Plevnik Vodusek, et al., 2011).

Cepljenje nedonošenčkov

Nedonošenčki imajo pasivno prenesena materina protitelesa v manjših koncentracijah kot donošeni otroci, zato ostanejo prisotna še krajši čas. Četudi je otrok rojen predčasno ali ima manjšo porodno težo od 1000 g, je zelo pomembno, da je enako kot drugi otroci, pravočasno in popolno cepljen po programu (Bregant, 2011).

Do zamude pri obveznem cepljenju pride zaradi različnih vzrokov. Poročila navajajo pomanjkanje pozornosti glede cepljenja v procesu načrtovanja odpusta iz intenzivne terapije, skrb zaradi krhkosti telesne konstitucije, skrb zaradi uporabe novih cepiv (Gad & Shah, 2007). Med razlogi za zamujanje pri izvedbi cepljenja nedonošenčkov je tudi strah pred neželenimi učinki cepljenja kot sta apneja in bradikardija. V eni izmed študij je bilo ugotovljeno, da je 16% nedonošenčkov imelo neželene kardiorespiratorne simptome v prvih 48-ih urah po cepljenju (Whitlow, 2011). Nedonošenčki v intenzivni terapiji so pogosteje podvrženi okužbam. 20% hospitaliziranih nedonošenčkov z zelo nizko porodno težo utrpí eno ali več sistemskih okužb (Stoll, 2002).

Zdravstveno osebje se pri cepljenju nedonošenčkov srečuje s krhko telesno konstitucijo. Priporočljivo je, da se za intramuskularno aplikacijo cepiva pri tej populaciji uporabljajo igle velikosti 25-gauge.

Cepljenje bolnikov s kroničnimi revmatskimi boleznimi in primarnimi imunskimi pomanjkljivostmi

Bolniki s kroničnimi revmatskimi boleznimi, ki prejemajo imunosupresivno zdravljenje, ali tisti s primarnimi imunskimi pomanjkljivostmi so izpostavljeni večjemu tveganju za pogostnejše in huje potekajoče okužbe, zato potrebujejo največjo možno zaščito z ustrezno aktivno in pasivno imunizacijo. Na splošno velja, da je cepljenje z mrtvimi cepivi za imunsko pomanjkljive bolnike priporočljivo, medtem ko je z živimi oslabiljenimi cepivi lahko kontraindicirano. Za ali proti cepljenju z določenim cepivom je treba obravnavati vsakega bolnika posebej. Okužbe (virusne, bakterijske in parazitarne), zdravila in tudi cepljenje lahko delujejo kot dodatni sprožilci pri razvoju avtoimunih bolezni (Toplak, et al., 2011).

»Palivizumab« - Cepivo proti Respiratornem sinicijskem virusu (RSV)

Okužba z RSV je najpogostejši vzrok okužbe spodnjih dihal in hkrati najpogostejši vzrok za hospitalizacijo otrok, mlajših od enega leta. Nedonošenčki (<37 tednov gestacijske starosti) in



tisti, ki imajo pridružene bolezni (bronhopulmonalna displazija oz. prirojena srčna napaka) so izpostavljeni večjemu riziku, da zbolijo za okužbo z RSV, zato je pri tej populaciji zaželeno cepljenje (Haynes, 2014). Glede na strokovna izhodišča, potrjena na Zdravstvenem svetu Ministrstva za zdravje leta 2005 in dopolnjena leta 2006 ter 2009, naj bi specifična monoklonska protitelesa (palivizumab) za preprečevanje okužb z RSV prejeli:

- A. Vsi otroci, rojeni pred 29. tednom nosečnosti, ki so ob pričetku sezone stari do 12 mesecev (korigirana starost),
- B. Otroci, rojeni med 29. in 32. tednom gestacije z dodatnimi dejavniki tveganja,
- C. Otroci s kronično pljučno boleznijo, ki so v zadnjih šestih mesecih pred pričetkom sezone z RSV potrebovali zdravljenje (kisik, inhalacije, steroide) in so stari do 24 mesecev,
- D. Otroci s hemodinamsko pomembno prirojeno srčno napako do starosti 24 mesecev, pri čemer je obvezno pisno priporočilo specialist pediatra-kardiologa.

V letu 2017 je bilo v Ljubljani cepljenih 171 otrok - glede na indikacijo - 79 otrok iz skupine A, 22 iz skupine B, 41 iz skupine C in 29 iz skupine D. Pri 11-ih imunoprofilaksa ni bila pričeta: pri 5-ih zaradi nasprotovanja staršev, 4 otrokom ob dolgotrajnem bolnišničnem zdravljenju zaščita ni bila predpisana; 2 otroka sta bila odseljena v tujino (NIJZ, 2019).

»Prevenar«- Cepivo proti pnevmokoknim okužbam

V Sloveniji je obolevnost za invazivnimi pnevmokoknimi okužbami najvišja pri otrocih mlajših od 5 let, še posebej visoka je pri otrocih starih eno leto. Z letom 2015 je bilo v Sloveniji za vse otroke v prvem letu starosti uvedeno rutinsko cepljenje s konjugiranim cepivom proti pnevmokoknim okužbam. Cepljenje je priporočljivo za otroke, ki imajo kronične bolezni obtočil, dihal, jeter, ledvic, živčno-mišično bolezen, ki povečuje tveganje za aspiracijo, za otroke po ponovljeni invazivni pnevmokokni okužbi ter za nedonošene otroke (NIJZ, 2019).

Informacije o cepilnem statusu in pomenu cepljenja

Zdravstveno osebje v intenzivni terapiji mora biti seznanjeno s programom cepljenja oziroma s priporočili glede uporabe cepiv pri KBO. Ob sprejemu v intenzivno terapijo je potrebno, s skrbno anamnezo, pridobiti podatke o cepilnem statusu KBO, o alergijah in počutju po predhodnih cepljenih. Pri ugotavljanju cepilnega statusa velja le pisna dokumentacija o predhodnih cepljenjih. Vse podatke glede samega cepljenja posreduje staršem na razumljiv način zdravnik (pojasnilna dolžnost - 20. člen Zakona o pacientovih pravicah) (PISRS, 2020). Starši morajo biti pred cepljenjem KBO temeljito seznanjeni o pomenu cepljenja in njegovi dobrobiti ter o morebitnem tveganju oziroma možnih neželenih učinkih. Nema lokrat so, zaradi osnovnega zdravstvenega stanja svojega otroka, zelo prizadeti in težje sprejemajo izvedbo obveznega cepljenja.

Dokumentiranje cepljenja v kliničnem informacijskem sistemu

Klinični informacijski sistem nudi zdravstvenemu osebju v intenzivni terapiji natančno dokumentiranje izvedenih aktivnosti pri zdravljenju KBO in hkrati zagotavlja transparentnost podatkov. Med metodami, ki bi pripomogle k dvigu odstotka precepljenosti KBO v intenzivni terapiji, je integracija sistema predpisovanja in aplikacije zdravil, kjer so cepiva, ki jih skeniramo, avtomatično dokumentirana (Ernst, 2017). Hkrati bi elektronski opomniki cepljenja pripomogli h večjemu deležu pravočasnega cepljenja KBO.

Po vpeljavi opomnika za cepljenje v kliničnem informacijskem sistemu, se je odstotek precepljenosti novorojenčkov po dvomesečni hospitalizaciji v intenzivni terapiji novorojenčkov v Oklahomi, ob odpustu domov povečal iz izhodiščnih 71% na 94% (Ernst, 2017).

Zaključek

Cepljenje je eden izmed pomembnih delov zdravljenja kritično bolnih otrok v intenzivni terapiji. Poznavanje in upoštevanje priporočil glede izvajanja obveznih cepljenj v intenzivni terapiji, izobraževanje zdravstvenega osebja ter nadgradnja kliničnih informacijskih sistemov lahko pripomorejo h dvigu precepljenosti kritično bolnih otrok.



Literatura

Bregant, L., 2011. Cepljenje - dobra praksa. In: Kraigher, A., Ihan, A., Avčín, T., eds. *Cepljenje in cepiva. Dobre prakse varnega cepljenja*. Ljubljana: Sekcija za preventivno medicino SZD, Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD, Inštitut za varovanje zdravja RS, pp. 66.

Clemens, J., Holmgren, J., Kaufmann, S.H.E., Mantovani, A., 2010. Ten years of the global alliance for vaccines and immunization: challenges and progress. *Nat Immunol*, 11, pp. 1069-72.

Denizot, S., Fleury, J., Caillaux, G., Rouger, V., Roze, J., Gras-LeGuen, C., 2011. Hospital initiation of a vaccinal schedule improves the long-term vaccinal coverage of ex-preterm infants. *Vaccine*, 2011, 29, pp. 382-6.

Ernst, K.D., 2017. Electronic Alerts Improve Immunization Rates in Two-Month-Old Premature Infants Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit. *Appl Clin Inform*, 8(1), pp. 206-13.

Fiks, A.G., Grundmeier, R.W., Biggs, L.M., Localio, A.R., Alessandrini, E.A., 2007. Impact of clinical alerts within an electronic health record on routine childhood immunization in an urban pediatric population. *Pediatrics*, 120(4), pp. 707-14.

Gad, A. & Shah, S., 2007. Special immunization considerations of the preterm infant. *J Pediatr Health Care*, 21, pp. 385-91.

Haynes, A.K., Prill, M.M., Iwane, M.K., Gerber, S.I., 2014. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Respiratory syncytial virus - United States, July 2012-June 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 63, pp. 1133 - 6.

Immunization Action Coalition. *Administering vaccines: dose, route, site and needle size*. Available at: <http://www.immunize.org/catg.d/p3085.pdf>. [3.2.2020].

Navar-Boggan, A.M., Halsey, N.A., Escobar, G.J., Golden, W.C., Klein, N.P., 2012. Underimmunization at discharge from neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 32, pp. 363-7.

Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2019. *Analiza izvajanja cepljenja v Sloveniji v letu 2017*. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/porocilo_cepjenje2017_ver.1.pdf. [03.02.2020].

Nacionalni inštitut za javno zdravje. *Cepljenje*. Available at: <https://www.nijz.si/podrocja-dela/nalezljive-bolezni/cepljenje> [3.2.2020].

PISRS. *Zakon o nalezljivih boleznih*. Available at: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO433>. [3.2.2020].

Plevnik Vodušek, V., Kraigher, A., Grgič Vitek, M., 2011. Cepljenje - dobra praksa. In: Kraigher, A., Ihan, A., Avčín, T., eds. *Cepljenje in cepiva. Dobre prakse varnega cepljenja*. Ljubljana: Sekcija za preventivno medicino SZD, Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD, Inštitut za varovanje zdravja RS, pp. 53.

Stoll, B.J., Hansen, N., Fanaroff, A.A., et al., 2002. Late-onset sepsis in very low birth weight neonates: the experience of the NICHD Neonatal Research Network. *Pediatrics*, 110, pp. 285-91.

Toplak, N., Vesel, T., Markelj, G., Avčín, T., 2011. Cepljenje - dobra praksa. In: Kraigher, A., Ihan, A., Avčín, T., eds. *Cepljenje in cepiva. Dobre prakse varnega cepljenja*. Ljubljana: Sekcija za preventivno medicino SZD, Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD, Inštitut za varovanje zdravja RS, pp. 46 - 77.

Whitlow, P., 2011. Update on Immunizations commonly used in the NICU. *Adv Neonatal Care*, 11(3), pp. 173-9.

Zakon o nalezljivih boleznih. 1995. Uradni list RS, št. 69/95, 33/06. Available at: <http://odlocitve.us-rs.si/sl/odlocitev/US23114>. [3.2.2020].



CEPLJENJE POD NADZOROM

Vanja Urlaub dipl. m. s., Tanja Bele dipl. m. s.

Klinika za pediatrijo

Enota za intenzivno nego in terapijo

UKC Maribor

Izvleček

Cepljenje je postopek, s katerim izzovemo imunost, tako da v telo vnesemo žive oslabiljene ali mrtve organizme ali njihove sestavine in s tem preprečimo širjenje nalezljivih bolezni. V prispevku je predstavljen kratek razvoj cepljenja, pomen cepljenja in njegova organiziranost, kakšni so neželeni učinki cepljenja, kdaj otrok ne sme biti cepljen in kako poteka cepljenje otrok pod nadzorom v bolnišnici.

Ključne besede: cepljenje, cepivo, opazovanje, otrok

Uvod

Cepljenje je enostaven, varen in najučinkovitejši ukrep za zaščito pred nekaterimi nalezljivimi boleznimi. S cepljenjem preprečimo širjenje nalezljivih bolezni in zaščitimo tudi otroke, ki zaradi zdravstvenih razlogov ne morejo biti cepljeni (NIJZ, 2019).

Cepljenje ali vakcinacija pomeni aplikacija živih oslabiljenih ali mrtvih organizmov ali njihovih toksinov za preprečevanje nalezljivih bolezni pri sprejemljivih osebah. Osnovna ideja cepljenja se je porodila iz opazovanja, da ljudje, ki so preboleli nekatere kužne bolezni (npr.: črne koze, davico, ošpice, norice) pozneje niso več zboleli za enako boleznijo, čeprav so bili v stiku z okuženimi osebami. Že stoletja pred našim štetjem so Kitajci iz krast bolnikov s črnimi kozami izdelovali praške – cepiva, ki so jih vtirali v kožo zdravim ljudem, da bi jih zaščitili pred okužbo med epidemijami črnih koz. V 18. stoletju je kitajska ideja o cepljenju proti črnim kozam prek Turčije prešla v Anglijo. V spremenjeni obliki je uporabo sorodnega, za ljudi nepatogenega virusa kravjih koz v prakso uspešno uvedel in opisal angleški zdravnik Edvard Jenner leta 1796. S sistematičnim cepljenjem po vsem svetu je uspelo izkoreniniti črne koze s planeta, kar je proglasila SZO leta 1980 (Kraigher, et al., 2011).

Pomemben napredek v cepljenju je bil narejen tudi leta 1885, ko je Pasteur uporabil cepivo za zaščito pred steklino po izpostavitvi okužbe. Dečka, ki ga je ugriznil stekel pes, je cepil s cepivom, vzgojenim na celicah zajčje hrbtenjače, ki se je pri psih že izkazalo za učinkovito.

Od leta 1800 je razvoj cepiv zelo napredoval in tako smo od leta 1968 dobili polisaharidna cepiva (polisaharidi vzbudijo šibek in kratkotrajen protitelesni odziv). Učinkovitost teh cepiv (imunogenost in čas zaščite) so močno izboljšala konjugirana cepiva. Razvoj mikrobiologije je omogočil, da lahko za vsako nalezljivo bolezen pripravimo cepivo iz mrtvih mikrobov. Na žalost protitelesa, ki nastanejo po cepljenju uspešno preprečijo samo nekatere kužne bolezni (Kraigher, et al., 2011).

Cepljenje v Sloveniji sega v leto 1800, ko se je uvedlo cepljenje proti črnim kozam. Z napredkom se je cepljenje tudi pri nas razvijalo (Kraigher, et al., 2011):

- Pred 2. svetovno vojno cepljenje proti davici
- Leta 1948 cepljenje proti tuberkulozi
- Leta 1951 cepljenje proti tetanusu
- Leta 1959 cepljenje proti oslovskemu kašlju
- Leta 1957 cepljenje proti otroški paralizi



- Leta 1968 obvezno cepljenje proti ošpicam
- Leta 1972 cepljenje deklic proti rdečkam
- Leta 1979 cepljenje proti ošpicam v dveh odmerkih
- Leta 1998 cepljenje otrok pred vstopom v šolo proti hepatitisu B
- Leta 2000 obvezno cepljenje proti Hemofilus influence tipa B
- Od leta 2009 neobvezno cepljenje deklic v 6. razredu proti HPV.

V primeru indikacij se še cepi proti pnevmokoknim in meningokoknim okužbam, klopnemu meningoencefalitisu, steklini, rumeni mrzlici, tifusu, hepatitisu A in B ter noricam (Kraigher, et al., 2011).

Cepiva so visoko regulirani celostni biološki pripravki, namenjeni za učinkovito in varno ustvarjanje zaščitnega imunskega odziva na okužbo. Delimo jih po tem, na kakšen način je pripravljen vsebujoči antigen (to je snov, ki sproži imunski odziv) in proti koliko povzročiteljem sočasno deluje posamezno cepivo. Lahko so monovalentna (ustvarijo imunost proti določenim antigenom oziroma mikroorganizmu) in polivalentna, ki omogočijo imunost proti več antigenom oziroma mikroorganizmom (Kraigher, et al., 2011).

Zaščita s cepljenjem je dvojna:

- PASIVNA s prehodom materinih protiteles z vnosom imunoglobulinov, ki zagotavljajo takojšnjo zaščito;
- AKTIVNA z naravno okužbo, z vnosom cepiva, ko v telo vnesemo toksine ali povzročitelje (oslabljenega, mrtvega ali zgolj v obliki nekaterih njegovih antigenskih molekul (Kraigher, et al., 2011).

Zelo pomembna je kolektivna zaščita, ki jo dosežemo z visoko precepljenostjo v populaciji, zlasti za preprečevanje zelo nalezljivih bolezni, na primer ošpic. Precepljenost proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi in okužbam s HIB v Sloveniji je bila leta 2018 93,4%, proti ošpicam, mumpsu in rdečkam je 93,1%. Najvišja precepljenost je na območju Murske Sobote, Raven in Maribora, najnižje pa na območju Kopra, Kranja in Ljubljane (Kraigher, et al., 2011).

Organiziranost cepljenja

Temeljni standardi za organizirano izvajanje cepljenja so:

- Izpolnjevati in upoštevati je potrebno vse predpisane standarde o poteku cepljenja, strokovni usposobljenosti osebja, delovnih metodah, opremi in prostorih.
- Z odgovornostjo poskrbeti za dobro prakso varnega cepljenja in zagotoviti ustrezen delež cepljenih ciljnih skupin prebivalstva.
- Poskrbeti za nenehno strokovno izpopolnjevanje cepilnega tima.
- Cepljenje izvaja zdravnik, z njegovo vednostjo in po njegovem naročilu pa lahko tudi medicinska sestra.
- Spremljati in upoštevati je potrebno najnovejša dognanja o cepivih, tehnikah dajanja, proučiti navodila proizvajalcev cepiv, spremljati dosegljivo literaturo na področju cepljenja, se udeležiti učnih delavnic in strokovnih sestankov ter upoštevati strokovna navodila in priporočila, ki jih pripravi IVZ (Kraigher, et al., 2011).

Prostor in oprema za izvajanje cepljenja morata ustrezati sanitarno tehničnim in higienskim zahtevam, ki veljajo za javne zdravstvene zavode in zasebno dejavnost. Zdravstveni zavod ali zasebni zdravnik, ki opravlja cepljenje mora imeti na voljo hladilne naprave za shranjevanje in prenos cepiva zaradi zagotavljanja pogojev neprekinjene hladne verige. Hladna veriga je sistem razdeljevanja, hranjenja in prenosa/prevoza izdelka (cepiva), ki zahteva shranjevanje v specifičnem temperaturnem območju (2-8°C) in sicer ves čas poti od izdelovalca do končnega porabnika (Kraigher, et al., 2011).

Na razpolago morajo biti sredstva, ki jih uporabljamo v primeru anafilaktične reakcije.



KOLEDAR CEPLJENJA OTROK	
NALEZLJIVE BOLEZNI, KI JIH PREPREČUJEMO S CEPLJENJEM	
Prvo in drugo leto starosti	
3 mesece	davica, tetanus, oslovski kašelj, Hib, otroška paraliza, hepatitis B (1. odmerek) pnevmokokne okužbe (1. odmerek)
5 mesecev	davica, tetanus, oslovski kašelj, Hib, otroška paraliza, hepatitis B (2. odmerek) pnevmokokne okužbe (2. odmerek)
11 do 18 mesecev	ošpice, mumps, rdečke (1. odmerek) davica, tetanus, oslovski kašelj, Hib, otroška paraliza, hepatitis B (3. odmerek) pnevmokokne okužbe (3. odmerek)
Tretje leto starosti	
3 leta	klopni meningoencefalitis (3 odmerki)
Pred vstopom v šolo	
5 do 6 let	ošpice, mumps, rdečke (2. odmerek) hepatitis B* (1. in 2. odmerek)
Po vstopu v šolo	
1. razred OŠ	hepatitis B* (3. odmerek)
3. razred OŠ	davica, tetanus, oslovski kašelj (4. odmerek)
6. razred OŠ	HPV (za dekleta 1. in 2. odmerek)
Ob sistematskem pregledu v srednji šoli	tetanus (5. odmerek)

* Cepljenje z monovalentnim cepivom proti hepatitisu B se opravi pri otrocih, ki so bili cepljeni s 5-valentnim cepivom proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi in okužbam s hemofilusom influence tipa b.

NIJZ Pripravi: Center za nalezljive bolezni
Izdal: Nacionalni inštitut za javno zdravje
Oblikovanje: Laura Tražnik Belokopljanič
Foto: Buenos Dias
Tisk: Tisk Žnidarž d.o.o.
Izdaja: november 2019

Slika 1: Koledar cepljenja otrok (NIJZ, 2019)

Kdaj otrok ne sme biti cepljen

- Huda alergija na sestavine cepiva
- Resni neželeni učinek po predhodnem odmerku istega cepiva
- Bolezen ali zdravstveno stanje, ki je nezdržljivo s cepljenjem (na primer motnje v delovanju imunskega sistema za cepljenje z živimi cepivi) (Kraigher, et al., 2011).

V primeru akutne bolezni z vročino se cepljenje le preloži na obdobje, ko je otrok zdrav.

Neželen učinek (dogodek) po cepljenju je dogodek, ki je v časovni povezavi s cepljenjem in je lahko (ni pa nujno) vzročno povezan s cepljenjem oziroma cepivom (Kraigher, et al., 2011).

Resen neželeni učinek (dogodek) po cepljenju je vsak neželen učinek, ki ima za posledico:

- Neposredno življenjsko ogroženost
- Trajno ali pomembno nezmožnost ali nesposobnost
- Prirojeno anomalijo
- Drugo klinično pomembno stanje
- Zahteva bolnišnično obravnavo ali podaljšanje obstoječe bolnišnične obravnave
- Smrt kot skrajno možnost (Kraigher, et al., 2011).

Neželene učinke po cepljenju lahko razdelimo v 3 glavne tipe:

1. lokalne
2. sistemske in
3. alergične reakcije

1. Lokalne reakcije: bolečina, oteklina in rdečina na mestu cepljenja, so po navadi najmanj resne (hude) in najpogostejša, običajno so kratkotrajne, minejo samodejno – brez ukrepanja in izjemno redko puščajo posledice.



2. Sistemske reakcije (na primer povišana telesna temperatura) se pojavijo redkeje kot lokalne reakcije, lahko so podobne blagi obliki bolezni, proti kateri cepimo, a zelo redko pomenijo zdravstveno tveganje. Takšne reakcije so pogostejše po cepljenju z živimi oslABLjenimi cepivi, kot je na primer cepivo proti ošpicam, mumpsu in rdečkam.

3. Hude alergične reakcije so lahko tudi najresnejše, vendar najmanj pogoste. Anafilaksija je najresnejša oblika alergične reakcije, ki pa se pojavi približno 1x na milijon cepljenj (Kraigher, et al., 2011).

Neželene učinke po cepljenju mora zdravnik, ki jih je ugotovil, evidentirati v osebno zdravstveno dokumentacijo in čimprej, najpozneje v 15 dneh od ugotovitve, na posebnem anketnem obrazcu poslati na Inštitut za varovanje zdravja, Register stranskih pojavov po cepljenju, Trubarjeva 2, Ljubljana (Kraigher, et al., 2011).

Cepljena oseba mora ostati v zdravstvenem zavodu še najmanj 30 minut po cepljenju zaradi morebitnega pojava takojšnjega neželenega učinka. Kadar je možnost pojava alergične reakcije že znana, je potrebno poskrbeti za sočasno antialergijsko zdravljenje in neprekinjen nadzor nekaj ur po cepljenju ali opraviti cepljenje pod nadzorom v bolnišnici (Kraigher, et al., 2011).

Nadzorovano cepljenje otrok v bolnišnici

Cepljenje se v skladu z dobro prakso varno in učinkovito izvaja na primarni ravni. Izjemoma je smiselno, da se cepljenje opravi pod nadzorom na sekundarni ali terciarni ravni.

Indikacije za cepljenje pod nadzorom v bolnišnici morajo biti dobro opredeljene.

Bolezni in stanja, ko se zdravnik lahko odloči za cepljenje pod nadzorom v bolnišnici so:

1. Hujši lokalni ali sistemski zapleti po predhodnem odmerku:

- Telesna temperatura višja ali enaka 40°C v 48 urah po predhodnem odmerku petvalentnega cepiva
- Kolapsno ali šokovno stanje v 48 urah po predhodnem odmerku petvalentnega cepiva
- Krči v 3 dneh po predhodnem odmerku pet valentnega cepiva
- Boleč, neutolažljiv jok več kot 3 ure v 48 urah po predhodnem odmerku petvalentnega cepiva
- Cullian-Barrejev sindrom v 6 tednih po predhodnem odmerku cepiva, ki vsebuje tetanusni toksid.

2. Osnovna bolezen ali zdravstveno stanje, kjer specialist ustrezne stroke svetuje cepljenje pod nadzorom.

3. Dokumentiran hud zaplet po cepljenju v ožji družini.

4. Dokumentirana hujša sistemska preobčutljivostna reakcija na snovi, ki se lahko v sledovih pojavijo v cepivih (na primer znana sistemska preobčutljivostna reakcija na jajčne beljakovine (Kraigher, et al., 2011).

Zdravstvena nega

Zdravstvena nega je usmerjena k otrokovim potrebam in njegovim posebnostim in zahteva različne pristope. Temeljna za načrtovanje in izvajanje negovalnih intervencij sta prepoznavanje potreb, ocena zdravstvenega stanja otroka in njegove družine. Na podlagi pridobljene negovalne anamneze lahko postavimo ustrezne individualne negovalne diagnoze po Nandi. Negovalna diagnoza (koda) : 00217 NEVARNOST ZA ALERGIJSKO REAKCIJO. Definicija: Dovzetnost za pretiran imunski odziv ali reakcijo na snovi, kar bi lahko ogrozilo zdravje.

Dejavniki tveganja:

- Izpostavljenost alergenu
- Izpostavljenost okoljskemu alergenu
- Izpostavljenost toksičnim kemikalijam.

Rizične skupine:

- Anamnestični podatek o alergiji na hrano
- Anamnestični podatek o alergiji na pike insektov
- Ponavljajoča se izpostavljenost okoljski snovi, ki izloča alergen.



NAČRT ZDRAVSTVENE NEGE

Na podlagi ugotovljene anamneze in postavljene negovalne diagnoze si zastavimo določene **cilje**:

- Starši bodo dobro informirani o cepljenju, njegovem pomenu, stranskih učinkih in ukrepanju po cepljenju
- Izvedeli bomo čim več o zdravju otroka, alergijah, predhodnih cepljenjih, o alergijah v ožji družini
- Otroka bomo dobro psihično in fizično pripravili na cepljenje
- Otroek in starši bodo pomirjeni in zadovoljni

Izvedli bomo naslednje **negovalne intervencije**:

- Pred cepljenjem otrok in starši prejmejo razumljivo in temeljito pojasnilo o cepljenju.
- Sledi pregled otroka in ustrezne dokumentacije (cepilni status in vzrok cepljenja pod nadzorom – ustrezno ukrepamo in damo antihistaminik pred cepljenjem).
- Pripravimo cepivo (vzamemo ga iz hladilnika, pregledamo in ustrezno raztopimo).
- Pripravimo potreben material: 1 igla za raztapljanje, 1 igla za vbrizganje, zloženci in alkohol.
- Pripravimo mesto cepljenja (ga razkužimo in počakamo, da se posuši).
- Otroka slečemo, damo v ustrezen položaj ali ga vzamemo v naročje.
- Cepimo lahko intramuskularno, subkutano, intradermalno ali damo per os, odvisno od cepiva (cepi zdravnik).
- Cepivo dokumentiramo v cepilno knjižico (dan cepljenja, serijo cepiva, rok uporabe, količino cepiva, mesto vboda, proizvajalca cepiva in cepitelja), na temperaturni list in v zvezek cepljenj.
- Otroek mora počakati po cepljenju še vsaj 2 uri na oddelku, v primeru resnejših pričakovanih reakcij pa ostane cel dan.
- V primeru hujše sistemske alergijske reakcije, ki se razvijejo v večini 20 minut po cepljenju, se upoštevajo ukrepi ob anafilaksiji: pregled odzivnosti, temeljni postopki oživljanja, sprostitvev dihalne poti, preverjanje spontanega dihanja, krvnega obtoka in zavesti, priklop na monitor, intramuskularno se aplicira Adrenalin (1mg/ml), po potrebi dodatek kisika, nastavi se intravenski kanal, infuzija fiziološke raztopine 20ml/kg v 30 minutah, lahko tudi kristaloide, damo tudi antihistaminik in glukokortikosteroid po navodilih zdravnika.

VREDNOTENJE

Starši so dobro informirani o cepljenju, ki je potekalo brez težav.

Zaključek

Cepljenja so prinesla ogromno zdravstveno korist tako posamezniku kot vsemu človeštvu. Mnogih nalezljivih bolezni, zaradi katerih so ljudje včasih zbolevali, postali invalidi ali celo umirali, danes ni več. Zelo pomembna je dobra komunikacija med zdravnikom, cepljeno osebo oziroma starši, pri čemer se upošteva spoštovanje, razumljive informacije in nasveti, natančna navodila in pohvale (Kraigher, et al., 2011).

Pri cepljenju ima medicinska sestra pomembno vlogo, saj skrbi za hladno verigo cepiv, naročanje pacientov, oskrbo pacienta med cepljenjem in ustrezno dokumentiranje in vodenje cepilnega statusa otrok. Hkrati pa se tudi nenehno izpopolnjuje o novostih in sodeluje na izobraževanjih.

Literatura

Kraigher, A., Ihan, A. & Avčin T., 2011. *Cepljenje in cepiva-dobre prakse varnega cepljenja*. Ljubljana: Sekcija za preventivno medicino SZD: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD: Inštitut za varovanje zdravja.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019. O nalezljivih boleznih in zaščiti pred njimi. Available at: <https://www.nijz.si/sl/o-nalezljivih-boleznih-in-zasciti-pred-njimi-0> [5.2.2020]



VARNA APLIKACIJA CEPIVA - STROKOVNE SMERNICE IN PRIPOROČILA PROIZVAJALCA

Doroteja Dobrinja, dipl. m. s.
Zdravstveni dom Koper, Otroško šolski dispanzer
doroteja.dobrinja@gmail.com

Izvleček

Aktivnost cepljenja predstavlja majhnim otrokom največkrat prvo bolečino s katero se v svojem mladem življenju srečajo. Medicinskim sestram pa povsem običajen poseg, ki ga dnevno večkrat izvedejo. Pri pogovoru znotraj skupine medicinskih sester, ki cepljenje vsakodnevno izvajajo, je bilo ugotovljeno, da obstajajo razhajanja in, da ni enotnih navodil. Po pregledu domače in tuje literature ter nekaterih kliničnih poti in strokovnih smernic, na podlagi z dokazi podprtimi ugotovitvami, lahko oblikujemo enotno vodilo. Potrebno je, da se aktivnost cepljenja v prvi vrsti izvaja za otroka varno, ne smemo pa zanemariti zmanjševanja bolečine. Smiselno bi bilo tudi ugotavljanje prakse v slovenskem prostoru in oblikovanje nacionalnega protokola.

Ključne besede: cepljenje, standard, intramuskularna aplikacija, otrok

Abstract

Vaccination activity is usually the first painful experience in a child's early life. However, it's quite common for nurses to perform vaccination several times a day. Interviews conducted within a group of nurses practicing vaccinations on a daily basis revealed divergences and a lack of uniform instructions. After reviewing the domestic and foreign literature, as well as some clinical pathways and professional guidelines, a single guideline can be drawn from evidence-based writings. Vaccination should first and foremost be carried out with the child's safety in mind but minimizing pain should not be neglected. It would also make sense to find out the different practices used in Slovenia and to formulate a nationwide protocol.

Keywords: vaccination, standard, intramuscular application, child

Uvod

Ena v praksi najbolj uporabljenih aktivnosti izvajalcev v pediatrični zdravstveni negi na primarnem nivoju, ki istočasno predstavlja invaziven, boleč poseg je cepljenje otroka v njegovih različnih starostnih obdobjih. Že s pogovorom med medicinskimi sestrami, ki aktivnost vsakodnevno opravljajo, v različnih ustanovah v slovenskem prostoru, ugotovimo, da se izvajanje razlikuje in ni enakega pristopa in pogleda na samo izvedbo posega. Prav tako so navodila, ki so cepivu priložena zelo skopa z informacijami, oziroma vsebujejo zgolj nekatere osnovne napotke.

Namen prispevka je pregled navodil priloženih cepivu, obstoječe literature, strokovnih smernic in pridobitev informacij o poteku aktivnosti cepljenja drugod po svetu. V nadaljevanju bo izpostavljena izključno aktivnost samega cepljenja, oziroma vbrižganja cepilne učinkovine v človeško telo.

Metode

V slovenskem prostoru poznamo tri načine parenteralnega dajanja cepiva: intradermalno, subkutano in intramuskularno, cepivo pa dajemo še per os. V tujini se poslužujejo še aplikacije cepiva preko nosu. Preden pogledamo posamezno parenteralno aplikacijo, pa je potrebno izpostaviti tri trenutke, pri katerih največkrat prihaja do razhajanj:

- razkuževanje vbodnega mesta
- odstranjevanje zračnega mehurčka v brizgi
- aspiracija pred aplikacijo cepiva.



Če pričnemo pri slovenskih avtorjih, je v vodilni publikaciji, ki zajema osnovne, zelo natančne napotke (Kraigher, et al., 2011) navedeno:

»Pred cepljenjem ni nujno:

- odstraniti zračnih mehurčkov v napolnjeni brizgi, če pa jih želimo odstraniti, to storimo previdno, še preden na brizgo natakne iglo, da ne bi izgubili cepiva,
- očistiti cepilnega mesta,
- aspirirati med dajanjem cepiva, saj praktično ni nevarnosti za poškodbo večje arterije.«

V spodnji tabeli (Tabela 1) je predstavljena vsebina navodil, ki so dodana posameznemu cepivu. Navodila največkrat določajo način ter mesto aplikacije. Pri večini je še posebej dodano opozorilo, da cepivo ne sme biti dano v žilo. Ostali koraki aplikacije cepiva, med katere spadajo zgoraj naštet, so prepuščeni posameznemu izvajalcu.

cepivo	način aplikacije	mesto aplikacije	posebnosti
TBC	intradermalno	zunanja zgornja tretjina nadlakti leve rame	
Pentaxim	intramuskularno	sprednji (anterolateralni) predel stegna, srednja tretjina	cepiva se ne sme injicirati v žilo
Hexacima	intramuskularno	v zgornji del otrokove noge ali nadlahti.	cepivo ne bo nikoli dano v žilo ali pod kožo.
Priorix	subkutano ali intramuskularno	nadlaht ali zunanji predel stegna	cepiva se v nobenem primeru ne sme injicirati v žilo
Prevenar	intramuskularno	anterolateralni del stegna pri dojenčkih in deltoidna mišica na nadlahti pri malih otrocih	
Encepur	intramuskularno	nadlaht, mišica Deltoideus ali v anterolateralni del stegna (odvisno od mišične mase)	cepivo se ne sme aplicirati v žilo, če je cepivo pomotoma injicirano v žilo, obstaja tveganje neželenih učinkov, v skrajnih primerih šok
Vaxigrip Tetra	subkutano ali intramuskularno		tega cepiva ne smete injicirati neposredno v krvno žilo
Bexsero	globokimo intramuskularno	pri dojenčkih prednostno v anterolateralno področje stegna, pri starejših prejemnikih pa v področje deltoidne mišice nadlahti	cepiva ne smete injicirati intravensko, subkutano ali intradermalno

Tabela 1: Povzetek vsebin v navodilih priloženih cepivu



vir	razkuževanje mesta vboda	odstranitev zračnih mehurčkov iz brizge	aspiracija pred vbodom
Addison & McGuire, Administration of injected vaccines- correct technique 2019	ni potrebno		ni potrebno
Administration of vaccines, Australian Government Department of Health 2019	ni potrebno	odstranitev priporočena pri rekonstruiranih cepivih	ni potrebna
Guidelines on the Administration of Intramuscular and Sub-cutaneous injections 2017	ni potrebno	ni navedeno	ni potrebna
Immunization Training Guide & Practice Procedure Manual, American Academy of Pediatrics, 2017	ni navedeno	ni navedeno	ni potrebna
New Zealand Immunisation Handbook 2014,	možno – potrebno počakati, da se razkužilo posuši 30 sek	ni navedeno	ni potrebna
Public Health England, Immunisation Procedures: The Green Book, 2013	ni potrebno	ni navedeno	ni potrebna
Standard for the Administration of Immunizations, Alberta Health Services Canada, 2020	potrebno, počakati, da se razkužilo posuši	odstranitev priporočena pri rekonstruiranih cepivih	ni potrebna
The Australian Immunization Handbook, 2018	ni potrebno	ni navedeno	ni potrebna
WHO best practices for injections and related procedures toolkit March 2010	ni potrebno	ni navedeno	ni potrebna

Tabela 2: Podatki navedeni v pregledani literaturi

Zgornja tabela (Tabela 2) predstavlja nekatera besedila, ki so del standardov v drugih državah in članke, ki so bili pridobljeni s pomočjo podatkovnih baz PubMed, Web of Science, Google Scholar, Cochrane. Uporabljene besede pri iskanju so bile cepljenje, standard, intramuskularna aplikacija, otrok, število najdenih člankov je presegalo 1000. Pri omejitvi letnice nastanka na 2013, se je število najdenih prispevkov znatno zmanjšalo na 77. Vendar vsebinsko niso vsi odgovarjali, ker je po večini bila predstavljena razlika med različnimi mesti vboda in ne sam postopek cepljenja. Ponekod so navedeni nekoliko starejši prispevki, saj za obravnavo tematike, sodobnejših ni bilo na voljo.



V zgoraj naštetih, od katerih so nekateri nacionalne smernice za cepljenje, zadnji po vrsti pa je bil izdan s strani Svetovne zdravstvene organizacije, so po večini aktivnosti v sklopu cepljenja primerljive.

Razkuževanje je kot del standarda navedeno samo v Kanadskem prostoru, v Novi Zelandiji, pa ga ponujajo kot možno opcijo, vendar ne obvezno.

Odstranjevanje zračnih mehurčkov ni posebej opredeljeno, razen v kanadskih (Our Lady's Children's Hospital Crumlin, 2017; Alberta Health Services, 2020) in avstralskih navodilih (Australian Government Department of Health, 2019), kjer se odstranjevanje zahteva pri cepivih, ki jih rekonstruiramo tik pred uporabo, pa tudi pri pred pripravljenih, kjer opazimo večji mehurček zraka.

Prav v vseh primerih pa je odsvetovana aspiracija po vbodu pri intradermalnem, subkutanem in intramuskularnem dajanju cepiva, kljub temu, da je v vseh priloženih navodilih proizvajalcev navedeno, da cepivo ne sme biti aplicirano v žilo.

Schellekens (2002, 2003) nazorno opisuje razlog neustreznosti aplikacije cepiva v žilo, saj v tem primeru sploh ne pride do ustreznega imunskega odgovora na cepivo, poleg tega lahko povzroči anafilaktično reakcijo ali alergijo. V naslednjem članku (Ramsay, 2005) pa opisuje usodno odpuved dihal pri živalih po aplikaciji cepiva v žilo.

Ipp in sodelavci (2007) celo navajajo raziskavo, kjer so primerjali standardni postopek cepljenja, ki vključuje aspiracijo, počasnejšo aplikacijo in zaščito vbodnega mesta, s sodobnejšo tehniko brez aspiracije, hitro aplikacijo in hitro zaščito vbodnega mesta (brez daljšega pokrivanja oziroma lepljenja), v kateri so ugotovili, da je slednji postopek za otroka znatno manj boleč. Našteto je potrdil tudi Taddio s sodelavci (2016).

Prav zato je potrebno izbrati pravilno mesto aplikacije, ki onemogoča poškodbo tkiva, živca ali žile. Pred leti so intramuskularne injekcije vbrizgavali v dorzoglutealni predel. Izkazalo se je, da to mesto ni primerno zaradi povečanega tveganja za poškodbo ishiadičnega živca. Lega na trebuhu je za otroka manj prijetna od hrbtne ali sedeče, saj se otrok počuti negotovo in osamljeno, če ne more gledati staršev (Kraigher et al., 2011).

Priprava cepiv

Pravilo 7P naj nam bo vodilo pri celotni aktivnosti dajanja cepiva.

- Pravo cepivo
- Pravi pacient, otrok
- Prava količina, doza
- Pravilen čas: datum in interval med cepljenji
- Pravilno mesto in način dajanja, velikost igle
- Pravilen razlog: ali otrok izpolnjuje vsa merila in je opravičen do cepiva
- Pravilno dokumentiranje (Alberta Health Services, 2020).

Že pred samo pripravo preverimo ustreznost zagotavljanja hladne verige in datum veljavnosti cepiva. Cepivo pred uporabo ogrejemo na sobno temperaturo. Posebna skrb glede sterilne tehnike gre cepivu, ki ga je potrebno pred uporabo rekonstruirati. Vedno uporabimo topilo, ki je cepivu priloženo in ga pripravimo tik pred uporabo. Cepivo, tudi že pred pripravljeno, nato premešamo z vrtenjem v dlani. Preverimo izgled cepiva, barvo, konsistenco. Pri rekonstruiranem cepivu odstranimo večje mehurčke zraka, vendar pazimo, da ne odstranimo cepivo. Nato menjamo iglo, izberemo primerno za aplikacijo, glede na mesto vboda, velikost, starost otroka. Ta del postopka je nujen, saj ostanki cepiva na igli povzročajo večjo lokalno reakcijo, lahko pa tudi pekočo bolečino ob aplikaciji. Že pripravljena cepiva nikoli ne vračamo ponovno v hladilnik. Nikoli ne mešamo različnih cepiv v isti brizgi (Our Lady's Children's Hospital Crumlin, 2017; Alberta Health Services, 2020).



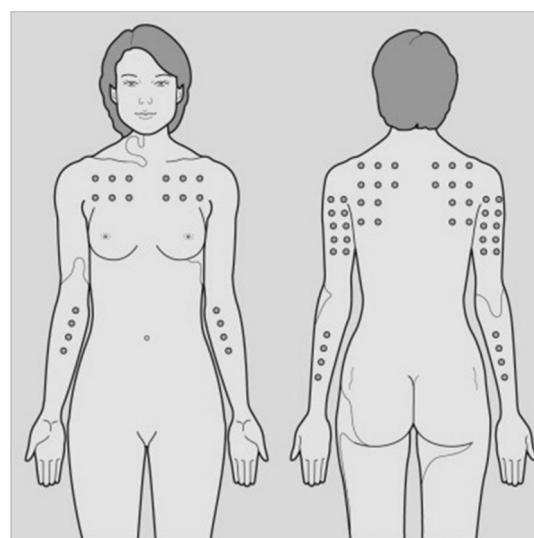
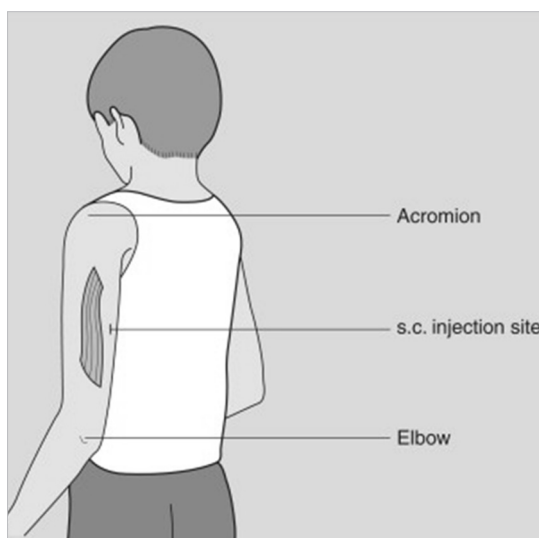
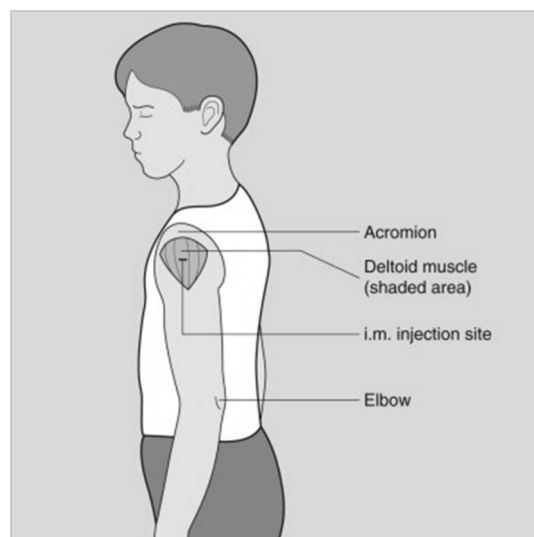
način aplikacije	mesto dajanja	starost otroka	Gauges premer igle	dolžina igle	dovoljena količina učinkovine v isto mesto
intramuskularno pod kotom 90 stopinj glede na kožo	Vastus lateralis	novorojenčki	22 – 25 G	1,6 cm	0,5 – 1,0 ml
		dojenčki		2,2 cm	0,5 – 1,0 ml
		večji otroci		2,5 cm	0,5 – 1,5 ml
		mladostniki, odrasli		2,5 cm – 3,8 cm	0,5 – 2,0 cm
	Deltoid	večji otroci	25 G	1,6 – 2,5 cm	0,5 – 1,0 ml
		mladostniki, odrasli		2,5 – 3,8 cm	0,5 – 2,0 cm
subkutano pod kotom 45 stopinj glede na kožo	v predelu Tricepsa, zgornji zunanji predel nadlahti, do 12. meseca starosti v predelu Vastus lateralis		25 G	1,6 cm	0,5 – 1,0 ml
intradermalno pod kotom 5 - 15 stopinj glede na kožo	zgornja tretjina nadlahti		26 – 27 G	0,9 – 1,6 cm	0,1 ml

Tabela 3: Način aplikacije in mesto dajanja cepiva, velikost igle, (Alberta Health Services, 2020);

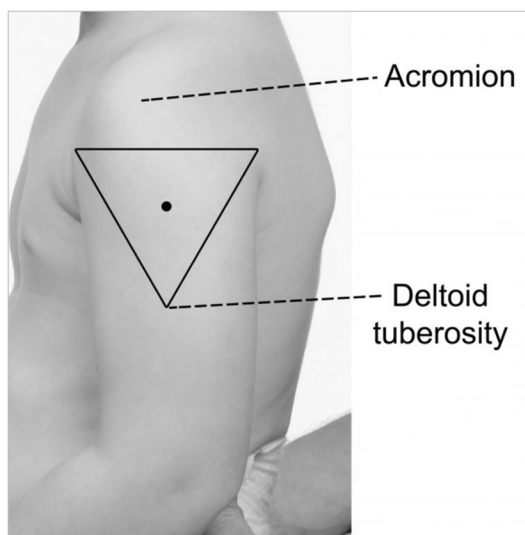
Mesto aplikacije

Posamezno cepivo apliciramo vsako v drug ud. Če se držimo standardnih mest aplikacije cepiva, brez težav ugotovimo katero cepivo je povzročilo lokalno reakcijo. V primeru, da je potrebno aplicirati več cepiv v isto mesto oziroma mišico, mora biti med dvema ubodoma vsaj 2,5 cm razdalje. Pomembna je uporaba igle ustrezne velikosti. Na ta način se zagotovi dajanje cepiva v pravilno tkivo, kar zmanjša možnost pojava lokalnih reakcij in zagotavlja ustrezno delovanje cepiva. Pri intramuskularni aplikaciji cepiva otrokom, je priporočljivo rahlo stisniti tkivo med palec in kazalec, kar prepreči poškodbo kosti z iglo. Prekratka igla, ki ne doseže mišičnega tkiva in je cepivo nepravilno dano v podkožno tkivo, lahko povzroči absces. Aspiracija ni potrebna, vendar v primeru, da opazimo kri v igli oziroma brizgi, brizgo s cepivom nemudoma odstranimo, zavržemo in postopek ponovimo. Cepivo enakomerno vbrizgavamo 1 - 2 sekundi. Nato iglo previdno, vendar hitro odstranimo. Na mesto vboda postavimo sterilno obliž, katerega ni priporočljivo lepiti. Tudi kasnejše odstranjevanje obliža lahko pri otroku povzroči bolečino. Postopek ustrezno dokumentiramo. (Our Lady's Children's Hospital Crumlin, 2017; Alberta Health Services, 2020).





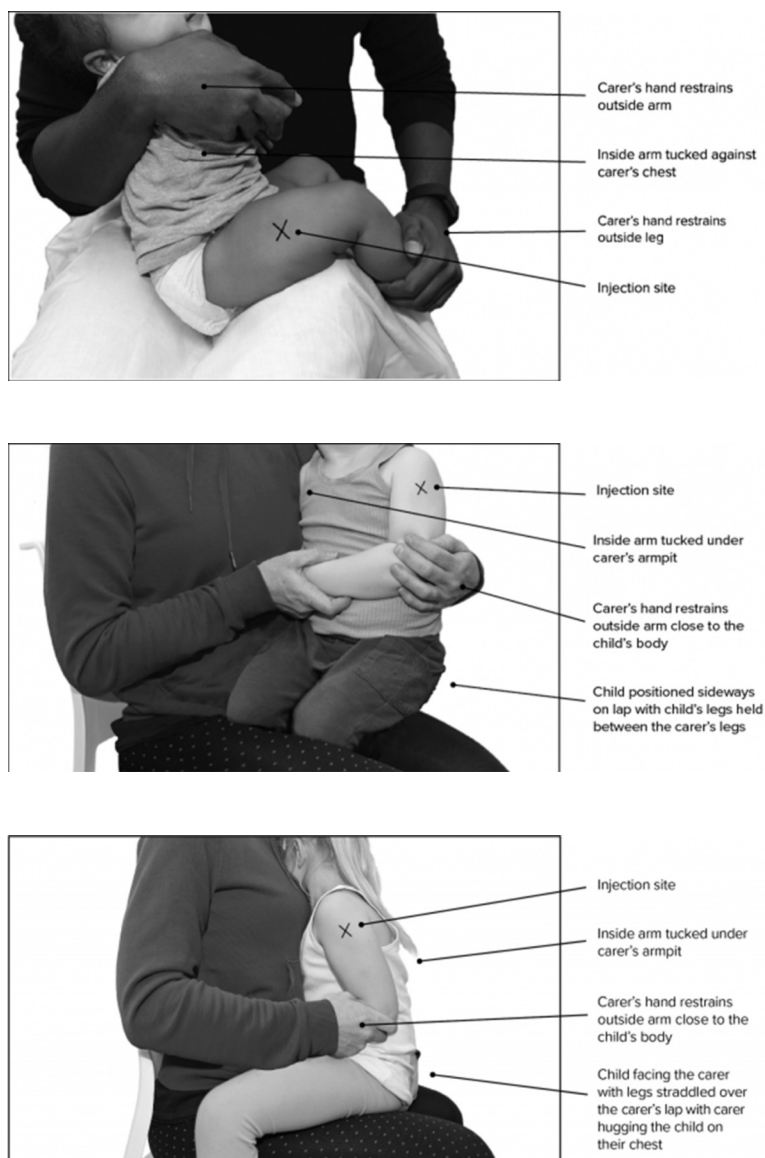
Možna mesta intradermalne aplikacije
Slike 1-4: Mesta aplikacije (Rendi-Wagner & Kollaritsch, 2008)



Slike 5 in 6: Izbira cepilnega mesta (Addison & McGuire, 2019)



Položaj med dajanjem cepiva



Slike 7-9: Položaji med dajanjem cepiva, (Australian Government Department of Health, 2019)

Zmanjšanje bolečine

Kot že povedano, je za otroka najpomembneje, da aktivnost cepljenja izvajamo varno. Ne smemo pa pozabiti na zagotavljanje ustreznih pogojev, predvsem pa uporabimo vse naše znanje in sposobnosti, da je cepljenje za otroka čim manj boleče in neprijetno. Izvajalci cepljenja skupaj s starši skrbniki otrok lahko zato, da je cepljenje za otroka čim manj boleče in neprijetno uporabimo nekatere pristope. Te opredeljujejo naslednji dejavniki:

- **Fizični:** položaj otroka naj omogoča očesni kontakt s starši. Otroka ne dajemo v ležeči položaj, v sedečem, ga lahko starši objamejo in stisnejo k sebi. Pri mlajših otrocih, cepljenih v bolnišnici lahko izvedemo kenguru metodo – koža na kožo in v takem položaju cepimo. Protibolečinsko deluje dojenje med samo aktivnostjo cepljenja, ne samo zaradi stika z mamico, temveč ugodno vpliva preusmeritev pozornosti (otrok sesa), pa tudi sladek okus mleka, ki povzroči zmanjšanje bolečine in sprostitvev otroka. Raziskave so pokazale, da ni nevarnosti aspiracije, bruhanja ali sprememb v dihanju med samim posegom. Namesto dojenja se lahko poslužimo mlečne formule. Sesanje dude ravno tako deluje sproščujoče in zmanjša dojemljivost bolečine.



- Izvedba: aspiracije ne izvajamo, saj podaljša izvajanje cepljenja in povečuje bolečino. Vrstni red cepiv – vedno apliciramo najprej manj boleča cepiva. Posebej navedeno velja za aplikacijo Rotarix cepiva kot prvo. Povrh vsega je še sladkega okusa.
- Psihični: lahko uporabimo besedno zaporedje za preusmeritev pozornosti predvsem pri večjih otrocih, npr: ena, dva, tri, to me nič ne boli. Predvsem pa otrokom ne lažemo, temveč povemo, da bo neprijetno, vendar nič hudega. Pomemben je tudi odnos, ki ga pokažejo starši in njihove sposobnosti pomiriti otroka. Pri tem smo jim medicinske sestre lahko v veliko pomoč. Lahko se poslužujemo preusmeritve pozornosti, gledanja risank, uporaba igrače, pihanje balonov, petje..
- Farmakološki: Uporaba sladke tekočine, ki jo otrok spiše 1 do 2 minuti pred cepljenjem. Lahko uporabimo anestetično kremo (Emla) s katero namažemo mesto uboda po navodilih proizvajalca.
- Za ustrezno izvajanje vsega naštetega je predvsem pomembno znanje izvajalcev cepljenja o ukrepih, ki pomagajo pri obvladovanju bolečine in sodelovanje ter edukacija staršev otrok (Farinde & Windle, 2020; Alberta Health Services, 2020; Shepherd, 2018).

Zaključek

Zgornji prispevek je nastal zaradi nekaterih vprašanj, ki se nam porajajo med vsakdanjim delom. S pomočjo pregledanih sodobnih svetovnih smernic in prispevkov lahko že zarišemo okvir varnega in pravilnega dajanja cepiva. Vendar pa v slovenskem prostoru v različnih ustanovah delujemo nekoliko različno, mogoče tudi zaradi pomanjkljivih navodil proizvajalca. Po drugi strani, pa je parenteralna aplikacija učinkovin ena osnovnih aktivnosti medicinskih sester, ki jo je smiselno poenotiti. Za to je najprej potreben pregled stanja in nato oblikovanje slovenske smernice ali nacionalnega protokola.

Literatura

Addison, M. & McGuire, R., 2019. Administration of injected vaccines- correct technique. The Melbourne Vaccine Education Centre. Available at: <https://mvec.mcri.edu.au/immunisation-references/administration-of-injected-vaccines-correct-technique/> [28.02.2020].

Alberta Health Services, 2020. Standard for the Administration of Immunizations. Canada. Available at: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/cdc/if-hp-cdc-ipsm-standard-administration-immunization-06-100.pdf> [1.2.2020].

American Academy of Pediatrics, 2017. Immunization Training Guide & Practice Procedure Manual. Available at: https://www.aap.org/en-us/Documents/immunizations_training_guide.pdf [29.02.2020].

Australian Technical Advisory Group on Immunisation (ATAGI), 2018. Australian Immunisation Handbook. Canberra: Australian Government Department of Health. Available at: <https://www.immunisationhandbook.health.gov.au>. [20.02.2020].

Australian Government Department of Health, 2019. Administration of vaccines. Available at: <https://immunisationhandbook.health.gov.au/vaccination-procedures/administration-of-vaccines> [28.02.2020]

Beirne, P.V., Hennessy, S., Cadogan, S.L., Sheily, F., Fitzgerald, T., MacLeod, F., 2015. Needle size for vaccination procedures in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6.



Farinde, A. & Windle, M., 2020. Vaccinations – Infants and Children. Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/2172012-overview> [28.02.2020].

Government of Canada, 2017. Vaccine administration practices: Canadian Immunization Guide. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-1-key-immunization-information/page-8-vaccine-administration-practices.html#syringe> [20.02.2020].

Ipp, M., Taddio, A., Sam, J., Gladbach, M., Parkin, D.C., 2007. Vaccine-related pain: randomized controlled trial of two injection techniques. *Arch Dis Child*, 92, pp. 1105-8; PMID:17686797

Kraigher, A., Ihan, A. & Avčin, T., 2011. Cepljenje in cepiva - dobre prakse varnega cepljenja. A. Kraigher, et al., eds. Ljubljana : Sekcija za preventivno medicino SZD : Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD : Inštitut za varovanje zdravja.

Ministry of Health. 2014. Immunisation Handbook 2014. New Zealand, Wellington: Ministry of Health.

Our Lady's Children's Hospital Crumlin, 2017. Guidelines on the Administration of Intramuscular and Sub-cutaneous injections. Available at: <file:///C:/Users/Uporabnik/Desktop/Intramuscular-and-Sub-Cutaneous-Injections-.pdf> [29.02.2020].

Public Health England, 2013. *Immunisation Procedures: The Green Book, Chapter 4*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/147915/Green-Book-Chapter-4.pdf [29.02.2020].

Ramsay, J.D., Williams, C.L., Simko, E., 2005. Fatal adverse pulmonary reaction in calves after inadvertent intravenous vaccination. *Vet Pathol*, 42(4), pp. 492–5.

Rendi-Wagner, P. & Kollaritsch, H., 2008. Principles of Immunization in Travel Medicine (Second Edition).

Schellekens, H., 2002. Immunogenicity of therapeutic proteins: clinical implications and future prospects. *Clin Ther*, 24(11), pp. 1720–40.

Schellekens, H., 2003. Immunogenicity of therapeutic proteins. *Nephrol Dial Transplant*, 18(7), pp. 1257–9.

Shepherd, E., 2018. Injection technique1: administering drugs via the intramuscular route. *Nursing Times* [online], 114(8), pp. 23-25. Available at: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/assessment-skills/injection-technique-1-administering-drugs-via-the-intramuscular-route-23-07-2018/> [29.02.2020].

Taddio, A., Wong, H., Welkovich, A., Ilersich, A., Cole, M., Goldbach, M., Ipp, M., 2016. A randomized trial of the effect of vaccine injection speed on acute pain in infants. *Vaccine*, 34, (39), pp. 4672-4677.

WHO, 2010. Best practices for injections and related procedures toolkit. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44298/9789241599252_eng.pdf;jsessionid=75171E1B0880CC5466B9A2052B8AC1EC?sequence=1 [20.02.2020].



INVAZIVNA MENINGOKOKNA BOLEZEN SKUPINE B (pojavnost, simptomi, preventiva)

Saša Fras, dipl. m. s.
Zoran Simonović, dr. med., spec. javnega zdravja
NIJZ OE Maribor, DS za nalezljive bolezni
Sasa.Fras@nijz.si

Izveček

Meningokokno bolezen povzroča bakterija *Neisseriameningitidis*, ki jo imenujemo tudi meningokok. Obstaja več seroloških skupin, med njimi so najpogostejše A, B, C, Y, W135. Največkrat povzročijo vnetje možganskih ovojnic ali meningitis. Nosilci bakterije običajno nimajo težav in jo nevede nosijo v nosno-žrelnem predelu. Okužbo zdravimo z antibiotično terapijo. Pojavlja se praktično povsod po svetu. Pojavnost je veliko višja v subsaharski Afriki, kot v Evropi. Možnost za razvoj bolezni se znižuje s starostjo, vendar pa obstajajo skupine prebivalstva, ki so bolj ogrožene, kot na primer bolniki s pomanjkanjem komplementa inaspleniki. Bolezen je huda in naglo napreduje, tako lahko smrt nastopi že nekaj ur od pojava simptomov, če zdravljenje ni pravočasno. Prenos meningokoka je kapljični. Najpogostejši znaki meningokokne okužbe so visoka temperatura, glavobol, bruhanje, zmedenost in motnje zavesti. V Sloveniji je bilo med leti 2015 in 2019 zabeleženih 68 primerov meningokoknega meningitisa, od tega je v 32 primerih bil povzročitelj meningokokseroskupine B. Diagnoza se postavi v laboratoriju in je postavljena, ko se izolira meningokok iz likvorja, oz. drugega sterilnega mesta. Ob sumu na meningokokno bolezen mora zdravnik nemudoma obvestiti pristojno epidemiološko službo, saj je v primeru potrjene diagnoze potrebno obravnavati tudi tesne kontakte, z namenom zaščite in preprečitve nadaljnega širjenja. Proti meningokokni bolezni so na voljo varna in učinkovita cepiva.

Ključne besede: meningokokna bolezen, meningokokni meningitis, meningokoknacepiva

Uvod

V pripravljnem prispevku je predstavljena meningokokna bolezen, ki jo povzroča bakterija *Neisseriameningitidis*, kot tudi simptomi, prepoznavanje in ukrepanje ob sumu na okužbo s to bakterijo. Predstavljeni so podatki o obolevnosti za Slovenijo in možnosti za zaščito pred okužbo s cepljenjem. Namen prispevka je predstaviti pojavnost, simptome in možnost preventive pri meningokoknem meningitisu.

Cilji prispevka so:

- seznanitev s povzročiteljem bakterijo *Neisseriameningitidis*
- prepoznavanje znakov bolezni
- predstavitev možnosti zaščite.

Povzročitelj

Meningokokni meningitis je huda nalezljiva bolezen, ki jo povzročajo gram-negativna bakterija, *Neisseriameningitidis*. Bakterije *Neisseriameningitidis* so glede na imunološko reakcijo kapsularnih polisaharidov razdeljene v različne serološke skupine. Seroskupine A, B in C povzročajo več kot 90% primerov v svetu. V Evropi sta najpogostejši seroskupini B in C, medtem ko v Afriki prevladuje seroskupina A. Človek (bolnik ali prenašalec) je edini rezervoar *Neisseriameningitidis*. Glavni vir okužbe je običajno zdrav nosilec, ki sam ne zboli (Vuzem et al., 2019).



Inkubacijska doba in potek bolezni

Inkubacija gnojnega meningitisa je običajno kratka in je odvisna od vrste povzročitelja. Pri meningokoknem meningitisu traja 2-10 dni (Tomažič, et al., 2014). V tem času prodrejo meningokoki v kri in krožijo po telesu. Tako se naselijo tudi v možganskih ovojnicah, kjer povzročajo gnojno vnetje. Bolezen običajno začne zelo naglo. Bolniku se lahko v nekaj urah stanje zelo poslabša. Temperatura zelo naglo naraste do 39 stopinj Celzija in več, prisoten je močan glavobol, bruhanje, trd vrat in mrzlica. Včasih je bolnik že po nekaj urah nezavesten. Na koži se lahko pojavi izpuščaj v obliki drobnih podkožnih krvavitev. Posebno huda oblika je meningokokna sepsa, ki se začne zelo hitro, bolnikovo stanje se slabša iz ure v uro. Za okužbo so najbolj dovzetni majhni otroci in mladostniki (NIJZ, 2015).

Obdobje kužnosti in dovzetnost

Kužnost bolnika traja, dokler so v izločkih nosu in ustne votline prisotne žive bakterije meningokoka. Med prebivalci se lahko pojavlja 5 - 10% asimptomatskih nosilcev s kolonizacijo *N. meningitidis* v nosno-žrelnem prostoru. Meningokoke v nosno-žrelnem prostoru običajno uničimo že v prvih 24 urah po uvedbi antibiotičnega zdravljenja. Dovzetnost za bolezen je nizka in se zmanjšuje s starostjo. Potniki, ki potujejo v države, kjer se meningokokni meningitis pojavlja v obliki epidemij, udeleženci Hajj-a, pripadniki vojske in posamezniki s pomanjkljivim delovanjem imunskega sistema (aspleniki, pomanjkanje komplementa), so bolj dovzetni za okužbo z meningokoki. Dovzetnost za okužbo lahko povečajo tudi drugi dejavniki: zelo tesni, dlje časa trajajoči stiki z okuženo osebo, nizki socio-ekonomski status, aktivna ali pasivna izpostavljenost tobačnemu dimu, hkratna okužba zgornjega respiratornega trakta (Vuzem et al., 2019).

Epidemiološka situacija v svetu

Meningokokni meningitis se pojavlja sporadično ali epidemično. V Evropi in Severni Ameriki je incidencameningokokne bolezni višja pozimi in spomladi; v subsaharski Afriki najvišje pojavljanje bolezni zaznavajo v sušnih obdobjih. Največje breme bolezni je v t.i. »afriškem meningokoknem pasu«, ki sega od Senegala do Etiopije – na tem območju se sporadični primeri pojavljajo v letnih ciklikih 1-20/100.000 prebivalcev s periodičnimi izbruhi, običajno povzročeni s serogrupo A, občasno pa tudi s serogrupama C in W-135. V Sloveniji se je incidenčna stopnja meningokokne bolezni v letih 2013-2017 gibala med 0,3 in 1,0/100.000 prebivalcev (Vuzem et al., 2019).

Način prenosa

Prenos povzročitelja je kapljičen, kar pomeni, da se širi z drobnimi kapljicami, ki se iz ust in nosu sproščajo ob kihanju, kašljanju in glasnem govorjenju, ob čemer kapljice prepotujejo razdaljo do enega metra. Zato so za prenos najbolj nevarni zelo tesni, dolgo časa trajajoči stiki z bolnikom ali nosilcem bakterije. Večje tveganje za okužbo imajo osebe, ki so bile v stiku z izločki bolnikovih ust ali nosu, npr. ob uporabi istega jedilnega pribora, posod, kozarcev, so se z bolnikom poljubljale (če so se poljubile samo na prijateljski način - usta na lice, je verjetnost prenosa zelo majhna, tvegano poljubljanje za prenos meningokoka je, ko se stikata ustni sluznici), zdravstveno osebje, ki je prišlo v tesnejši kontakt z bolnikom (oživljanje, umetno dihanje, intubacija) brez ustrezne osebne varovalne opreme, sošolci v šoli in vrtcu, s katerimi je bil oboleli v tesnejših socialnih stikih in najbližji prijatelji, vojaški kolektivi in otroci ter mladostniki v internatih - predvsem tisti, ki spijo v istem prostoru. Glavni vir okužb je običajno zdrav nosilec, ki ponavadi sam ne zboli (NIJZ, 2015).

Simptomi bolezni

Večina bolnikov z gnojnim meningitisom ima vročino in glavobol. Nekateri tožijo zaradi fotofobije s slabostjo in bruhanjem. Hitro se pojavijo znaki, kot so nemir, zmedenost in motnje zavesti, ki se sprva kažejo kot zaspanost in se lahko v nekaj urah stopnjujejo do kome (Tomažič, et al., 2014). Klasična klinična triada (vročina, otrplost zatilja in spremenjena zavest) je prisotna pri manj



kot polovici bolnikov, vendar pa sta pri 95% prisotna vsaj dva izmed naštetih znakov oziroma vsaj eden pri vseh. Pri meningokoknem meningitisu so poleg naštetega značilne še petehialne krvavitve po koži. Izpuščaj je pogostejši pri otrocih in mlajših odraslih. Posebna skupina bolnikov so novorojenčki, pri katerih so klinični znaki gnojnega meningitisa pogosto neznačilni. Poleg vročine so v ospredju zaspanost, dihalna stiska, zlatenica, razdražljivost, apatičnost ali motnje zavesti (Tomažič, et al., 2014).

Postavitev diagnoze in zdravljenje

Ob sumu na gnojni meningitis, je potrebno bolnika takoj napotiti v bolnišnico, kjer bolnika izolirajo (kapljična izolacija) in mu naredijo lumbalno punkcijo, punktata pošljejo v laboratorij. Bolezen zahteva hitro prepoznavo, ki temelji na klinični sliki in laboratorijski preiskavi možganske tekočine (likvorja). Osamitev bakterije pa je pogosto neuspešna pri bolnikih, ki so predhodno že bili zdravljeni z antibiotiki (NIJZ, 2015).

Obravnava bolnika

a) ZDRAVNIK, KI OBRAVNAVA BOLNIKA

Napotitev v bolnišnico in izolacija bolnika

Bolnika s sumom na meningokokno bolezen napotimo v bolnišnico in izoliramo. Po postavitvi klinične diagnoze in odvzemu kužnin začnemo z antibiotičnim zdravljenjem in bolnika izoliramo vsaj 24 ur.

Prijava

Kadar zdravnik postavi sum na meningokokno bolezen, mora o tem takoj, oziroma v treh do 6 urah obvestiti pristojno epidemiološko službo.

Prijava epidemiološki službi mora biti podana najmanj v 3 urah po postavitvi suma, saj meningokok spada v prvo skupino pravilnika o prijavi nalezljivih boleznih in posebnih ukrepih za njihovo preprečevanje in obvladovanje.

b) EPIDEMIOLOG

Zbiranje informacij o bolniku

Pri lečečem zdravniku, ki je prijavil sum na meningokokno bolezen, epidemiolog opravi osnovno epidemiološko poizvedovanje. Pacientovi demografski podatki: naslov, datum rojstva, spol, kontaktni podatki, podatki o hospitalizaciji, podatki o prejeti terapiji: vrsta antibiotika, začetek in izid bolezni: ozdravljen brez posledic, ozdravljen s posledicami, umrl (datum smrti) (Vuzem et al., 2019).

Meningokokni izbruh

O izbruhu meningokokne bolezni govorimo takrat, ko imamo v obdobju 3 mesecev 2 ali več potrjenih ali verjetnih primerov, ki so med seboj epidemiološko povezani v gospodinjstvu ali kolektivu.

Ob potrjeni diagnozi pa je potrebno obravnavati tudi tesne kontakte. Kot tesni kontakti se definirajo osebe:

- družinski člani, ki živijo v skupnih prostorih,
- oseba, ki je prišla v stik z izločki iz bolnikovih ust ali nosu (intimno poljubljanje, uporaba istega jedilnega pribora, zobne ščetke ...),
- zdravstveno osebje, ki je bilo pri opravljanju posegov (posebej visoko tveganih, npr. oživljanje, intubacija...) v tesnem stiku z bolnikom brez zaščitne varovalne opreme in sicer v primeru, da so bili ti posegi opravljeni pred začetkom antibiotičnega zdravljenja oz. do 24 ur po začetku zdravljenja bolnika,
- sošolci v šoli/razredu, s katerimi je bil oboleli v tesnejših socialnih stikih in najbližji prijatelji,
- otroci v vrtcu v isti skupini in vsi otroci, ki so bili z obolelim v tesnem stiku (npr. večurno sobivanje v skupnem prostoru),
- dijaki in študenti v domovih, osebe v vojaških kolektivih – tisti, ki spijo v istem prostoru oziroma imajo intenzivne socialne stike.

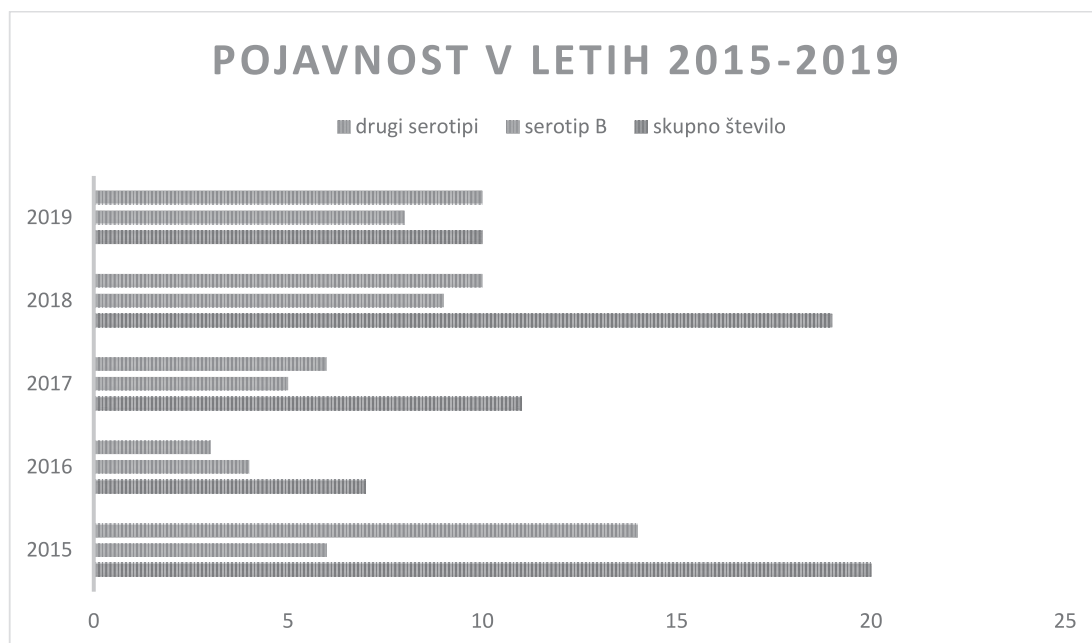


Poiskati je treba vse tesne kontakte, ki so bili v stiku z bolnikom v obdobju 7 dni pred pojavom obolenja in najmanj 24 ur po uvedbi antibiotičnega zdravljenja pri bolniku (ali do 14 dni po začetku obolenja pri bolniku, ki se ne zdravi z antibiotiki) in čim prej pričeti s kemoprofilakso. Odvzem kužnin pri kontaktih ni priporočljiv (Vuzem et al., 2019).

Obolevnost v Sloveniji

V Sloveniji je v letih 2015 in 2019 zbolelo 67 oseb, ki so imeli potrjen meningokokni meningitis. 32 oseb je imelo seroskupino B.

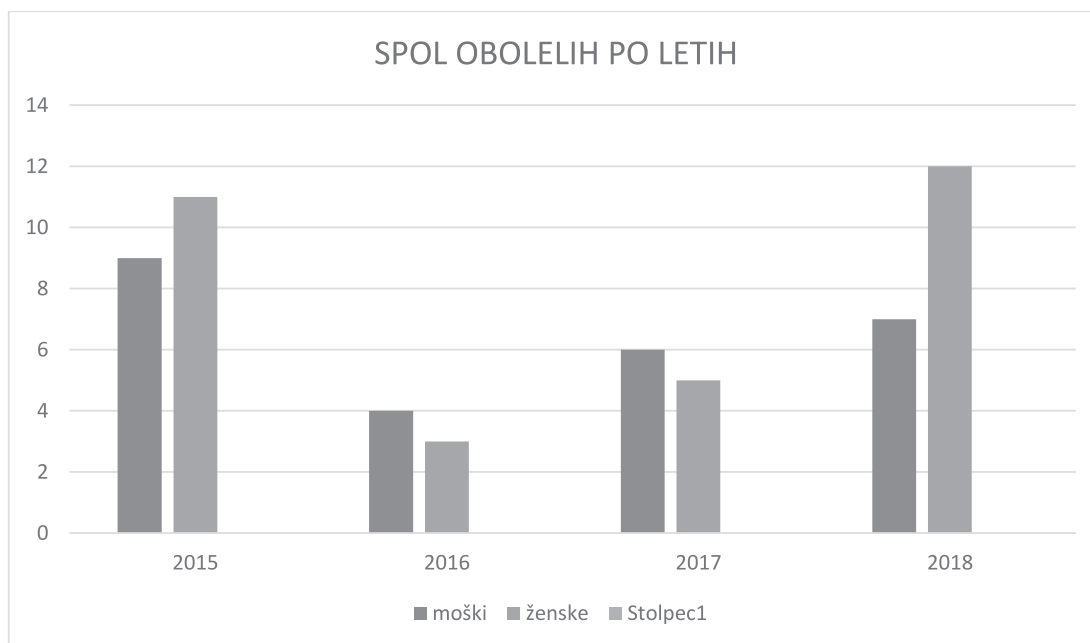
V letu 2015 je bilo prijavljenih 20 primerov (1,0/100.000) invazivnih bolezni (16 potrjenih, 4 možni primeri), povzročenih z bakterijo *Neisseriameningitidis*. Med zbolelimi je bilo devet moških (0,9/100.000) in 11 žensk (1,1/100.000). Skoraj dve tretjini zbolelih (13/20) je bilo mlajših od 5 let (12/100.000). V letu 2016 je bilo prijavljenih 7 primerov (0,3/100.000) invazivnih bolezni, povzročenih z bakterijo *Neisseriameningitidis*. V večini primerov je šlo za meningokokni meningitis. Med zbolelimi so bili štiri moški (0,4/100.000) in 3 ženske (0,3/100.000). Trije bolniki so bili mlajši od 5 let (2,8/100.000), dva sta bila iz starostne skupine 25-34 let, po eden pa iz starostnih skupin 5-14 let in 35-44 let. V letu 2017 je bilo prijavljenih 11 primerov (0,5/100 000) invazivnih bolezni, povzročenih z bakterijo *Neisseriameningitidis*. V večini primerov je šlo za meningokokni meningitis. Med zbolelimi je bilo pet žensk (0,5/100 000) in šest moških (0,6/100 000). Šest bolnikov je bilo mlajših od pet let (5,7/100 000), dva sta bila iz starostne skupine 5–14 let, dva iz starostne skupine 15–24 let in eden iz starostne skupine 55–64 let. V letu 2018 je bilo prijavljenih 19 primerov (0,9/100 000) invazivnih bolezni, povzročenih z bakterijo *Neisseriameningitidis*, 18 od teh je bilo potrjenih, v enem primeru je šlo za verjeten primer. V večini primerov je šlo za meningokokni meningitis. Med zbolelimi je bilo 12 žensk (1,2/100 000) in sedem moških (0,7/100 000). Šest bolnikov je bilo mlajših od 5 let (5,8/100 000), dva sta bila iz starostne skupine 5–14 let, štiri iz starostne skupine 15–24 let, eden iz starostne skupine 25–34 let, dva iz starostne skupine 35–44 let, eden iz starostne skupine 45–54 let ter dva starejša od 65 let. V letu 2019 je bilo prijavljenih 10 potrjenih primerov (Sočan, et al., 2017, 2018, 2019).



Slika 1: Pojavnost meningokoknih meningitisov v letih med 2015 in 2019

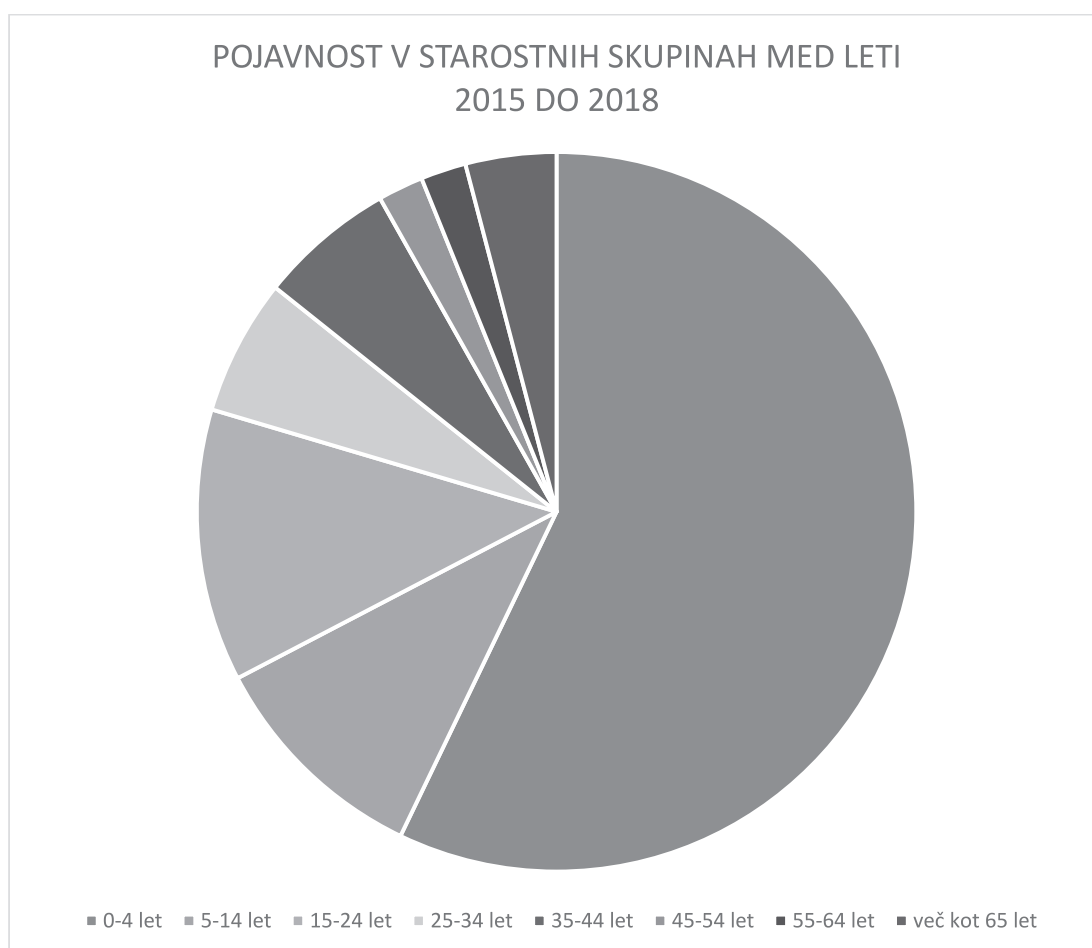
Graf (Slika 1) predstavlja pojavnost meningokoknih meningitisov v letih med 2015 in 2019. Predstavljena je skupna pojavnost in pojavnost seroskupine B pri postavljeni diagnozi meningokokni meningitis.





Slika2: *Obolevnost med leti 2015 in 2018 po spolu*

Zgoraj (Slika 2) je predstavljena obolevnost med leti 2015 in 2018 po spolu, kjer je razvidno, da je za meningokoknim meningitisom zbolelo nekaj več žensk (31), kot moških (26).



Slika 3: *Starostno skupino obolelih*

Graf 3 (Slika 3) predstavlja starostno skupino obolelih, kar potrjuje trditev, da se tveganje za okužbo z meningokokom znižuje, saj je dobra polovica obolelih bila v starostni skupini od 0-4 let.



Preprečevanje meningokokne okužbe s cepljenjem

Meningokoknookužbo lahko uspešno preprečimo s cepljenjem. Cepljenje je varna in učinkovita zaščita. Cepivo proti meningokoku seroskupine A,C,Y,W135 je na tržišču v Sloveniji že dolgo, medtem ko je cepivo proti seroskupini B prišlo na tržišče v Sloveniji leta 2017. Takrat je bilo namenjeno zgolj osebam z anatomsko ali funkcionalno asplenijo in pomanjkanjem komplementa. Januarja 2020 pa je cepivo za seroskupino B postalo širše dostopno. Cepivo, ki ščiti pred seroskupinami A,C,W,Y135 je konjugirano štirivalentno cepivo.

Cepljenje proti meningokoku seroskupine B se opravi z dvema ali tremi odmerki. Število odmerkov se spreminja s starostjo in se upošteva navodila proizvajalca. Cepivo je na voljo za dojenčke od 2 mesecev naprej.

Cepljenje proti meningokoknim okužbam v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja z obema naštetima cepivoma po veljavnem programu cepljenja, pa pripada osebam z asplenijo in pomanjkanjem komplementa.

Diskusija

Predstavljena je bakterija *Neisseriameningitidis* in meningokokni meningitis, ki običajno napreduje izjemno hitro in v nekaj urah privede bolnika do smrti. Povezovanje zdravstvene in epidemiološke službe je ključnega pomena za obvladovanje in preprečitev širjenja meningokoknega meningitisa. Pojavnost sicer ni visoka, zato je potrebno toliko boljše prepoznati simptome bolezni, da se lahko pravočasno ukrepa, postavi diagnoza, prične zdravljenje, ter zaščiti kontaktov.

Potrjeno seroskupino B meningokokne okužbe je imela v Sloveniji v zadnjih petih letih slaba polovica vseh obolelih.

Iz grafa in podatkov je razvidno, da meningokok v veliki večini prizadene mlajšo populacijo in da tveganje za okužbo s starostjo pada, seveda pa ni varne starosti, kjer bi bili pred okužbo varni.

Zaključek

Smiselno bi bilo predstaviti in navezati še raziskave o učinkovitosti cepiva in pogledati precepljenost v Sloveniji ter posledice, ki jih pušča prebolela bolezen. Kljub temu, da je pojavnost meningokoknih okužb relativno nizka, pa je vsaka smrt, ki jo lahko preprečimo, nepotrebna.

Ob dostopnosti učinkovitih in varnih cepiv, bi bilo v prihodnje potrebno razmisliti tudi o vključitvi cepljenja proti meningokoknim okužbam v redni program cepljenja.

Literatura

Kraigher A., et al., 2016. Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2015. Spletna stran NIJZ. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/epidemiolosko_spremljanje_nb_v_letu_2015.pdf. [18.02.2020]

Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2015. Meningokokni meningitis. (posodobljeno 15.06.2015). Available at: <https://www.nijz.si/sl/meningokokni-meningitis>. [20.02.2020]

Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2016. Gnojni meningitis. (posodobljeno 04.04.2016). Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/gnojni-meningitis> [18.02.2020]

Sočan M., et al., 2017. Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2016. Spletna stran NIJZ. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/epidemiolosko_spremljanje_nb_slo_2016.pdf [19.02.2020]



Sočan M., et al., 2018. Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2017. Spletna Stran NIJZ. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/epidemiolosko_spremljanje_nb_v_sloveniji_2017_november2018_1.pdf. [19.02.2020]

Sočan M., et al., 2019. Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2018. Spletna Stran NIJZ. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/epidemiolosko_spremljanje_nalezljivih_bolezni_v_sloveniji_v_letu_2018.pdf. [19.02.2020]

Tomažič, J., et al., 2014. Infekcijske bolezni. Ljubljana. Združenje za infektologijo, Slovensko zdravniško društvo, Ljubljana.

Vuzem S., Frelih, T., Vitek, M., Sočan, M., 2019. Invazivna meningokokna bolezen. Spletna stran NIJZ. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/invazivna_meningokokna_bolezen_-_splet_3.2019.pdf. [18.02.2020]



ODNOS DO CEPLJENJA PRI STARŠIH PREDŠOLSKIH OTROK

Blažka Limonšek, študentka

Faculty of Medicine University Novi Sad

blazka.limonsek@gmail.com

Izvleček

Uvod: Zaradi cepljenja več ni nekaterih bolezní za katerimi so ljudje včasih obolevali in celo umirali. V Sloveniji je cepljenje obvezno, kar posledično zagotavlja visoko stopnjo zaščite za večinski delež prebivalstva. Število staršev, ki cepljenje odvrtaajo pa vseeno narašča ter želijo doseči, da v Sloveniji cepljenje ne bi bilo več obvezno. Namen raziskave je bilo ugotoviti, kako starši ocenjujejo te aktivnosti ter kakšen je njihov odnos do cepljenja. **Metoda:** Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi raziskovanja, metodi deskripcije. Uporabili smo tehniko anketiranja. Za instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na osnovi pregleda literature. Uporabili smo neslučajnostni vzorec, v katerega smo vključili 95 naključno izbranih staršev predšolskih otrok ob obisku osebnega pediatra. Pravilno izpolnjenih je bilo 80 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 84-odstotno realizacijo. Podatki so bili obdelani s programom Microsoft Office Excel 2010. **Rezultati:** Vsi anketirani starši cepijo svoje otroke. Starši zaupajo cepljenju (PV 4,08), menijo, da so cepiva varna in da so bolezní, proti katerim je v Sloveniji obvezno cepiti otroke nevarne (PV 4,22). Večina se je povsem strinjala, da cepljenje preprečuje hude bolezní. Več kot polovica staršev misli, da se bodo ob ukinitvi cepljenja ponovno pojavile izkoreninjene bolezní (PV 4,10). Kar nekaj staršev je mnenja, da je v medijih premalo pozitivnih informacij o cepljenju (PV 2,81), veliko se jih tudi strinja, da je preveč slabih informacij (PV 3,25). 54% anketiranih staršev je bilo strah stranskih učinkov po cepljenju, 26% tega strahu ni imelo (PV 3,26). 91% staršev je se povsem strinjalo, da bi tudi ob neobveznem cepljenju cepili svojega otroka. **Razprava:** Ugotavljamo, da imajo starši predšolskih otrok, ki so bili vključeni v raziskavo pozitivna stališča do obveznega cepljenja. Anketirani starši so svoje otroke cepili. Starši menijo, da je v medijih premalo pozitivnih informacij, da so cepiva varna ter, da bi svoje otroke cepili tudi, če cepljenje ne bi bilo obvezno.

Ključne besede: obvezno cepljenje, stališče do cepljenja, pomen cepljenja

Uvod

Cepljenje spada med največje uspehe v zgodovini. Osnovna ideja cepljenja se je porodila iz opazovanja, da ljudje, ki so preboleli kužne bolezní (npr. črne kože, davico, ošpice, norice) niso več zboleli za enako boleznijo, čeprav so bili v stiku z okuženimi osebami. Namen cepljenja je vzpostaviti kolektivno odpornost proti bolezní. Pri tem je potrebno doseči, da je na vsaki geografski enoti cepljenih vsaj 95 odstotkov ciljne populacije. Kolektivna imunost ovira širjenje klic bolezní in zašči tiste, ki se iz upravičenih razlogov ne cepijo oziroma še nimajo pridobljene odpornosti (Kraigher & Ihan, 2011; Ihan, 2011). V Sloveniji se vsako leto sprejme program cepljenja, ki ga pripravi Nacionalni inštitut za javno zdravje in zagotavlja cepljenje proti nalezljivim boleznim otrokom in mladostnikom ter odraslim osebami. Če se ne bi cepili, bi se ponovno pojavile že nekatere izkoreninjene bolezní (Rabuzá, 2016). Veliko bolezní proti katerim se cepi, skorajda ni več, saj so cepiva upravičila njihov namen. Kraigherjeva (cited in Zgonik, 2013) pravi, da davice v Sloveniji ni že od leta 1967, zadnji primer otroške paralize je bil leta 1978, v Evropi leta 2002. Zaradi pojavljanja nekaterih bolezní v manj razvitem svetu je potrebno cepljenje nadaljevati tudi v deželah, kjer teh bolezní več ni. Za cepljenje proti tem boleznim velja, da je tveganje resnih neželenih učinkov – če je še tako majhno – večje od tveganja okužbe. Za družbo kot celoto je bolje in pravičneje vztrajati pri cepljenju vseh vse do takrat, ko bo bolezen dokončno izkoreninjena kot



črne koze. Glavni namen cepljenja je prenehanje cepljenja,« pravi dr. Kraigherjeva (Knavs, 2013). Ošpice lahko povzročijo pljučnico in možganske poškodbe, oslovski kašelj zadušitev, mumps gluhost in neplodnost, rdečke pa hude deformacije še nerojenih otrok, če se okuži nosečnica. Čeprav cepiva niso brez tveganja, so koristi večje kot tveganje. Starši bi morali imeti jasne in nedvoumne informacije ter biti osveščeni vendar žal prihaja preveč informacij na različnih nepreverjenih spletnih straneh, ki svarijo pred zaroto farmacevtske industrije, ta naj bi bila po mnenju nekaterih pripravljena spregledati hudo škodo, ki jo cepiva povzročajo našim otrokom (Park, 2011). Ker je v Sloveniji cepljenje obvezno, se v primeru neupoštevanja te obveznosti to šteje kot prekršek oziroma kaznivo dejanje.

Nasprotovanja obveznemu cepljenju

V zadnjem času so nasprotniki obveznega cepljenja vedno bolj aktivni. Stranki Za zdravo družbo je uspelo zbrati podpise za vložitev zakonskega predloga na podlagi civilne iniciative, da bi bilo cepljenje prostovoljno. Med drugim pravijo, da naj bi bilo cepljenje v Sloveniji prostovoljno tako kot v sosednji Avstriji (Večer, 25.2.2020). Starši, ki nasprotujejo cepljenju želijo, da postane cepljenje prostovoljno, saj menijo, da ima cepljenje preveč stranskih učinkov (Knavs, 2013). Zgonik (2013) piše, da gre za prepričanje, da so morebitni neželeni učinki cepiva proti neki bolezni nevarnejši od bolezni same, pa še možnosti za okužbo skorajda ni.

Vzroki za odklanjanje cepljenja so lahko različni. Nasprotovanja kažejo odnos družbe do preventivnih dejavnosti, svoj vpliv pa imajo tudi socialno–ekonomske okoliščine družine in splošno kulturno okolje (Likar, 2004). Cepljenje ni prijetno, vendar ni ob tem hujših zapletov oz. so izjemno redki (Messonnier, 2017). Starši dobijo veliko informacij na spletu, forumih, razgovorih pri druženju, iz medijev...Le te informacije so lahko podprte z nepreverjenimi informacijami. Healy (2016) pravi, da bi starši morali dobiti jasne in strokovne informacije. Lončarjeva (2016) meni, da se v družbi pojavlja dvom do znanosti.

V letu 1998 se je v medijih pojavila Wakefieldova študija, ki naj bi pokazala povezavo med cepljenjem proti ošpicam in avtizmu. Po tem letu so v Veliki Britaniji zaznali velik upad cepljenja, posebej proti ošpicam ter bi naj precepljenost padla do leta 2003 z 92 % na manj kot 80 %. Zmanjšanje precepljenosti proti ošpicam v Veliki Britaniji je imelo za posledico ponoven izbruh ošpic; leta 2008 je bilo v Angliji in Walesu 1.348 potrjenih bolnikov z ošpicami, ki so na že več let veljale za izkoreninjene. Leta 2004 je bila ta povezava dokončno ovržena, vendar se nanjo še vedno radi sklicujejo številni nasprotniki cepljenja, pa čeprav so epidemiološke študije dokazale, da povezave med cepljenjem in pojavom avtizma ni. Gibanja nasprotnikov cepljenja in starši z avtističnimi otroki, ki verjamejo, da obstaja povezava med cepljenjem in avtizmom svoja sporočila prikazujejo na bolj privlačen način, kot jih vlada in zdravstvene ustanove (Vrdelja, et al., 2018). Nekateri verjamejo v slabo raziskane informacije, res je tudi, da ljudje ne poznajo več hudih bolezni, ki so pred obveznim cepljenjem povzročale invalidnost in celo smrt.

Metodologija

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi raziskovanja, metodi deskripcije. Uporabili smo tehniko anketiranja. Za instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na osnovi pregleda literature. Uporabili smo neslučajnostni vzorec, v katerega smo vključili 95 naključno izbranih staršev predšolskih otrok ob obisku osebne pediatrije. Pravilno izpolnjenih je bilo 80 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 84-odstotno realizacijo. Uporabljen je bil neslučajni, priložnostni vzorec. Podatki so bili obdelani s programom Microsoft Office Excel 2010. Namen in cilj raziskave je bil ugotoviti, kakšno stališče imajo starši. Za stopnjo ozaveščenosti staršev o cepljenju predšolskih otrok smo uporabili metodo anketiranja v obliki anketnega vprašalnika, ki smo ga izdelali izključno za namen raziskave. Anketni vprašalnik je zajemal demografske značilnosti anketirancev (spol, starost ter doseženo izobrazbo). Za merjenje stališč smo uporabili petstopenjsko Likertovo lestvico, pri čemer pomeni 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne



strinjam, 3 – niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam. Anketni vprašalnik so anketirani izpolnili sami, brez pomoči anketarja. Anketiranim staršem je bila zagotovljena pravica do ne škodovanja, pravico do polne pojasnitve, pravico do samoodločbe, pravico do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti. Sodelovanje je bilo prostovoljno. Omejitev raziskave je v majhnem vzorcu ter, da vzorec ni bil razpršen v različnih okoljih.

Rezultati

Demografske spremenljivke	N=80
Starost anketiranih staršev	
20 – 30 let	42
31 – 40 let	35
41 – 50 let	3
Dosežena izobrazba staršev	
Osnovnošolska izobrazba	2
Srednješolska izobrazba	37
Višješolska izobrazba	1
Visokošolska izobrazba	25
Univerzitetna izobrazba	15
Znanstveni magisterij/doktorat	0

Tabela 1: Demografske značilnosti vzorca

TRDITEV	Sploh se ne strinjam-1	V glavnem se ne strinjam-2	Niti se ne, niti se strinjam-3	V glavnem se strinjam-4	Povsem se strinjam-5	PV
Zaupam cepljenju.	7	2	10	19	42	4,08
Cepiva so varna.	5	4	8	14	49	4,22
Bolezni proti katerim cepijo so nevarne.	3	6	8	16	47	4,22
V medijih je dovolj pozitivnih informacij o cepljenju.	23	13	16	12	16	2,81
Pri cepljenju otroka me je bilo strah stranskih učinkov.	18	12	7	17	26	3,26
Cepljenje preprečuje hude bolezni.	3	3	7	20	47	4,31
V Sloveniji bi morale biti cepljenje še naprej obvezno.	5	4	8	18	45	4,17



TRDITEV	Sploh se ne strinjam-1	V glavnem se ne strinjam-2	Niti se ne, niti se strinjam-3	V glavnem se strinjam-4	Povsem se strinjam-5	PV
Cepljenje je pomembno za družbo.	5	3	7	19	46	4,22
Če se cepljenje ukine bodo ponovno v pojavu že izkoreninjene bolezni.	4	6	10	18	42	4,10
Preveč je slabih informacij o cepljenju.	18	12	10	12	28	3,25
Cepljenje lahko ogrozi zdravje otroka.	49	15	7	6	3	1,73
Če bi bilo cepljenje neobvezno, ne bi cepili otroka.	57	16	6	1	0	1,4

Tabela 2: Stališča staršev do cepljenja

Starši (76%) zaupajo cepljenju (PV 4,08). V visokem deležu menijo, da so cepiva varna in da so bolezni, proti katerim je v Sloveniji obvezno cepiti otroke nevarne (PV 4,22). Večina se je povsem strinjala, da cepljenje preprečuje hude bolezni. Več kot polovica staršev (75%) misli, da se bodo ob ukinitvi cepljenja ponovno pojavile izkoreninjene bolezni (PV 4,23). Kar nekaj staršev je mnenja, da je v medijih premalo pozitivnih informacij o cepljenju (PV 2,81), veliko se jih tudi strinja, da je preveč slabih informacij (PV 3,25). 54% anketiranih staršev je bilo strah stranskih učinkov po cepljenju, 26% tega strahu ni imelo (PV 3,26). 91% staršev je se povsem strinjalo, da bi tudi ob neobveznem cepljenju cepili svojega otroka, šestim staršem to ni bilo pomembno, je pa bila pri tem vprašanju izražena najnižja povprečna vrednost, kar nam pove o nestrinjanju s to trditvijo (PV 1,4).

Razprava

Starši v naši raziskavi zaupajo cepljenju in menijo, da je cepljenje varno za njihovega otroka. Kraigherjeva (2013) meni, da so nevarnosti ob ne cepljenju veliko večje, kot pa ob tem, da ne bi bilo več kolektivne imunosti, če bi se delež necepljenih otrok povečeval. Če bi precepljenost padla pod 95% se lahko začnejo pojavljati bolezni, ki so redke, oziroma jih pri nas več ni (Kraigrer & Ihan, 2011). Tudi anketirani starši imajo v večini takšno mnenje, saj menijo, da cepljenje preprečuje hude bolezni. Zgonik (2013) v Mladini navaja, da gre pri starših, ki ne cepijo svojih otrok za prepričanje, da so neželeni učinki cepiva proti neki bolezni nevarnejši od bolezni same. Tudi v raziskavi je več kot tretjina staršev navajala strah pred stranskimi učinki cepljenja. Omejitve v raziskavi so bile zaprte trditve ter zato nismo dobili informacij za kakšne oblike stranskih učinkov je šlo (povišana temperatura, bolečina, zatrdlina na mestu cepljenja ali večje komplikacije). Tudi Messonnier (2017) pravi, da gre v večini za blage zaplete oz. so le ti izjemno redki. Številni avtorji pravijo, da je v medijih preveč nepreverjenih informacij, do podobnih ugotovitev smo prišli tudi v tej raziskavi in sicer starši menijo, da se premalo piše o pozitivnih informacijah o cepljenju. Raziskava je pokazala, da bi starši kljub ukinitvi



obveznega cepljenja cepili svojega otroka, vendar le tega ne moremo zagotovo potrditi, ker so v raziskavo bili po naključju vključeni starši, ki so svoje otroke dali cepiti ter zaradi premajhnega nereprezentativnega vzorca.

Zaključek

Ob padcu kolektivne imunosti bi se ponovno začele pojavljati nalezljive bolezni, ki jih skorajda več v Sloveniji ni. Glede na to, da je vedno več staršev, ki ne želijo cepiti svojega otroka, ni presenetljivo, da je Stranki Za zdravo družbo uspelo pridobiti toliko podpisov proti obveznemu cepljenju. Vsekakor je potrebno veliko aktivnosti nameniti temu, da bo javnost osveščena ter bo s tem podprla tudi cepljenja, ki zaenkrat niso obvezna so pa priporočljiva. Potrebno bi bilo podpreti pozitivne informacije in starše, ki so o pomenu cepljenja osveščeni. Potem bi mogoče lahko dosegli tudi dolgoročni cilj, kot pravi dr. Kraigherjeva, da je glavni namen cepljenja prenehanje cepljenja.

Literatura

Healy, M., 2016. Communicating with parents about vaccines. *Pediatrics*, 130(1), pp. 375–383. Available at: https://www.medscape.com/viewarticle/866456_1 [16. 12. 2019].

Ihan, A., 2011. *Cepljenje in cepiva – dobre prakse varnega cepljenja*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Knavaš, N., 2017. Dvomi staršev glede cepljenja: zdravniki v spopad z dr. googlom. *Dnevnik*, 2(1), pp. 5–7.

Kraigher, A., & Ihan, A., et al., 2011. *Cepljenje in cepiva – dobre prakse varnega cepljenja*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, pp. 1–23.

Likar, M., 2003. *Cepiva danes in jutri*. Ljubljana: Založba Arkadija d.o.o.

Lončar, A., 2016. Cepiti ali ne cepiti otroka? Slovenski starši vse pogosteje proti. *Zbornik prispevkov*, 8(1), pp. 2–4. Available at: <https://siol.net/novice/slovenija/cepiti-ali-ne-cepiti-otroka-slovenski-starsi-vse-pogosteje-proti-428495> [12. 12. 2019].

Messonnier, N., 2017. Vaccine communication with parents: best practices. *Public health*, 105(4), pp. 65–70. Available at: <https://www.medscape.com/viewarticle/882865> [2. 12. 2019].

Park, A., 2011. Study linking vaccines to autism is fraudulent. *Health time*, 11(3), pp. 78–82. Available at: <http://healthland.time.com/2011/01/06/study-linking-vaccines-to-autism-is-fraudulent/> [13. 12. 2019].

Rabuza, M., 2016. *Cepiti ali ne cepiti otroka? Slovenski starši vse pogosteje proti*. (17. 11. 2017) Available at: <https://siol.net/novice/slovenija/cepiti-ali-ne-cepiti-otroka-slovenski-starsi-vse-pogosteje-proti-428495> [12. 12. 2019].

Vrdelja, M., Jančič, M., Kropivnik, S., 2018. Analiza konceptualnih okvirov in struktur razumevanja problematike cepljenja v medijih. In: Kraigher. *Cepljenje. Stališča in odnos ključnih javnosti do cepljenja v Sloveniji*. NIJZ: Ljubljana, pp. 27–50.

Zgonik, S., 2013. Odprava obveznega cepljenja. *Mladina*, 3(1), pp. 20–23.





**CENTRI ZA KREPITEV ZDRAVJA,
ZDRAVSTVENA VZGOJA,
OZAVEŠČANJE, PROMOCIJA**

OBRAVNAVA OTROK IN MLADOSTNIKOV V CENTRU ZA KREPITEV ZDRAVJA ZDRAVSTVENEGA DOMA DR. ADOLFA DROLCA MARIBOR

Marija Žiberna, dr. med., spec. šol. med.,
Iris Siter, dipl. m. s.,
Dea Gojčič, mag. psih.,
Jerneja Privšek, dipl. diet.,
Tina Čeh, mag. kin.,
viš. pred. Nataša Vidnar, dipl.m.s., univ.dipl.org.
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor
Center za krepitev zdravja
natasa.vidnar@zd-mb.si

Izveček

V Centru za krepitev zdravja Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor (ZD Maribor) obravnavamo v povezovanju s pediatri in šolskimi imenovanimi zdravniki, otroke in starše v okviru Družinske obravnave debelosti. V Sloveniji se še vedno soočamo z epidemijo prekomerne telesne teže in debelosti pri otrocih in mladostnikih, čeprav se že kaže trend upadanja. V lanskem šolskem letu je bila vpeljana nadgradnja preventivnih programov pri sistematskih pregledih otrok. Šlo je za zgodnje odkrivanje prekomerno hranjenih in debelih otrok ter nudenje strokovno vodenih delavnic s področja prehrane, gibanja in psihološke podpore z namenom spremembe življenjskega sloga. Multidisciplinarne obravnave je bila deležna celotna družina za intervencijo izbranih otrok 3. in 6. razredov 8 izbranih osnovnih šol. Predvidene delavnice smo zaključili, načrtovani so še zaključni pregledi otrok pri pediatru in kasneje evalvacija celotne intervencije.

Ključne besede: otroška debelost, prehrana, telesna dejavnost, psihološki vidiki debelosti

Uvod

V Centru za krepitev zdravja ZD Maribor obravnavamo v povezovanju s pediatri in šolskimi imenovanimi zdravniki, otroke in starše v okviru Družinske obravnave debelosti. To je primer krasnega povezovanja in med poklicnega sodelovanja, saj v tej obravnavi sodelujejo: diplomirana medicinska sestra, diplomirana dietetičarka, mag. kineziologije, mag. psihologije in pediatrinja, ki holistično obravnavajo otroka in njegovo družino.

Namen nadgradnje preventivnih programov otrok in mladostnikov na območju Slovenije je uvedba poenotene opredelitve in obravnave čezmerno hranjenih in debelih otrok ter otrok z zmanjšano telesno zmogljivostjo v sodelovanju s starši. V Sloveniji je še vedno prisotna epidemija prekomerne telesne teže in debelosti pri otrocih in mladostnikih, ki pa se v nekaterih starostnih skupinah umirja. Novejši podatki v Sloveniji iz opravljenih raziskav SLOfit sistema v Sloveniji, WHO COSI (Childhood obesity surveillance initiative) in Pediatrične klinike Univerzitetnega kliničnega centra (UKC) v Ljubljani kažejo, da se je v zadnjem desetletnem obdobju trend naraščanja prekomerne telesne teže in debelosti pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji začel zaustavljati in v petletnem obdobju 2010–2014 tudi upadati (Wijnhoven, et al. 2014; Sedej, et al., 2014; Starc, et al., 2015). Glede na podatke iz leta 2014 je v starostni skupini med 6 in 19 let bilo 26,4 % dečkov in 22,2 % deklic prekomerno prehranjenih ali debelih (Starc, et al., 2015). Na vzorcu petletnih otrok v Sloveniji so ocenili, da je 17 % dečkov in 21 % deklic prekomerno prehranjenih ali debelih (Sedej, et al., 2014).

Debelost pri otrocih je Evropsko združenje za raziskovanje debelosti leta 2015 opredelilo kot bolezen (Farpour-Lambert, et al., 2015). Vzrokov za debelost je veliko, in sicer genetska



predispozicija, intrauterino okolje, hormonske motnje, prehranske nepravilnosti, premalo spanja in telesna nedejavnost (Philippas & Lo, 2005). Z vidika klinične obravnave je pomembno, da poznamo številne zaplete prekomerne prehranjenosti in debelosti pri otrocih, kot so (Kumar & Kelly, 2017; Morales Camacho, et al., 2019):

- motena toleranca za glukozo, neodzivnost na inzulin, kar lahko pripelje do razvoja sladkorne bolezni;
- spremenjena struktura in delovanje žilne stene in razvoj arterijske hipertenzije;
- dislipidemija in presnovni sindrom;
- obolenja ledvic in jetrni zapleti kot nealkoholni steatohepatitis;
- motena puberteta in reprodukcija;
- respiratorni zapleti: obstruktivna apneja v spanju;
- ortopedski zapleti;
- čustveno-duševni zapleti: vedenjske težave, hiperaktivnost, depresivna simptomatika.

Tveganje za razvoj debelosti in različnih kroničnih bolezni v odrasli dobi se začne že pred rojstvom. Na podlagi eksperimentalnih in epidemioloških študij so razvili več hipotez, fenomen pa danes imenujemo razvojni izvor zdravja in bolezni (ang. Developmental origins of health and disease – DOHaD) (El Hajj, et al., 2014). Otroci mater, ki so imele v času nosečnosti prekomerno telesno težo ali sladkorno bolezen, lahko imajo večjo verjetnost za zmanjšano glukozno toleranco, razvoj debelosti in pojav presnovnega sindroma kasneje v življenju (Catalano & Ehrenberg, 2006). Prehrana matere v času nosečnosti vpliva na otrokove preference po določeni hrani in se ohranja tudi med dojenjem, saj okusi jedi, ki jih mati zaužije v tem času, prehajajo skozi amniotsko tekočino in materino mleko (Aldrige, et al., 2009). Optimalno prehranjevanje matere v času nosečnosti je pomembnejše kot kadarkoli kasneje v življenju, saj bistveno vpliva na rast in razvoj ter dolgoročno zdravje potomca (Fister, 2015). Dojeni otroci imajo v odrasli dobi znatno manjšo prevaleco debelosti in z njo povezanih težav: povišanega krvnega tlaka in holesterola ter sladkorne bolezni tipa 2 (Loring & Robertson, 2014).

Starši že zelo zgodaj vplivajo na otrokove prehranjevalne navade, saj je organizacija hranjenja vsaj v otrokovem zgodnjem otroštvu v njihovih rokah. Tako določajo čas uvajanja določene hrane, vrste hrane na otrokovem jedilniku, koliko obrokov na dan bo otrok pojedel, katera hrana bo poudarjena v prehranjevanju, katera na jedilniku občasno ter katera bo nezaželena (Podlessek, 2015). Uvajanje goste hrane vpliva na kasnejše prehranjevalne navade. Ugotovljeno je bilo, da je pri deklicah, pri katerih je bila uvedena gosta hrana pred dopolnjenim 6 mesecem 2,5 krat bolj verjetno uživanje manj raznolike hrane in pojav prehranske neofobije (Shim, et al., 2011). Da otrok razvije preferenco za določeno novo hrano, bi ji naj bil izpostavljen vsaj 8 do 10 krat. Za želen učinek mora hrano dejansko poskusiti, samo večkratno ponujanje te hrane običajno ne zadostuje (Maier, et al., 2008).

Obdobje vrtca in šole lahko izrazito podpre razvoj otrokovih in mladostniških zdravih prehranjevalnih in gibalnih navad. Slovenija je ena izmed držav, ki v tem obdobju celovito podpira zdrav življenjski slog, saj so teme zdrave prehrane, telesne dejavnosti in na splošno življenjskega sloga del formalnih in skritih kurikulumov (Korošec, et al., 2018). Priporočila o obravnavi vsebin s področja zdravega prehranjevanja glede na starost otrok so opisana v publikaciji Nacionalnega inštituta za javno zdravje (Jeriček Klanšček, et al., 2015).

Redna telesna dejavnost ne samo, da poveča porabo energije in s tem zmanjšuje tveganje oziroma preprečuje prekomerno telesno maso in debelost, temveč vzdržuje in izboljšuje telesno pripravljenost otrok, kar se odraža v funkcionalni zmogljivosti oziroma izboljšanju gibalnih sposobnosti, ugodnemu vplivu na mišično-kostni in srčno-žilni sistem (Summerbell, et al., 2005). Poleg tega je povezana z boljšim spancem (Lang, et al., 2013), ugodno vpliva na učenje in boljšo pozornost (Hillman, et al., 2009; Lesnik, 2016), zmanjšuje stres, otrok/mladostnik se lažje vključuje



v družbo, redkeje posega po alkoholu in tobačnih izdelkih (Jurak, et al., 2018), telesna dejavnost med drugim prispeva tudi k boljšemu duševnemu zdravju posameznika (Lesnik, 2016).

Prekomerna telesna masa in debelost sta pozitivno povezani s funkcionalnimi omejitvami pri številnih dejavnostih, kot so denimo plazenje, hoja, tek in drugi elementarni gibalni vzorci, ki se pojavljajo že zgodaj v razvoju. Funkcionalne omejitve zaradi debelosti precej omejujejo gibalno udejstvovanje otrok (American Occupational Therapy Association, 2008) in s tem negativno vplivajo na njihov gibalni razvoj. Posledično je kakovost življenja otrok nižja. Ob neustrezni prehrani je glavni dejavnik za razvoj debelosti pri otroku sedeči življenjski slog s pomanjkanjem telesne dejavnosti. Podatki kažejo, da velik delež slovenskih otrok tudi svoj prosti čas med tednom presedi. 11-letniki v prostočasnih dejavnostih presedijo v 8,2 %, 13-letniki v 18 % in 15-letniki v 28,4 % (Lesnik, 2016). Takšni otroci so običajno gibalno manj učinkoviti (Starc, et al., 2017). Pri nizki gibalni učinkovitosti po navadi gre za telesno nedejavnost in/ali prekomerno prehranjenost, kar lahko vodi v tveganje za zdravstvene zaplete (O'Malley, et al., 2016; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019). Od leta 2011 je opazen pozitiven trend tudi pri gibalni učinkovitosti otrok, kar lahko pripišemo uvedbi programa Zdrav življenjski slog v nekatere osnovne šole po Sloveniji (Strel, 2017). Gibalna učinkovitost se oceni na podlagi določenih gibalnih sposobnosti, ki imajo pomembno vlogo pri zmanjševanju zdravstvenega tveganja: mišična vzdržljivost, aerobna vzdržljivost, mišična moč in gibljivost (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019). Ugotavljajo, da imajo fantje ob koncu srednje šole 20 % manj mišične moči v ramenskem obroču, kot so je imeli pred približno 30 leti (Strel, et al., 2017), medtem ko podatki druge raziskave kažejo, da so dekleta bolj zmogljiva (Kovač, et al., 2013).

Debelost je pri otrocih in mladostnikih povezana z različnimi težavami, kot so slabša kakovost življenja, tesnoba, depresivnost, nižja samopodoba ter težave v odnosih z vrstniki. Pri otrocih in mladostnikih s prekomerno telesno težo opažamo tudi več težav na področju hiperaktivnosti in vedenjskih težav. Med omenjenimi težavami in prekomerno telesno težo je povezava vzajemna, kar pomeni, da ne le, da prekomerna telesna teža vpliva na razvoj duševnih težav, ampak tudi duševne težave vplivajo na razvoj oziroma vzdrževanje debelosti (Klemenčič, 2017). Izkazalo se je, da tudi neustrezna prehranska vzgoja vpliva na razvoj debelosti, in sicer negativno vplivata tako popustljiv kot pretirano omejevalen prehransko-vzgojni način, ki zmanjšujeta otrokovo samoregulacijo hranjenja. Popustljiv način pomeni, da otroci lahko jedo kar koli in kadarkoli želijo, medtem ko pri pretirano omejevalnem starši otrokom določeno hrano vsiljujejo ali prepovedujejo (Keane, et al., 2012).

Stigmatizacija otrok in mladostnikov s prekomerno telesno težo je izredno zaskrbljujoča, saj ima negativni vpliv na otrokov emocionalni razvoj, socialni status, akademske dosežke in socialne veščine. V zadnjih 40-ih letih se je stigmatizacija prevelike telesne teže otrok povečala. Raziskava (Puhl, et al., 2007) kaže, da je stigmatizacija prekomerne telesne teže pri otrocih in mladostnikih pogostejša kot stigmatizacija telesnih hib oz. nezmožnosti, ki so tudi precej pogoste (otroci z manjkajočimi deli telesa ali izmaličenim obrazom, uporaba invalidskega vozička, bergel,..). Crandall (1994) navaja, da je negativen odnos do prekomerno težkih ljudi celo sprejemljiv, jasno izražen in dobro sprejet. Ugotovljeno je, da so otroci in mladostniki pogosteje deležni verbalne oblike stigmatizacije, kot je norčevanje, opazke in zmerjanje na račun prekomerne telesne teže. Najpogostejši vir stigme so vrstniki oziroma sošolci, s katerimi prekomerno težki otroci in mladostniki preživljajo največji del dneva. Prav tako je pogost vir stigmatizacije tudi oče. Le ta kot eden izmed pomembnih primarnih socializatorjev sporoča, da je njegov otrok zaradi telesne teže slab. Ta sporočila ne delujejo spodbudno, ampak jo mladi ravno nasprotno doživljajo kot negativno in neželjeno, kar znižujejo njihovo vrednost (Stefanova, 2008).

Zaradi vsega omenjenega se pogosto otroci in mladostniki s prekomerno telesno težo počutijo nepriljučni, imajo slabo telesno samopodobo, nižje samospoštovanje oz. so nezadovoljni s svojim videzom, kar velja zlasti za dekleta. Negativen odnos do prekomerno težkih otrok se razvije že zelo zgodaj, in sicer so že triletniki prekomerno težke vrstnike označili kot manjvredne, lene, grde,



neumne in z majhnim številom prijateljskih vezi. Nekoliko starejši otroci so temu dodali še oznake kot nepoštenost, sebičnost, socialna izoliranost in izpostavljenost zbadanju (Schwartz, et al., 2003). Najpomembnejši ukrepi za preprečevanje in zdravljenje debelosti so ukrepi na področju prehrane, telesne dejavnosti in vedenjsko-kognitivno zdravljenje (Morales Camacho, et al., 2019; Psaltopoulou, et al., 2019). Izjemno pomembna je zgodnja prepoznavna in intenzivna obravnava teh otrok, saj so zapleti v tej fazi še vsaj delno reverzibilni (Seburg, et al., 2015; Kumar & Kelly, 2017). Ta nadgradnja preventivnih programov pri pregledih je bila v lanskem šolskem letu v zdravstveni sistem uvedena prvič in se trenutno izvaja kot pilotno testiranje na 25 izbranih lokacijah Zdravstvenih domov v Sloveniji, ki so bile izbrane na razpisu Ministrstva za zdravje za izvajanje projekta Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih. Algoritem obravnave izhaja iz predhodno opravljenih poskusov v okviru projekta Uživajmo v zdravju (Jurak, et al., 2016; Poličnik, et al., 2016) in modelov zdravstveno preventivne dejavnosti s področja telesnega fitnesa na Vrhniki (Strel, et al., 2016) in v Žireh (Strel & Strel, 2017).

Metode

V celostno obravnavo je v projekt vključen tim, ki ga sestavljajo pediater, diplomirana medicinska sestra, psiholog, dietetik in kineziolog (Kotnik, et al., 2016).

Klinični del intervencije

Pri sistematskih pregledih 3. in 6. razredov imenovani zdravnik šole po metodah, ki upoštevajo rezultate antropometričnih meritev, izloči ogrožene otroke. Posredne metode za opredelitev čezmerne prehranjenosti, ki smo jih uporabili pri našem delu, so (Kovač-Blaž, 2016):

- indeks telesne mase (ITM), za katerega uporabljamo referenčne vrednosti UK-WHO, ki temeljijo na podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) in podatkih iz Velike Britanije.

V Sloveniji trenutno nimamo nacionalnih referenčnih vrednosti za oceno prehranjenosti z ITM. Pri našem delu izmerimo:

- obseg pasu
- razmerje med obsegom pasu in telesno višino (angl. Waist-Height Ratio; WHTR) je večje od 0,5
- percentilni ITM: ITM več kot 91.p - čezmerna prehranjenost ter ITM več kot 98.p - debelost.

Imenovani zdravnik sodelujoče šole pošlje seznam teh otrok projektному pediatru. Le-ta povabi otroke na individualni pregled skupaj s starši. V Mariboru smo v projekt vključili otroke osmih osnovnih šol. Na prvem pregledu staršem predstavimo delo in pomen družinske obravnave, vzamemo razširjeno družinsko anamnezo in poglobljeno anamnezo otroka. Starši izpolnijo prehranski vprašalnik, vprašalnik življenjskega sloga in psihološki vprašalnik. Prav tako podpišejo soglasje za vključitev v intervencijo in soglasje za vpogled v športno vzgojni karton. Če sodelovanje odklonijo, izvedemo individualno svetovanje z vsemi člani tima, nato so vabljeni še na kontrolni pregled in poskusimo z motivacijo upoštevanja prejetih navodil. Za družine, ki so pristale, pripravimo uvodno delavnico. V intervencijo je vključenih 10 do 15 otrok iz vsake starostne skupine. Na prvem skupnem srečanju z vsako starostno skupino posebej, vsak od sodelujočih v timu predstavi svoje področje. Staršem in otrokom razdelimo urnike za delavnice in vadbo. Starši izpolnijo začetne evalvacijske vprašalnike o svojih pričakovanjih. V naslednjih mesecih poteka 10 delavnic po programu za otroke, za starše in vadba za otroke. V tem obdobju imajo tudi prvi kontrolni pregled pri pediatru in nato do konca koledarskega leta še 2 krat. Pediater je tudi vezni člen med otrokovim osebnim zdravnikom in imenovanim zdravnikom šole, kateremu na koncu šolskega leta tudi preda imena otrok, ki so sodelovali in tistih, ki se niso odzvali in tistih, ki so intervencijo vmes zapustili. Na zaključnem srečanju smo otrokom in staršem razdelili potrdila o uspešni udeležbi v družinski obravnavi. Starši so izpolnili zaključne evalvacijske vprašalnike in v pogovoru povedali, kako je bilo in kaj si v bodoče želijo.



Psihološki del intervencije

Pri obravnavi otrok smo se posluževali tehnik po principih vedenjsko – kognitivne terapije in družinske terapije. Po uvodnem medsebojnem spoznavanju preko ledolomilcev in drugih dejavnostih, ki podpirajo (samo)spoznavanje, so otroci oblikovali motivacijske kartice, namen katerih je razvoj motivacije za spremembo. Otroke smo spodbujali k oblikovanju ciljev, razlogov za spremembo življenjskega sloga, iskanju morebitnih ovir pri doseganju ciljev ter načinov premagovanja. V nadaljevanju smo govorili o njihovi vlogi v družini in vlogi družinskih članov, kjer smo se poslužili tehnike risanja družine. Otroci so spoznavali čustva in jih ubesedili ter govorili o primernosti izražanja, kjer smo uporabili plakate, družabno igro s kartami in kviz. Prav tako so obravnavali čustvene vidike hranjenja in obvladovanja občutka lakote, želje in hrepenenja po hrani, izvajali enostavne tehnike sproščanja in spregovorili o rabi digitalnih tehnologij. Otrokom 6. razreda smo dodatno predstavili tehniko reševanja problemov in stop tehniko samokontrole, ki se v našem primeru nista izkazali kot primerni. Kljub temu, da smo ju poskušali predstaviti na čim bolj konkreten način, sta bili po naših izkušnjah prezahtevni za otroke, možnost za neuspeh dopuščamo tudi pomanjkanju časa za osvajanje tehnik.

Starše smo sproti seznanjali z aktivnostmi, ki jih izvajajo njihovi otroci, tako da so jih tudi sami preizkusili. Namen tega je, da starši poznajo tehnike, ki se jih učijo otroci, vedo, kaj se od otrok pričakuje in jih lahko pri tem podprejo tudi sami oziroma jih opozorijo na izvajanje. Večji poudarek smo pri delu s starši namenjali spoznavanju čustvene podpore s poudarkom na pozitivnih potrditvah pri navajanju na nove spremembe ter njihov vpliv na razvoj otrokovega občutka kompetentnosti. Prav tako smo govorili o postavljanju pravil, kjer smo starše usmerjali, naj kritike usmerjajo na otrokovo vedenje namesto na njegovo osebnost in jim predstavljali posledice ignoriranja otrok in partnerja vpričo otroka.

Prehranski del intervencije

Delavnice so bile ločene za starše in otroke, nekatere teme pa smo osvojili skupaj. Program delavnic pri starših je bil enak kot pri otrocih, vendar nekoliko bolj teoretičen in poglobljen. Delavnice pri otrocih so bile predvsem izkustvene.

Otroci so najprej s pomočjo modelčkov hrane in embalaže spoznali skupine živil. Vpliv posameznih makrohranil na naše telo so spoznali s pomočjo igrice, ki je bila narejena prav v ta namen. Ko so dodobra spoznali živila, smo sestavljali zdrav obrok. Otroci so najprej s pomočjo modelčkov hrane prikazali svoj obrok, nato pa smo, če je bilo to potrebno, popravili, da je bil sestavljen po priporočilih. Obroke smo sestavljali tudi s pomočjo reklamnih letakov, saj smo jih izrezali in lepili v obliki kolača na vnaprej pripravljen zdrav krožnik. Skupaj s starši smo preračunali, koliko sladkorja je v pakiranju sladke pijače in sladkih namazov, kar smo tudi praktično prikazali. S starši smo spoznali aplikacijo Zveze potrošnikov Slovenije Veš kaj ješ. Celotna družina je tudi šla skupaj po nakupih, kjer so s pomočjo delovnih listov praktično preizkusili znanje branja deklaracij. Delavnice smo zaključili s povzetkom vsega znanja, ki smo ga pridobili tekom tednov.

Kineziološki del intervencije

Kineziološki del je zajemal predvsem vadbo za otroke, ki je potekala 2 krat tedensko. Enkrat tedensko smo vadbo izvajali v telovadnici zdravstvenega doma, enkrat tedensko v parku oziroma zunaj. S 60 minutno vadbo smo skušali doseči minimalna priporočila za dnevno telesno dejavnost otrok. Otroci so predvsem skozi igro razvijali in ohranjali elementarne gibalne vzorce, ki predstavljajo osnovo človekovega gibanja. Tako so skozi tek, plazenja, lazenja, plezanje, mete, (po)skoke in druge aktivnosti vplivali na različne gibalne sposobnosti. V telovadnici so imele prednost moč, ravnotežje, koordinacija in gibljivost, na zunanjih površinah pa v večji meri hitrost in vzdržljivost v kombinaciji z ostalimi. Na podlagi podatkov športno vzgojnega kartona otroka smo dobili vpogled v gibalno učinkovitost. Prav tako so nam rezultati testiranja poleg vprašalnika o življenjskem slogu pomagali pri oblikovanju gibalne anamneze, ki je bila izhodišče za pripravo vadbenega programa.



V sklopu delavnice sta bila organizirana dva pohoda, kamor so bili povabljeni tudi starši in sorojenci otrok. Šlo je za daljši pohod na Piramido in Kalvarijo ter pohod na Mariborsko Pohorje. Po zaključenih delavnicah smo ponudili organizirano vadbo na prostem še naprej v času poletnih počitnic z namenom ohranjanja gibalnih sposobnostih, a smo kasneje zaradi zelo nizke udeležbe po nekaj začetnih terminih to opustili. Poleg tega smo v zaključku delavnic otroke in starše seznanili s športnimi društvi in klubi v lokalnem okolju, ki jih lahko koristijo.

Rezultati

Skupinske delavnice smo v celoti izvedli po predvidenem protokolu, ob tem smo v obeh skupinah beležili nekaj upada. Kot zahvalo oziroma nagrado za starše otrok 3. in 6. razredov, ki so bili vključeni v intervencijo, ponujamo še predavanje na temo spanja in rabe elektronskih naprav. Trenutno z rezultati intervencije še ne razpolagamo, saj je projekt še v teku. Do konca koledarskega leta sta predvidena še dva individualna pregleda vključenih otrok. Za tem bo na podlagi primerjave pridobljenih podatkov pred in po intervenciji, ki so bili zajeti z antropometričnimi meritvami ter zbrani iz prehranskih in psiholoških vprašalnikov, vprašalnika o življenjskem slogu in rezultatov športno vzgojnega kartona, opravljena evalvacija intervencije na nacionalni ravni.

Zaključek

Kljub še ne zaključeni intervenciji upamo trditi, da preprečevanje in spopadanje z debelostjo pri otrocih in mladostnikih potrebuje podporo celotne družine, ki jo lahko zagotovimo s povezovanjem različnih strokovnjakov na primarni ravni zdravstvenega varstva. Z zgodnjim odkrivanjem ogroženih otrok in nudenjem celostne podpore zmanjšujemo kardiometabolno tveganje pri otroku in mladostniku, ki v odrasli dobi vodi do številnih bolezni in zaradi razširjenosti ogroža vzdržnost javno-zdravstvenega sistema. Upamo na nadaljevanje podsklopa tudi v letu 2020 oz., da bo ZZZS spoznal dodano vrednost za otroke in starše.

Literatura

Aldrige, V., Dovey, T.M. & Halford, J.C., 2009. The role of familiarity in dietary development. *Developmental review*, 29(1), pp. 32–44.

American Occupational Therapy Association, 2008. *Occupational therapy practice framework: Domain and process*. 2nd ed. American journal of occupational therapy, 62, pp. 625–683.

Catalano, P.M. & Ehrenberg, H.M., 2006. The short- and long-term implications of maternal obesity on the mother and her offspring. *International journal of obstetrics & gynaecology*, 113, pp. 1126–1133.

Crandall, C.S., 1994. Prejudice against fat people. Ideology and self-interest. *Journal of Personality and social psychology*, 66(5), pp. 882–894.

El Hajj, N., Schneider, E., Lehnen, H. & Haaf, T., 2014. Epigenetics and life-long consequences of an adverse nutritional and diabetic intrauterine environment. *Reproduction*, 148, pp. R11-R20.

Farpour-Lambert, N.J., Baker, J.L., Hassapidou, M., Holm, J.C., Nowicka, P., O'Malley, G., et al., 2015. Childhood Obesity Is a Chronic Disease Demanding Specific Health Care--a Position Statement from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of the European Association for the Study of Obesity (EASO). *Obesity facts*, 8(5), pp. 342–349.



Fister, P., 2015. Prenatalno prehransko programiranje zdravja potomca. In: Ž. Novak Antolič, et al., eds. *Klinična prehrana v nosečnosti*. Ljubljana: Center za razvoj poučevanja, Medicinska fakulteta, pp. 100–104.

Hillman, C.H., Pontifex, M.B., Raine, L.B., Castelli, D.M., Hall, E.E. & Kramer, A.F., 2009. The effect of acute treadmill walking on cognitive control and academic achievement in preadolescent children. *Neuroscience*. 159(3), pp. 1044–1054.

Jeriček Klanšček, H., Hočevar Grom, A., Konec Jurčič, N. & Roškar, S., 2015. *Zdravje skozi umetnost: smernice za pogovore o izbranih zdravstvenih temah za pedagoške delavce*. Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Jurak, G., Sorić, M., Kovač, M., Starc, G. & Sember, V., 2018. *Zakaj je tako pomembno, da se otrok oz. mladostnik čim več giba?* Laboratorij za diagnostiko telesnega in gibalnega razvoja. Available at: <http://www.slofit.org/slofit-nasvet/ArticleID/143/Zakaj-je-tako-pomembno-da-se-otrok-oz-mladostnik-%C4%8Dim-ve%C4%8D-giba>

Jurak, G., Starc, G., Kovač, M., Kostanjevec, S., Radi, P., Erjavšek, M. et al., 2016. *Priročnik za preventivne timske izpeljave dejavnosti na področju gibanja in prehrane v pilotnem testiranju projekta Uživajmo v zdravju*. Univerza v Ljubljani.

Keane, E., Layte, R., Harrington, J., Kearney, P.M. & Perry, I.J., 2012. Measured parental weight status and familial socio-economic status correlates with childhood overweight and obesity at age 9. *PLoS one*, 7(8).

Klemenčič, S., 2017. Psihološki vidiki debelosti pri otrocih in mladostnikih. *Slovenska pediatrija*, 24, pp. 68–73.

Korošec, A., Gabrijelčič Blenkuš, M. & Robnik, M., 2018. *Otroška debelost v Sloveniji – strokovna izhodišča za stroškovno oceno*. Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana, pp. 17. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/stroski_otroske_debelosti.pdf

Kotnik, P., Bigec, M., Fidler Mis, N., Fajdiga Turk, V., Gregorič, M., Klemenčič, S. et al., 2016. Preventivni program za otroke in mladostnike - prepoznavna in obravnavna čezmerne hranjenosti in debelosti : delovna skupina Preprečevanje debelosti in zdrav življenjski slog otroka in družine, (Program preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov), (Skupaj za zdravje). Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 75. Available at: http://www.skupajzazdravje.si/media/preventivni.program.om_prepoznavna.in.obravnavna.cezmerne.prehranjenosti.in.debelosti.pdf

Kovač-Blaž, M., 2016. *Družinska obravnavna debelosti otrok in mladostnikov: priročnik za izvajalce*. Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Kovač, M., Leskošek, B., Strel, J. & Jurak, G., 2013. Razlike v telesni zmogljivosti slovenskih srednješolcev. *Šport: Revija za teoretična in praktična vprašanja športa*, 61.

Kumar, S. & Kelly, A.S., 2017. Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment. *Mayo clinic proceedings*, 92(2), pp. 251–265.



Lang, C., Brand, S., Feldmeth, A.K., Holsboer-Trachsler, E., Pühse, U., Gerber, M., 2013. Increased self-reported and objectively assessed physical activity predict sleep quality among adolescents. *Physiology & behavior*, 120, pp. 46–53.

Lesnik, T., 2016. *Telesna dejavnost in debelost*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at : <http://obcine.nijz.si/Dokumenti/pdf/2016/Telesna%20dejavnost%20in%20debelost.pdf>

Loring, B. & Robertson, A., 2014. *Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity*. World Health Organization. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247638/obesity-090514.pdf?ua=1

Maier, A.S., Chabanet, C., Schaal, B., Leathwood, P.D., Issanchou, S.N., 2008. Breastfeeding and experience with variety early in weaning increase infants' acceptance of new foods for upto two months. *Clinical nutrition*, 27, pp. 849–857.

Morales Camacho, W.J., Molina Diaz, J.M., Plata Ortiz, S., Plata Ortiz, J.E., Morales Camacho, M.A., Calderon, B.P., 2019. Childhood obesity: Aetiology, comorbidities, and treatment. *Diabetes/ metabolism research and reviews*.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2019. Zdravje v občini. Opisi kazalnikov. Available at : <http://obcine.nijz.si/Dokumenti/pdf/Definicije/Definicije%20kazalnikov.pdf#page=14>

O'Malley, G., Ring-Dimitriou, S., Nowicka, P., Vania, A., Frelut, M.L., Farpour-Lambert, N., et al., 2016. Physical Activity and Physical Fitness in Pediatric Obesity: What are the First Steps for Clinicians? Expert Conclusion from the 2016 ECOG Workshop. *International journal of exercise science*, 10(4), pp. 487–496.

Philippas, N.G. & Lo, C.W., 2005. Childhood obesity: etiology, prevention, and treatment. *Nutrition in clinical care*, 8(2), pp. 77–88.

Podlesek, A., 2015. *Otrok tega noče jesti – kaj pa zdaj? Senzorni pristop k vzgoji za zdravo prehranjevanje*. Ljubljana: znanstvena založba Filozofske fakultete.

Poličnik, R., Berlic, N., Maučec Zakotnik, J., Kostanjevec, S., Starc, G., Jurak, G. et al., 2016. Algoritem delovanja različnih deležnikov v lokalnih preventivnih timih po konceptu skupnostnega pristopa : navodila preventivnim timom za sodelovanje v pilotnem testiranju, (Projekt Uživajmo v zdravju). Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: http://www.slofit.org/Portals/0/Vsebina/Algoritem-delovanja_prirocnik-za-izvajalce.pdf.

Psaltopoulou, T., Tzanninis, S., Ntanasis-Stathopoulos, I., Panotopoulos, G., Kostopoulou, M., Tzanninis, I.G., et al., 2019. Prevention and treatment of childhood and adolescent obesity: a systematic review of meta-analyses. *World journal of pediatrics*, 15(4), pp. 350–381.

Puhl, R.M. & Latner, J.D., 2007. Stigma, obesity and the health of the Nation's children. *Psychological bulletin*, 133(4), pp. 557–580.

Schwartz, M.B. & Puhl, R., 2003. Childhood obesity: A societal problem to solve. *Obesity reviews*, 4, 57–71.

Seburg, E.M., Olson-Bullis, B.A., Bredeson, D.M., Hayes, M.G. & Sherwood, N.E., 2015. A Review of Primary Care-Based Childhood Obesity Prevention and Treatment Interventions. *Current obesity report*, 4(2), pp. 157–173.



Sedej, K., Kotnik, P., Avbelj, S.M., Grošel, U., Širca Čampa, A., Lusa, L., et al., 2014. Decreased prevalence of hypercholesterolaemia and stabilisation of obesity trends in 5-year-old children: possible effects of changed public health policies. *European journal of endocrinology*, 170(2), pp. 293–300.

Shim, J.E., Kim, J. & Mathai, R.A., 2011. Associations of infant feeding practices and picky eating behaviors of preeschool children. *Journal of american dietetic association*, 111(9), pp. 1363–1368.

Starc, G., Strel, J., Kovač, M., Leskošek, B., Jurak, G., 2015. SLOfit2015 – Analiza telesnega in gibalnega razvoja otrok in mladine slovenskih osnovnih in srednjih šol v šolskem letu 2014/2015. Dostopno na: http://www.slofit.org/Portals/0/Letna-porocila/Porocilo_SLOfit_14-15.pdf

Starc, G., Strel, J., Kovač, M., Leskošek, B., Sorić, M. & Jurak, G., 2017. SLOfit 2017 – *Letno poročilo o telesnem in gibalnem razvoju otrok in mladine slovenskih osnovnih in srednjih šol v šolskem letu 2016/2017*. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

Stefanova, V., 2008. *Doživljanje in stigmatizacija debelosti pri mladih: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Strel, J., Leskošek, B., Starc, G., Jurak, G. & Kovač, M., 2017. Fantje so v povprečju manj gibalno učinkoviti, kot so bili leta 1990, dekleta pa bolj. *Šport: Revija ta teoretična in praktična vprašanja športa*, 65.

Strel, J., Mišič, G. & Strel, J., 2016. Klinična pot. In: J. Strel, et al., eds. *Telesna zmogljivost za boljše zdravje in počutje : vloga osnovnega zdravstva in lokalne skupnosti pri zagotavljanju ustrezne telesne zmogljivosti po vrhniškem modelu*. Logatec: Fitlab, pp. 198–225.

Strel, J. & Strel, J., 2017. Pogled specialista družinske medicine na organizacijo preventivnega zdravstvenega varstva na področju telesne dejavnosti in vlogo športnovzgojnega kartona oz. SLOfit sistema pri tem. *Šport: revija za teoretična in praktična vprašanja športa*, 65(4), pp. 201–207.

Summerbell, C.D., Water, E., Edmunds, L.D., Kelly, S., Brown, T. & Campbell, K.J., 2005. *Interventions for preventing obesity in children*. Cochrane library. Available at: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001871.pub4/full>

Wijnhoven, T.M., van Raaij, J.M., Spinelli, A., Starc, G., Hassapidou, M., Spiroski, I., et al., 2014. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public health*, 14, pp. 806.



MODERNA ZASVOJENOST PRI OSNOVNOŠOLCIH

MODERN ADDICTION AT CHILDREN AT ELEMENTARY SCHOOL

Tina Demšar, dipl.m.s.

Zdravstvena vzgoja,
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Izveček

Že nekaj let se kot izvajalci zdravstvene vzgoje za otroke in mladostnike srečujemo z problemom prekomerne uporabe moderne tehnologije in interneta pri otrocih in mladostnikih v osnovnih šolah. Ker nam je od nekdaj bila zanimiva ta problematika smo s pomočjo kvantitativnega pristopa izvedli anketo v štirih osnovnih šolah pri učencih petega razreda, saj smo želeli dokazati da otroci prekomerno uporabljajo vse vrste tehnologije ter interneta, kar se pozna na njihovi koncentraciji, agresiji in slabšem učnem uspehu. Rezultati so pokazali, da učenci uporabljajo moderno tehnologijo in internet prekomerno. Očitna je razlika med spoloma; fantje jih uporabljajo zelo veliko, medtem ko dekleta bistveno manj. Smo v razponu moderne tehnologije, ki nam marsikje olajša življenje, ne zavedamo pa se da se lahko prekomerna uporaba le-te hitro spremeni v zasvojenost. Otroci pri uporabi potrebujejo omejitve, ki jih na žalost nimajo vsi oziroma niso jasno določene s strani staršev. Prekomerna uporaba se kaže v neprimernem obnašanju otrok, nasilju ko ni dostopa do nje, premalo gibanja kar vodi v debelost ter ne razvijanje sposobnosti komunikacije.

Ključne besede: otroci in mladostniki, zasvojenost, moderna tehnologija, internet

Abstract

As health education providers for children and adolescents, we have been facing the problem of excessive use of modern technology and internet in children and adolescents in elementary schools for several years. We have always been interested in this issue, so we conducted a survey in four elementary schools with fifth graders, as we wanted to prove that children over-use all kinds of technology and the Internet, which is reflected on their concentration, aggression and poorer academic achievement. The results showed that they use modern technology and the internet excessively. There is difference between the sexes; boys use it very much, while girls use them significantly less. We are in the range of modern technology that makes life easier for many of us, but we are not aware that the overuse of it can quickly turn into addiction. Children need restrictions when they use it, which unfortunately do not all have or are not clearly defined. Excessive use is reflected in improper behavior of children, violence when there is no access to information and communication technologies, lack of movement leading to obesity, and no development of communication skills

Key words: children and adolescents, addiction, modern technology, internet

Uvod

Zasvojenost z moderno tehnologijo in internetom je ena izmed najhitreje rastočih ne kemičnih zasvojenosti. Na vsakem koraku imamo tablične računalnike, pametne telefone. V šoli ter službi računalnike, ter na vseh teh napravah dostop do interneta. Od uporabe moderne tehnologije smo postali zasvojeni, saj smo z njo obkroženi povsod in si z njo skušamo kar se da olajšati življenje in si življenja brez uporabe moderne tehnologije in interneta sploh več ne znamo predstavljati (Peternelj & Sajovic, 2017). Komunikacija preko interneta ter virtualna zabava sta postali del vsakdanjika, a vpliv medmrežja še zdaleč ni tako nedolžen (Burmen, 2015). Številne ure, ki jih preživimo za računalniki, tablicami, pametnimi telefoni ter igralnimi konzolami imajo močan



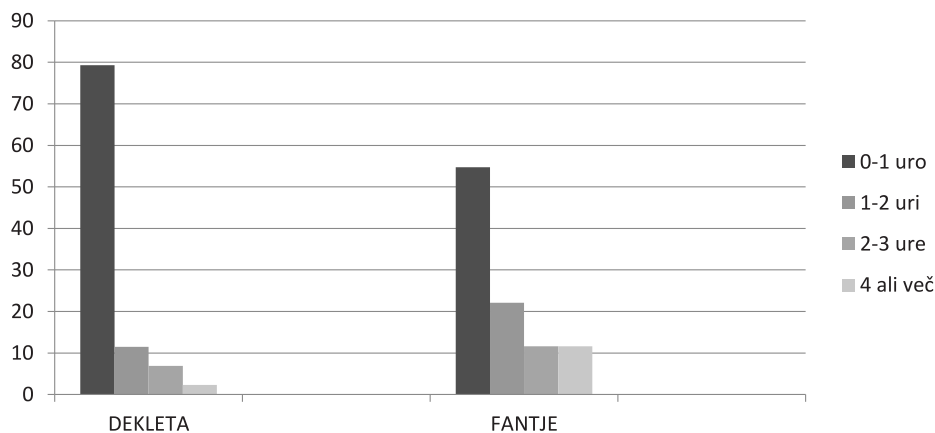
vpliv na kakovost medsebojnih odnosov (Pušnik, 2017). Pametni telefoni in tablični računalniki so velik problem tudi zaradi tega, saj jih sploh ni potrebno izpustiti iz rok in jih lahko nosimo s seboj tudi na stranišče in v posteljo. Postali so tudi vedno večja konkurenca računalnikom. Zelo ranljiva skupina pri uporabi vse te tehnologije so otroci in mladostniki, ker ne poznajo pasti ter negativnih posledic prekomerne uporabe. Čas uporabe, ter stvari ki jih otrok na določeni napravi uporablja je treba določiti s strani staršev. Pomembno je da so starši sami zgled otrokom in upoštevajo priporočljive strokovne smernice uporabe. V praksi vidimo, da pogosto otroci nimajo meje in nadzora pri uporabi, kar se posledično kaže tudi pri slabšem učnem uspehu, nasilnih izpadih, nespoštovanju do ostalih (Kosmač, 2016). Znaki zasvojenosti, ki se opažajo pri otrocih so močna potreba po neprestani uporabi spleta ali mobilnih aplikacij, težave z organizacijo svojih obveznosti, neuspešni poskusi omejitve uporabe tehnologije ter interneta, izguba občutka za čas med brskanjem po spletu ali igranju iger, slaba volja ob situacijah ko nima dostopa do teh naprav, težave s spanjem ter da raje uporabljajo virtualni svet in prijatelje kot pa realnost ter resnične ljudi okrog sebe (Miller, 2016).

Metode

Uporabili smo kvantitativni pristop k raziskovanju. Na strukturiran natisnjen vprašalnik sestavljen iz 22 vprašanj so učenci odgovarjali samostojno v času razrednih ur v mesecu decembru 2018 v osnovni šoli, ki jo obiskujejo. V raziskavi je sodelovalo 173 učencev petega razreda osnovne šole; 86 fantov in 87 deklet.

Rezultati

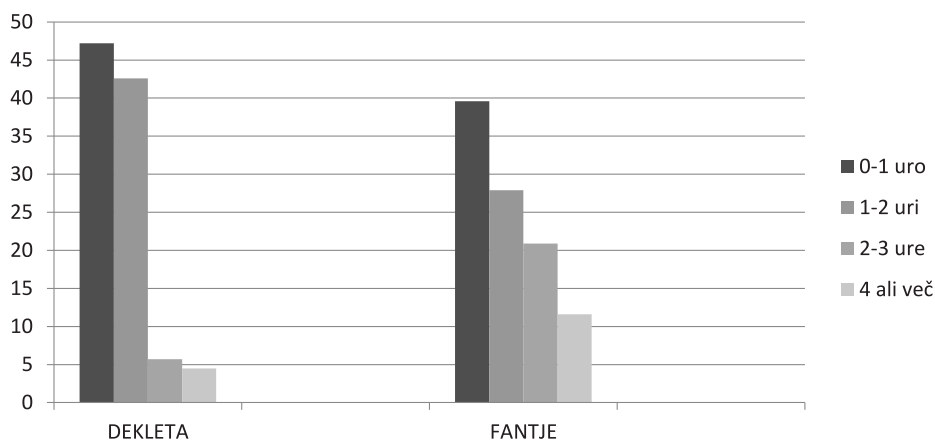
Prikazujemo podatke anketirancev in rezultate ankete, ki se nanašajo na uporabo moderne tehnologije ter interneta. Rezultate prikazujemo ločeno glede na spol anketirancev.



Slika 1: *Koliko časa vsak dan od ponedeljka do petka preživiš za računalnikom za uporabo zabavnih vsebin?*

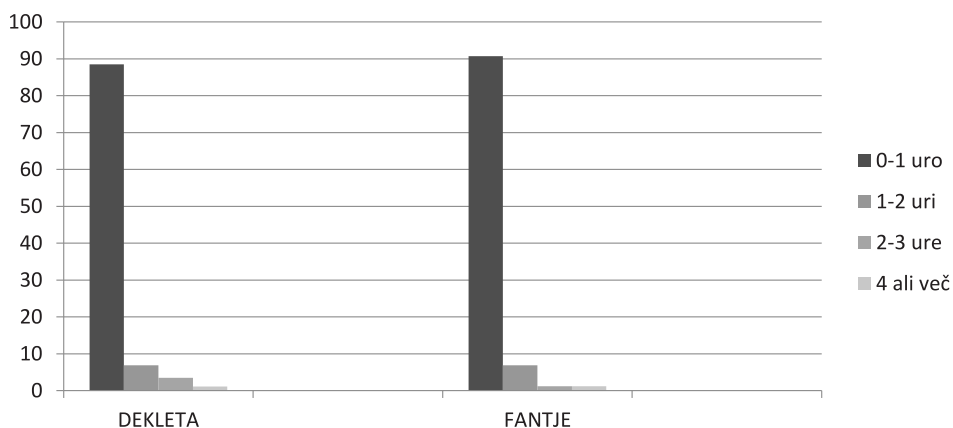
Graf (Slika 1) prikazuje, da pri dekletih računalnik za zabavne vsebine dnevno uporablja dobrih 20 % več kot 1 uro, pri fantih je ta odstotek še večji in sicer dobrih 45 %.



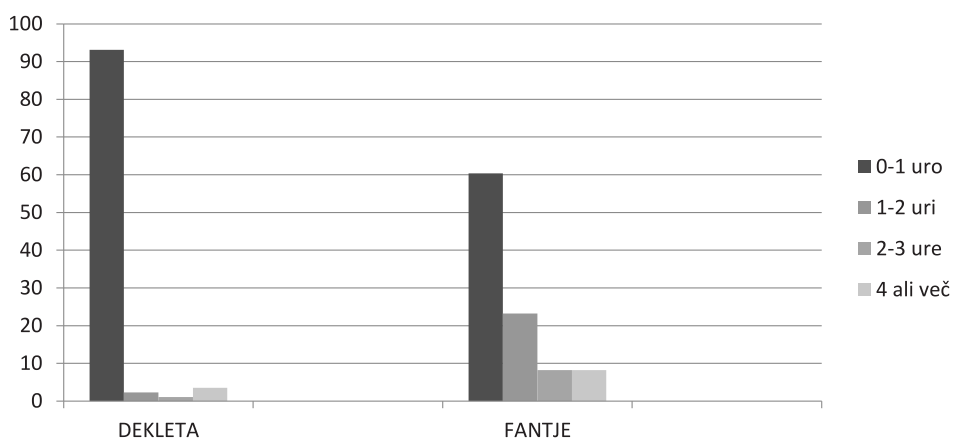


Slika 2: *Koliko časa vsak dan od ponedeljka do petka preživiš za pametnim telefonom?*

Graf (Slika 2) kaže, da več kot polovica deklet dnevno preživi več kot 1 uro za pametnim telefonom, fantje pa dobrih 60 %.



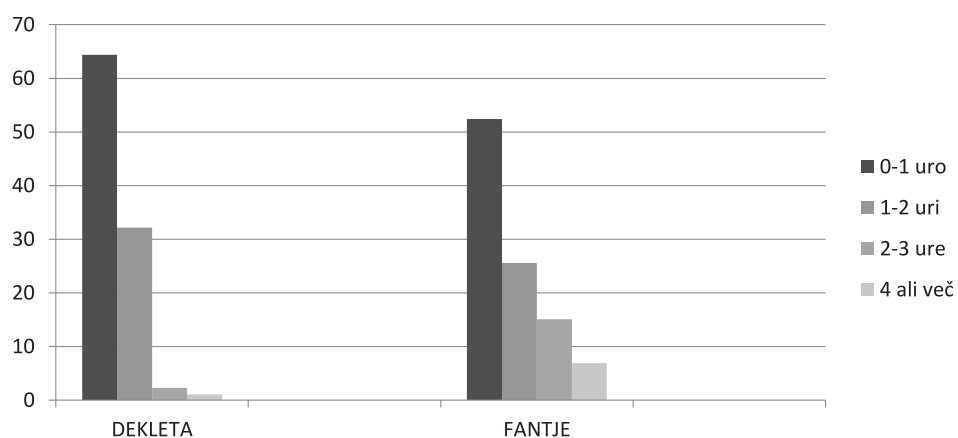
Slika 3: *Koliko časa vsak dan od ponedeljka do petka preživiš za tablico?*



Slika 4: *Koliko časa vsak dan od ponedeljka do petka preživiš za igralnimi konzolami (wii, play station, x-box)?*

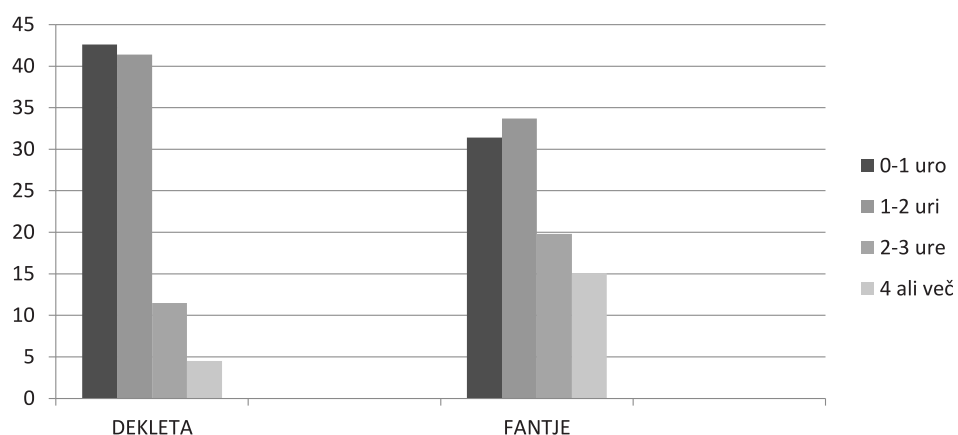
Zgornji graf (Slika 4) prikazuje, da fantje uporabljajo igralne konzole dosti več kot punce, kar smo tudi pričakovali.





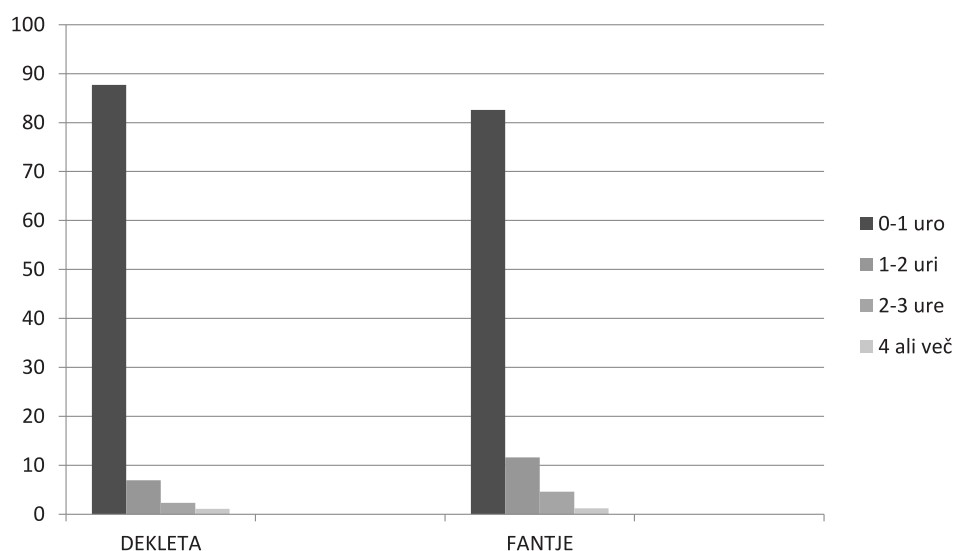
Slika 5: *Koliko časa čez vikend preživiš za računalnikom za uporabo zabavnih vsebin?*

V grafu (Slika 5) vidimo, da je pri dekletih uporaba računalnika čez vikend več kot 35 % uporabljena 1 uro ali več, ter pri fantih slabih 50 %.



Slika 6: *Koliko časa čez vikend preživiš za pametnim telefonom?*

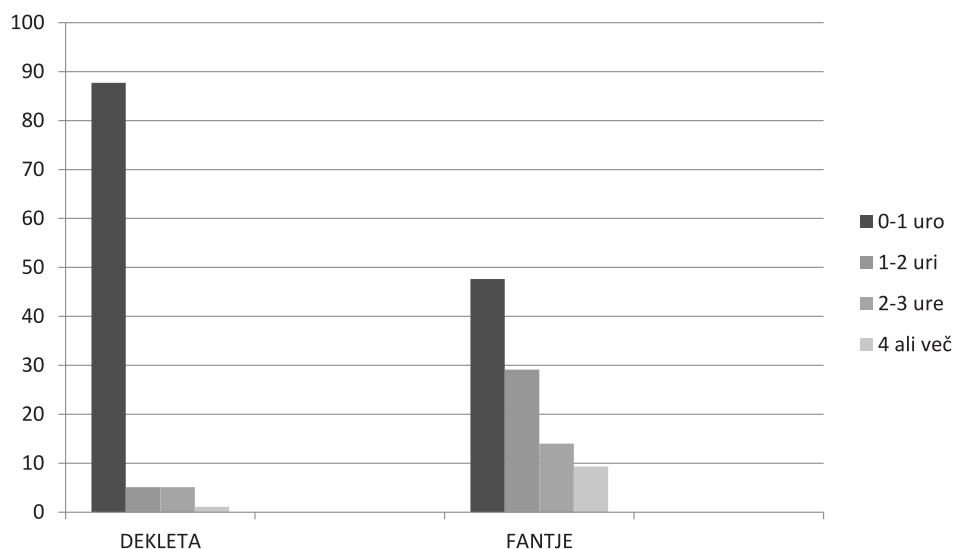
Graf (Slika 6) prikazuje, da je pri otrocih največ uporabljen pametni telefon. Dekleta slabih 60 % več kot eno uro in fantje slabih 70 % več kot eno uro.



Slika 7: *Koliko časa čez vikend preživiš za tablico?*

Kot smo že prej dokazali je najmanj uporabljen pri otrocih in mladostnikih tablični računalnik.

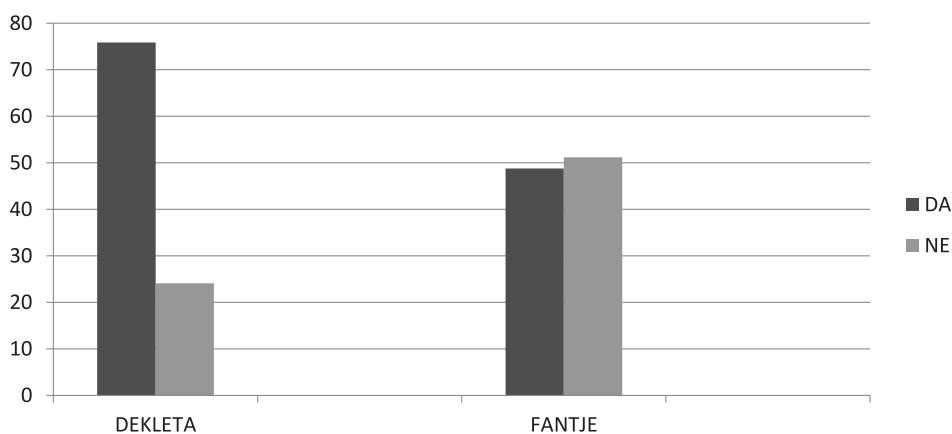




Slika 8: *Koliko časa čez vikend preživiš za igralnimi konzolami (wii, play station, x-box)?*

Tudi v zgornjem grafu (Slika 8) vidimo razliko med spoloma. Pri fantih so igralne konzole aktualne, medtem ko dekleta ne igrajo toliko.

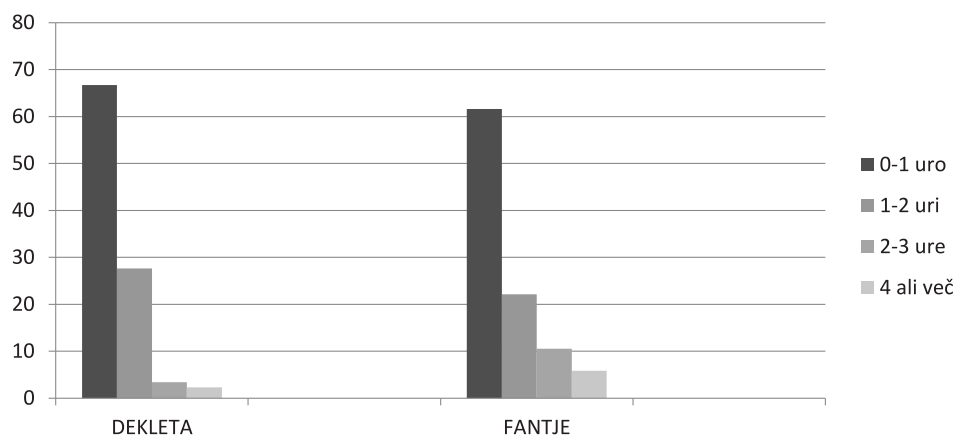
V vprašanju 9 so mi našeli igre, ki jih igrajo. Pri fantih smo ugotovili, da igrajo igre, ki so v večini nasilne ter imajo starostno omejitev 18 let (Fortnite, Gta, Call of Duty, Minecraft, Roblox). Dekleta ne igrajo rade iger, raje uporabljajo youtube, ko pa igrajo igre so v večini to miselne igre, Matematika, Trgovina, Sims, Farming.



Slika 9: *Misliš, da igranje nasilnih iger škodi tvojemu obnašanju?*

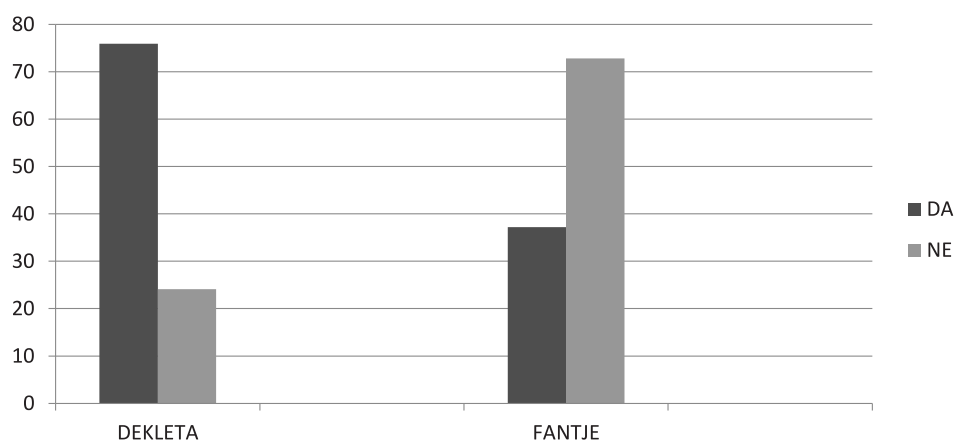
V prikazanem grafu (Slika 9) vidimo, da se dobrih 75 % deklet zaveda, da lahko igranje iger škodi njihovem obnašanju, ter slaba polovica fantov se zaveda tega problema, čeprav so večji uporabniki nasilnih iger kot dekleta.





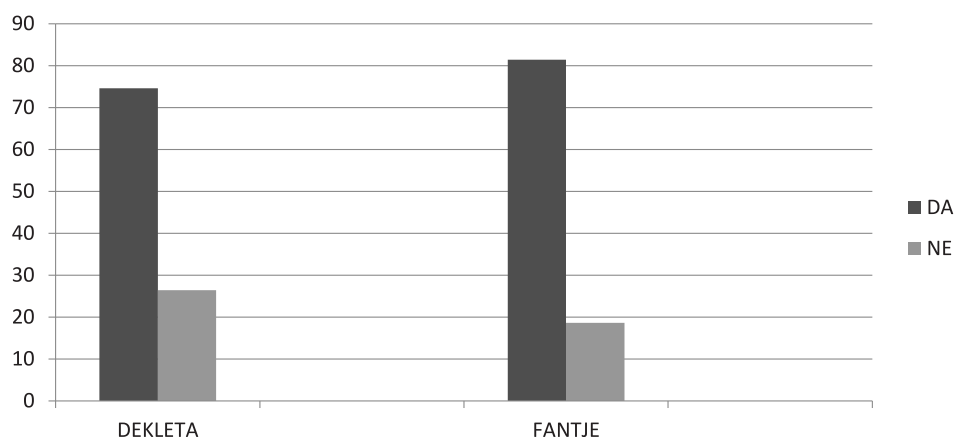
Slika 10: *Koliko časa preživijo starši pred tehnologijo za uporabo zabavnih stvari?*

Kot zanimivost si lahko pogledamo vprašanje, ki se je nanašalo na starše, ki naj bi bili vzgled otrokom. Kot smo videli, je uporaba tehnologije pri starših podobna ne glede na spol otrok. Slabih 40% uporablja moderno tehnologijo več kot 1 uro na dan.



Slika 11: *Ali imaš glede količine časa, ki jo preživiš pred moderno tehnologijo kakšno omejitev od staršev?*

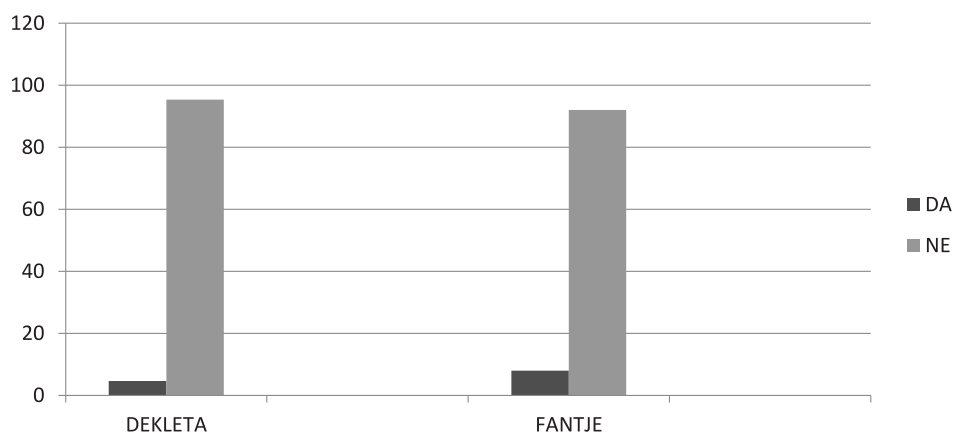
Slika 11 prikazuje veliko razliko pri omejitvah od staršev za časovno uporabo moderne tehnologije. Le četrtnina deklet ima omejitve, medtem ko je pri fantih situacija obrnjena in le četrtnina nima omejitve pri uporabi.



Slika 12: *Ali uporabljaš socialna omrežja (facebook, viber, snapchat)?*

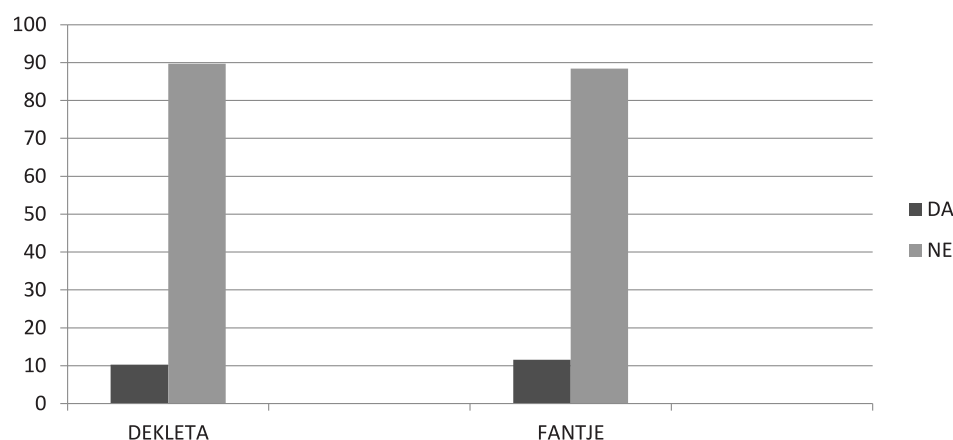
Graf (Slika 12) kaže na to, da uporablja večina deklet in fantov socialna omrežja, čeprav jih je večina z starostno omejitvijo, ki je še ne izpolnjujejo. Izmislijo si letnico rojstva in si ustvarijo profil.





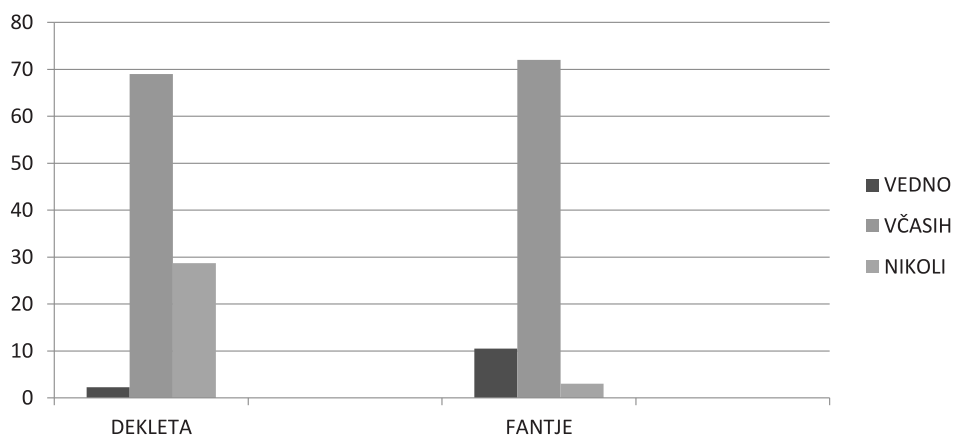
Slika 13: *Ali si že kdaj občutil/a nasilje preko spleta?*

Podatki v grafu (Slika 13) so zadovoljivi, saj je le slaba desetina otrok doživela kakršnokoli nasilje preko spleta.



Slika 14: *Če bi si dalj časa dopisoval/a z osebo, ki te razume in posluša bi se z njo dobil/a v živo?*

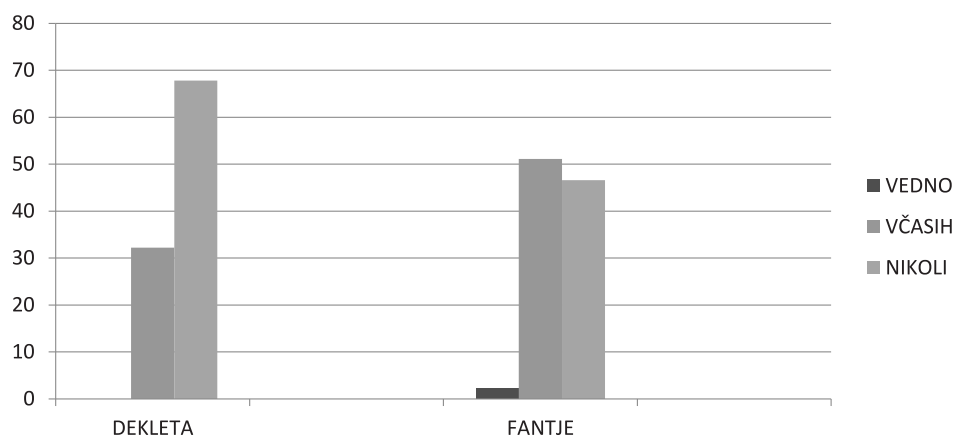
Graf (Slika 14) prikazuje, da kljub vsem predavanjem ki so jih slišali in čeprav jih starši, učitelji, zunanji sodelavci opozarjamo na nevarnosti, ki jim prežijo preko spleta, bi se vseeno 10 % otrok dobili z osebo, ki jo poznajo le preko spleta. Ta podatek nas je presenetil, saj smo pričakovali manjši odstotek.



Slika 15: *Ali preživiš na internetu kdaj več časa kot si načrtoval/a?*

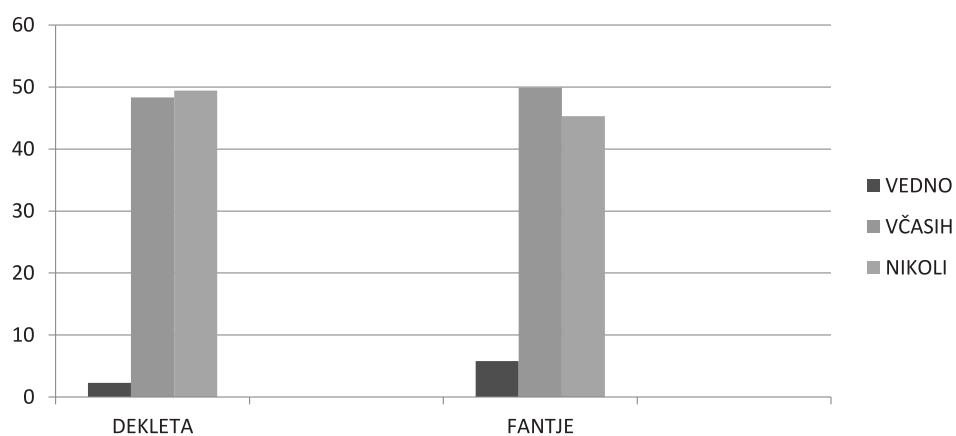
Graf (Slika 15) je dokaz, da gredo otroci s težavo z interneta, saj pozabijo na čas in jih vsebine ali igre tako potegnejo vase, da porabijo več časa za te vsebine kot so načrtovali.





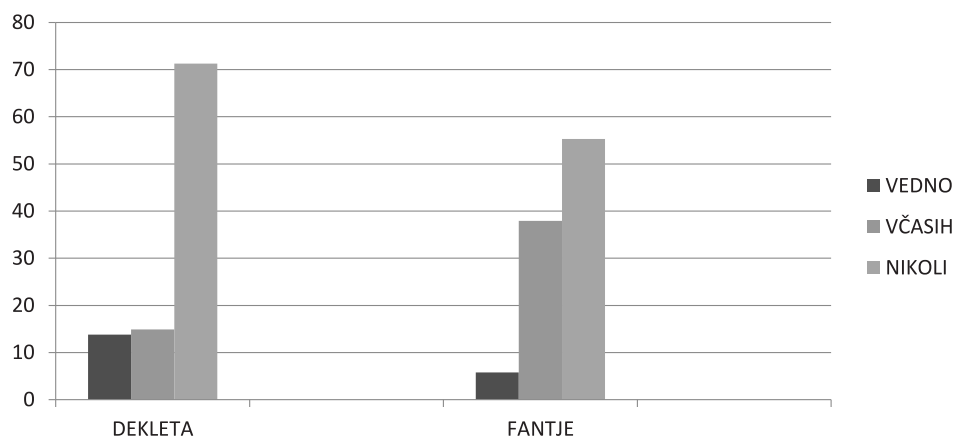
Slika 16: *Kako pogosto raje uporabljaš moderno tehnologijo, kot da bi se družil/a s prijatelji?*

Graf (Slika 16) prikazuje zaskrbljujoče stanje predvsem pri fantih, ki v več kot 50 % včasih raje uporabljajo moderno tehnologijo, kot da bi se družili s prijatelji. Pri dekletih je takšnih nekaj več kot 30 %.



Slika 17: *Misliš, da ocene trpijo zaradi tvoje uporabe moderne tehnologije?*

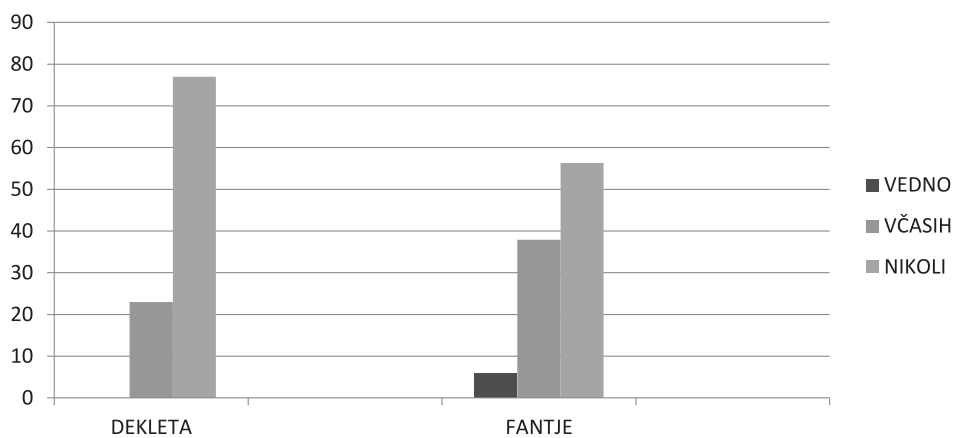
V grafu (Slika 17) vidimo, da se otroci pri obeh spolih v več kot 50 % zavedajo, da trpijo ocene zaradi uporabe moderne tehnologije.



Slika18: *Kako pogosto burno odreagiraš, ko te nekdo zmoti pri uporabi moderne tehnologije?*

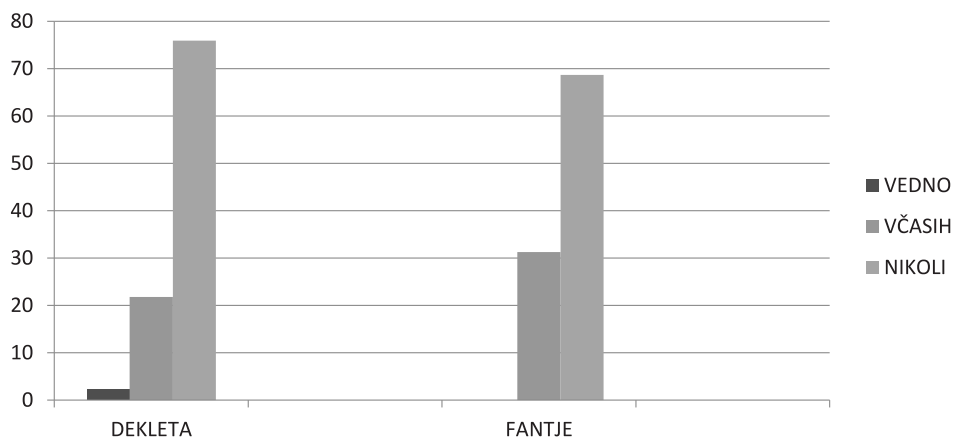
Graf (Slika 18) prikazuje, da se otroci razjezijo, ko jih nekdo zmoti pri uporabi moderne tehnologije, kar je eden od zgodnjih znakov zasvojenosti.





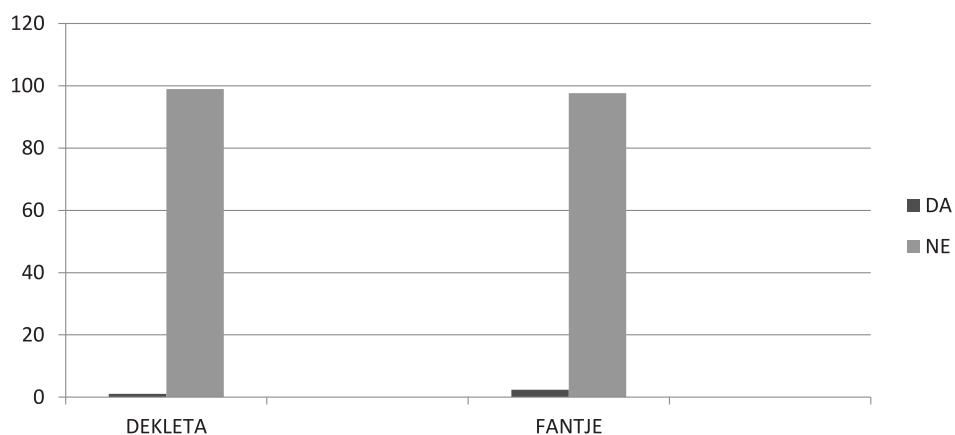
Slika 19: *Kako pogosto skušaš prikriti kako dolgo si uporabljal/a moderno tehnologijo?*

V grafu (Slika 19) vidimo, da otroci pogosto prikrivajo čas ki so ga preživeli pred napravami.



Slika 20: *Ali meniš, da imaš zaradi uporabe moderne tehnologije težave s koncentracijo med poukom in učenjem?*

Graf (Slika 20) kaže, da dobrih 20 % deklet meni, da imajo težave s koncentracijo med poukom in učenjem, ter 30 % fantov zaradi uporabe moderne tehnologije.



Slika 21: *Ali si kdaj na internet naložil/a sliko ali videoposnetek, ki ni bil primeren?*

Graf (Slika 21) prikazuje zadovoljiv podatek saj pri obeh spolih več kot 90 % otrok še ni naložila na internet posnetka ali slike, da bi to obžalovala zaradi neprimernosti. Vsi vemo, da kar je na internetu, tam ostane za vedno.



Zaključek

Našo domnevo o prekomerni rabi moderne tehnologije za zabavne vsebine ter interneta pri otrocih in mladostnikih smo z anketo potrdili. Aplikacije in igre so oblikovane tako, da nas čim bolj angažirajo in otrokom je težko izvajati samokontrolo. Menimo, da bi morali imeti otroci več nadzora staršev pri uporabi tehnologije ter interneta. Tudi igre, ki jih otroci igrajo so v večini mišljene za osebe starejše od 18 let, saj prikazujejo surovo nasilje. Moramo se zavedati, da dokler niso postavljene meje iz strani staršev ter njihov nadzor, tako dolgo se bomo soočali s težavo prekomerne rabe ter uporabo letom neprimernih vsebin. Težava je tudi v tem, da imajo otroci računalnike in televizorje v svojih sobah, kjer jih nihče ne nadzira kdaj in kaj delajo, ko uporabljajo te naprave. Tudi učitelji nam vse več tožijo, da so izraziti negativni vplivi tehnologije vidni na otrocih in da je zato pogosto težko izpeljati uro v razredu. Vedno bolj so problematični že otroci v nižjih razredih, kar iz leta v leto vodi le v vse večjo zasvojenost in posledično so negativni učinki iz leta v leto bolj izraziti.

Literatura

Burmen, S., 2015. Kdo je odvisnik od svetovnega spleta. Available at: <https://www.iskreni.net/vsebine/zivljenjski-slog/kdo-je-odvisnik-od-svetovnega-spleta> [julij 2015].

Kosmač, G., 2016. Zasvojenost s spletom in napravami: otrok je problematičen, porihajte ga. Available at: https://www.rtvsl.si/zdravje/novice/zasvojenost-s-spletom-in-napravami-otrok-je-problematicen-porihajte-ga/407902?fbclid=IwAR0nJUVbvjOPITXv_8tgf8sPTkY7K7aDgb6joP9YVvKX5x_mn9m3Nb4duolw [December 2016].

Miller, C., 2016. Is internet addiction real. Available at: https://childmind.org/article/is-internet-addiction-real/?fbclid=IwAR2tngdF8PT8wa3tX7uMIE1EWZsdCrVojHsko_p5v2TwrTY6nT2cv08p8HI

Peternelj, T. & Sajovic, T., 2017. Zasvojenost ali odvisnost? To je zdaj vprašanje. Available at: <https://www.dnevnik.si/1042766476?fbclid=IwAR2L9MrP8Iix5qkPIV9sKSI movuEjOUbYdKDqUmMpO44NsdWGDh31hBuc7A> [Marec 2017].

Pušnik, M., 2017. Zasvojenost s tehnologijo: V množici diet tudi digitalna dieta. Available at: <https://www.dnevnik.si/1042771823> [Maj 2017].



POZITIVNA SAMOPODOBA OSNOVNOŠOLCEV - VLOGA ZDRAVSTVENE VZGOJE

Andreja Škof, mag. zdr. nege

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Organizacijska enota Varstvo otrok in mladine – Zdravstvena vzgoja

adejka@gmail.com

Izveček

Uvod: V prispevku se osredotočamo na del duševnega zdravja, ki zajema krepitev samopodobe osnovnošolcev. Skozi literaturo ugotovimo kolikšen pomen ima oblikovanje samopodobe na zdravje kot celoto. S prispevkom smo želeli ugotoviti, katere pozitivne trditve v delavnici »Spoštujem se in se sprejemam« sedmošolci najpogosteje izberejo. Iskali smo odgovor na raziskovalna vprašanja: Katera pozitivna trditev na delovnem listu na temo pozitivne samopodobe, je najpogosteje izbrana? Ali je pri fantih in dekletih najpogosteje izbrana ista pozitivna trditev? **Metode:** je bila kvantitativna, podatki so bili zbrani iz delovnih listov. Raziskovalni vzorec je anonimen in zajema 196 učencev, od tega 106 fantov in 90 deklet, ki obiskujejo sedmi razred osnovnih šol v Mariboru in okolici. Podatki so prikazani v tabeli in z grafično distribucijo. **Rezultati:** Najpogosteje izbrana pozitivna trditev je »Imam prijatelje«. Enaka trditev je na prvem mestu tako pri fantih, kot tudi pri dekletih. **Diskusija:** Pregledali smo arhivirane delovne liste in ugotovili v kolikšnem odstotku se odločajo o trditvah. Rezultate smo glede na število in odstotek prikazali razvrščene po vrsti v tabeli. Najpogosteje izbrano pozitivno trditev »Imam prijatelje« je izbrala slaba polovica 48% vseh, od tega fantje 51%, dekleta pa 48%. **Zaključek:** V tem prispevku smo se odločili, da se osredotočimo izključno le na del naloge, ki zahteva izbiro treh pozitivnih trditvev. Morda bi bilo v prihodnje s kvalitativno metodologijo zanimivo dobiti tudi vpogled, kakšne so njihove dopolnitve teh trditvev, kako opredeljujejo svojo samopodobo v tem trenutku, ko še odraščajo.

Uvod

Medicinske sestre obiskujemo otroke in mladostnike v osnovnih šolah, kjer po priporočilih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) izvajamo predavanja in delavnice, ki pripomorejo h krepitvi zdravja. Oblika in način dela je podrobno opisana v Priročniku za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva. Delavnice so kot osnova za izvajanje vzgoje za zdravje otrok in mladostnikov (osnovnošolce). Namenjena je izvajalcem vzgoje za zdravje na primarni ravni zdravstvenega varstva. Delavnice se izvajajo v sodelovanju s šolami (Pucelj, 2015). Številni strokovnjaki v svojih delih pišejo o vlogi pozitivne samopodobe za dobro duševno zdravje, ki jo človek začne graditi že v otroštvu. Glede na pomen pozitivne samopodobe v našem življenju imata skrb za njeno krepitev pri mladostnikih in učenje socialnih veščin pomembno vlogo na področju primarne preventive za celotno populacijo, še posebno pa za socialno ranljivejše otroke in mladostnike (Tacol & Goličnik, 2015). O pomembnem vplivu samopodobe na kakovost otrokovega življenja piše tudi Jelovšek (2013) in razloži, da je razvoj pozitivne samopodobe potrebno sistematično spodbujati med rednim poukom in izven njega. Samopodoba namreč znatno vpliva na počutje, vedenje, delovanje in osebnostni razvoj: koliko se otroci cenijo, koliko se počutijo cenjene in tudi koliko imajo samozaupanja glede uspešnega obvladovanja življenjskih izzivov.

O tem, da samopodoba usmerja naše razmišljanje o sebi in o svetu, naše čustvovanje in vedenje ter vpliva na odnose z drugimi pišejo Tacol, et al (2019). Pozitivna samopodoba v pomembni meri določa posameznikovo zadovoljstvo z življenjem, njegovo srečo ter varovalno vpliva na telesno in duševno zdravje. Prav tako isti avtorji navajajo, da se samopodoba oblikuje postopoma. Na njeno oblikovanje vplivajo razvojni dejavniki, izkušnje posameznika s samim seboj in z okoljem ter predvsem lastna ocena, kako ga vidijo in vrednotijo drugi (Tacol, et al., 2019).



Glede na družbene pritiske, ki prispevajo k negativni samopodobi, posebej pri dekletih, je pomembno, da jim ljudje, s katerimi so največ v stiku, pomagajo pri oblikovanju zdrave, pozitivne telesne samopodobe (Kuhar, 2013).

Hribar (2015) razlaga, da so danes številne delavnice za spodbujanje pozitivne samopodobe usmerjene v mlado populacijo in hkrati opozarja, da je bila v preteklosti starejša populacija za te programe v času rednega izobraževanja prikrajšana. Za vsako starostno skupino oz. razred osnovne šole je pripravljena po ena delavnica. Delavnice se dotikajo ključnih tem zdravega načina življenja otrok in mladostnikov ter spodbujajo k bolj zdravim navadam (Pucelj, 2015).

V sedmem razredu osnovne šole sta na temo duševnega zdravja pripravljena dva dela delavnice. Prvi del delavnice je usmerjen v utrjevanje samospoštovanja, ki je temeljna prvina samopodobe. Učenci skozi izbiro pozitivnih trditev prepoznavajo pri sebi svoje pozitivne lastnosti. Drugi del delavnice zajema področje stresa. (Tacol & Goličnik, 2015).

Po navodilih za izvedbo delavnice, kot jih priporočata Tacol & Goličnik (2015), se trudimo zagotoviti varno okolje v razredu, vzpostaviti skušamo vzdušje sprejetosti in spoštovanja. V ta namen se pred izvedbo delavnice dogovorimo, da ima vsak možnost izraziti svoje mnenje in občutke, opozorimo jih, da lahko imamo za iste stvari različna mnenja ter želimo, da te različnosti upoštevamo in ne dovolimo posmehovanja. Dogovorimo se tudi, da bomo spoštovali zasebnost vsakega posameznika. Tega, kar bomo v skupini govorili, poslušali, izražali, ne bomo pripovedovali ali sporočali drugim. Učence spodbujamo k razmišljanju in razvijanju lastnega mnenja, a jih nikakor ne silimo, kadar zaznamo, da bi se učenci želeli izogniti odgovoru, oz. ga pred razredom ne želijo povedati. Poskrbimo, da se bodo učenci lahko izognili odgovoru, ki bi bil zanje neprijeten, tako svetujeta avtorja delavnice.

V delavnici »Spoštujem se in se sprejemam« mladostniki spoznavaajo, da je človek, ki se spoštuje, zadovoljen sam s seboj in se ceni. S tem ko spoštuješ sebe, hkrati doživljaš da si vreden ljubezni, sreče in spoštovanja drugih ljudi. Mladi se usmerjajo v svoje dobre lastnosti s pomočjo pozitivnih trditev o sebi in na osnovi pozitivnih mnenj, ki jih o njih izrekajo sošolci. Ko krepijo spoštovanje do samega sebe, razvijajo zaupanje v lastno vrednost (Tacol & Goličnik, 2015).

Naš namen je bil pridobiti podatek, katere so pozitivne trditve, ki jih na delovnem listu »Spoštujem se in se sprejemam« sedmošolci najpogosteje izberejo.

Cilji so bili:

- pregledati arhivirane delovne liste sedmošolcev,
- ugotoviti katere pozitivne trditve sedmošolci izbirajo,
- zbrane podatke prikazati in jih uvrstiti glede na pogostost izbire
- z dobljenimi rezultati dati izhodišče za morebitno nadaljnje raziskovalno delo na tem področju.

Z dobljenimi podatki smo iskali odgovor na dve raziskovalni vprašanji. Katera pozitivna trditev na delovnem listu na temo pozitivne samopodobe je najpogosteje izbrana? Ali je pri fantih in dekletih najpogosteje izbrana ista pozitivna trditev?

Metodologija

Za pridobivanje podatkov smo se odločili za kvantitativno metodo. Instrument raziskave ni bil posebej za namen raziskave razviti vprašalnik, temveč smo uporabili arhivirane izpolnjene delovne liste za sedmi razred osnovne šole.

Sedmošolcem smo pri izvajanju vzgoje za zdravje razdelili list na katerem je 25 pozitivnih trditev. Delovni list je pripravljen po predlaganem vzorcu iz priločnika Za boljše zdravje otrok in mladostnikov. V delavnicah smo jih spodbujali, da preberejo vse trditve in izberejo tri, v katerih se najbolj najdejo. Podano je bilo navodilo, da te tri izbrane trditve tudi dopolnijo tako, da jih zapišejo ali jih vsaj ustno utemeljijo. V kolikor smo zaznali, da učenec ne želi pred vsemi utemeljevati svoje izbire, ga v to nismo silili. Na koncu ure smo vzeli liste tistim, ki jih iz različnih razlogov niso želeli obdržati. Hranimo jih v našem arhivu za tekoče šolsko leto.

Za našo raziskavo smo najprej pregledali naš arhiv in zbrane delovne liste označili in izločili vse,



ki niso imeli treh izbranih trditev (takšne, ki so imeli manj kot tri in takšne, ki so imeli več kot tri). Potrebovali smo namreč izključno dva podatka in sicer spol ter jasno označene tri trditve. Drugih osebnih podatkov nismo iskali, niti podatka na kateri osnovni šoli je bil izpolnjen. Vzorec je anonimen, opredelimo ga lahko le s podatkom o starosti udeležencev v raziskavi. Vsi, ki so izpolnjevali delovne liste so namreč stari med 12 in 13 let, saj se ta delavnica izvaja v sedmih razredih osnovnih šol. Upoštevali smo delovne liste, ki so jih izpolnili v zadnjih petih mesecih, torej v šolskem letu 2019/2020, v osnovnih šolah na področju Maribora in okolice. Izbrali smo 196 delovnih listov, od tega 90 za ženski spol in 106 za moški spol. Nato smo šteli kolikokrat so se osnovnošolci odločali za katero trditev, zbrane podatke vnesli in obdelali v programu Microsoft Excel, le te pretvorili v odstotke in jih prikazali v tabeli za oba spola skupaj in z grafično distribucijo po spolu.

Rezultati

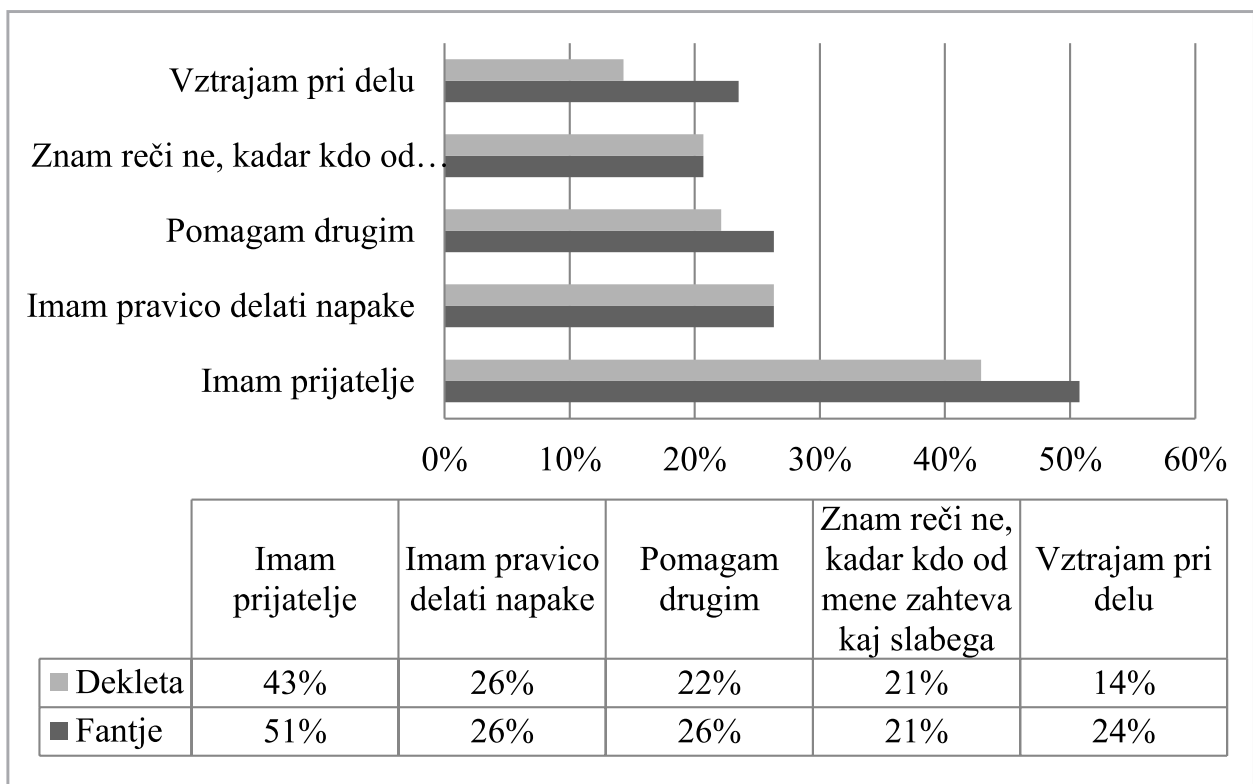
V tabeli prikazujemo trditve, ki so jih osnovnošolci izbirali na delovnem listu. Zbrani podatki so prikazani po vrstnem redu, glede na skupen odstotek (%), kako pogosto je bila določena trditev izbrana. V tabeli v odstotku na koncu prikazujemo število izbranih trditev skupno za oba spola. Razlike med spoloma glede izbire trditev prikazujemo grafično.

Zap. št.	Pozitivna trditev	Sk. Št.	%
1	Imam prijatelje	93	48,4%
2	Imam pravico delati napake	56	28,0%
3	Pomagam drugim	48	24,5%
4	Znam reči ne, kadar kdo od mene zahteva kaj slabega	44	22,4%
5	Vztrajam pri delu	38	19,4%
6	Vem, kaj si v življenju želim in se trudim, da bi to dosegel	32	16,3%
7	V meni je pogum	29	14,8%
8	Sprejemam drugačnost pri ljudeh	28	14,3%
9	Razvijam svoje sposobnosti in interese	28	14,3%
10	Verjamem vase	27	13,8%
11	Zasluzim si srečo	18	9,2%
12	Imam pravico povedati svoje mnenje	17	8,7%
13	Znam organizirati svoj čas	17	8,7%
14	Sprejemam se takšnega, kot sem	14	7,1%
15	Sodelujem z drugimi in jih sprejemam	13	6,6%
16	Sem odgovoren človek	12	6,1%
17	Ne izogibam se problemom, poskušam jih reševati	11	5,6%
18	Moje življenje ima smisel	11	5,6%
19	Znam se vživeti v druge in jih razumeti	10	5,1%
20	Rad se imam in se spoštujem	9	4,6%
21	Sem edinstven in neponovljiv človek	8	4,8%
22	Na dogodke in situacije znam pogledati s pozitivne plati	7	3,6%
23	V ljudeh iščem dobre lastnosti	7	3,6%
24	Poskušam razumeti svoja čustva, kadar sem prizadet	7	3,6%
25	Tudi, če nisem zadovoljen z vsemi svojimi lastnostmi se imam rad	5	2,6%

Tabela 1: Prikaz izbranih pozitivnih trditev

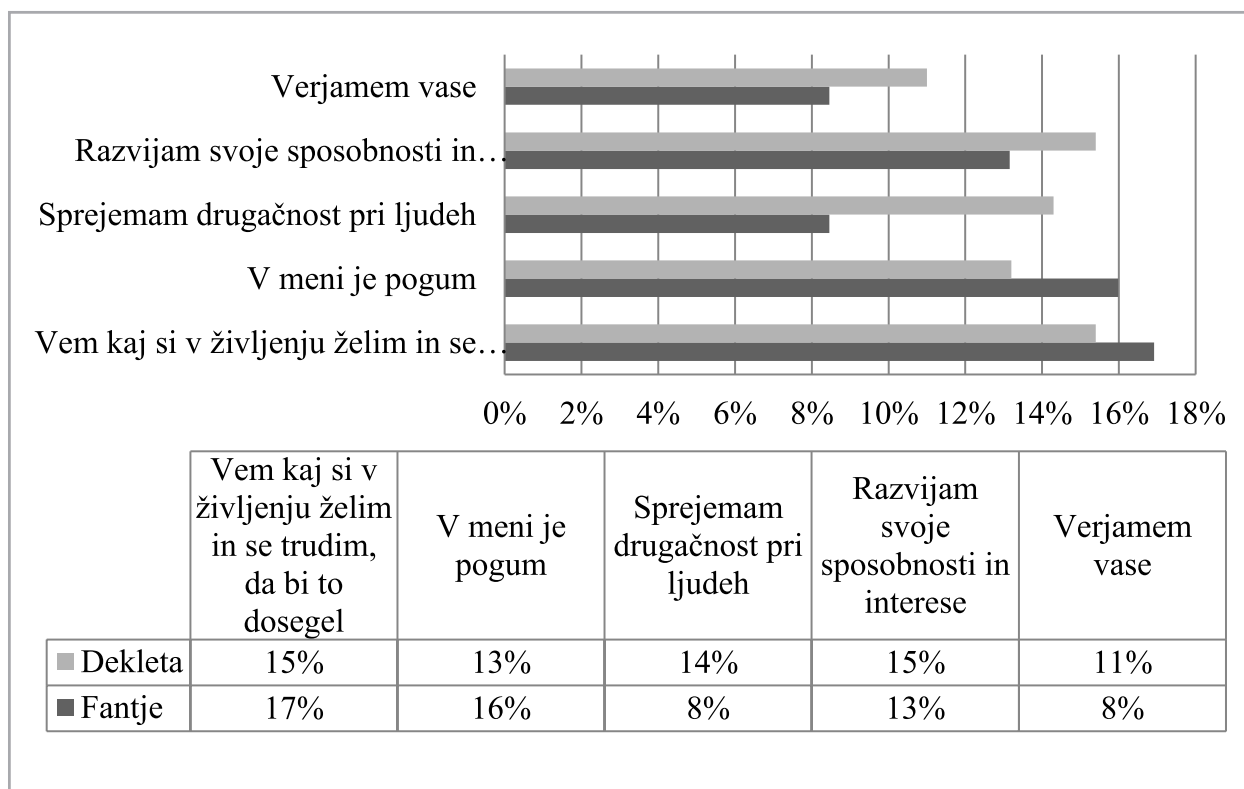


Najpogosteje izbirajo trditev »Imam prijatelje«, za to trditev se jih je namreč odločila slaba polovica, 93 to je 48,4%. Naslednja najpogosteje izbrana trditev je »Imam pravico delati napake«, za to se jih je odločilo 56, kar pomeni 28%. Za trditev »Pomagam drugim« se jih je odločilo 48, torej 24,5%. »Znam reči ne, kadar kdo od mene zahteva kaj slabega« je označilo 44 oz. 22,4% osnovnošolcev. Za trditev »Vztrajam pri delu« se jih je odločilo 38 oz. 19,4%. 16,3 %, to je 32 osnovnošolcev je kot 6. najpogostejšo trditev izbralo »Vem, kaj si v življenju želim in se trudim, da bi to dosegel«. Kot 7. se najpogosteje označi trditev »V meni je pogum«, to jih je izbralo 29, kar pomeni 14,8%. Trditvi »Sprejemam drugačnost pri ljudeh« in »Razvijam svoje sposobnosti in interese«, sta uvrščeni na 8. in 9. mesto, oboje s 14,3%. Je pa opažena razlika glede izbire te trditve po spolu, kar prikazujemo grafično. Na 10. mestu je s trditvijo »Verjamem vase«, ki je bila izbrana 27 krat, v 13,8%. Pozitivne trditve, ki so jih osnovnošolci izbirali manj pogosto, so trditve od zaporedne številke 11 do 25. Te trditve so izbrali manj kot 10%, kar je razvidno v tabeli. V nadaljevanju prikazujemo podatke iz tabele še grafično, z namenom prikaza razlike glede izbire posamezne trditve po spolu.

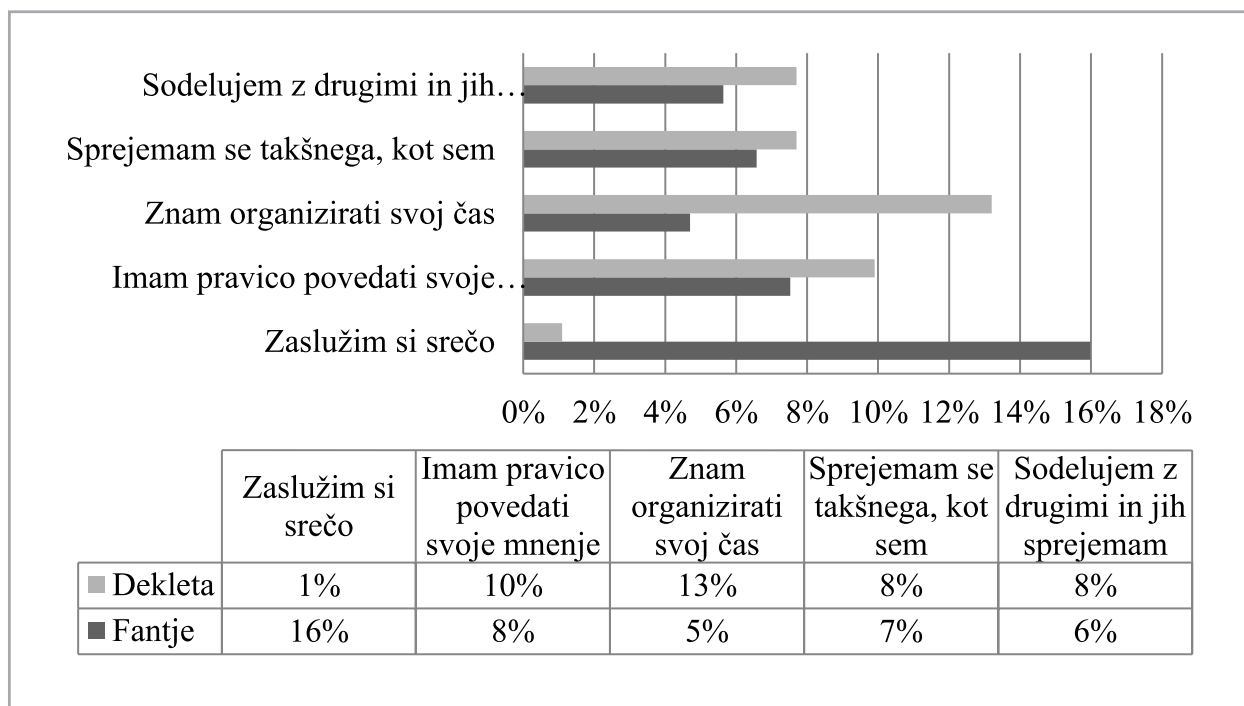


Slika 1: Izbrane pozitivne trditve od 1 do 5, prikaz po spolu



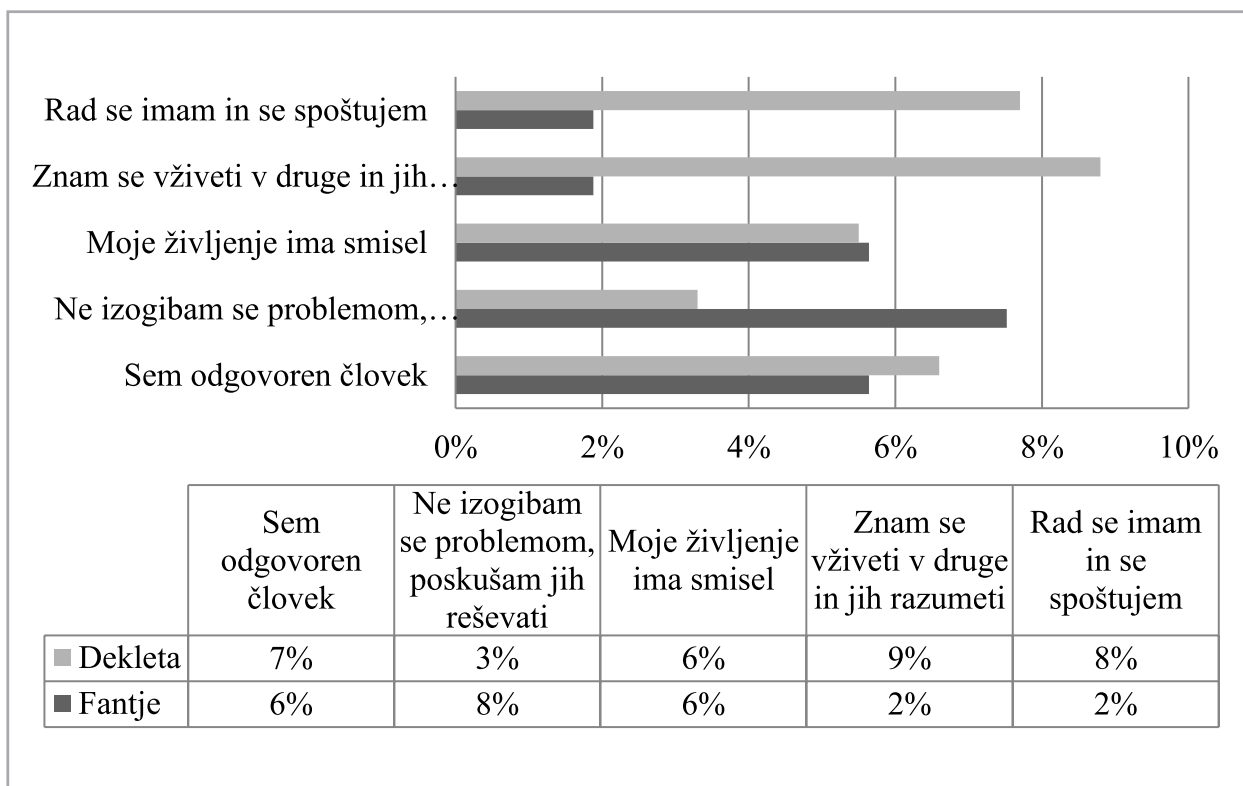


Slika 2: Izbrane pozitivne trditve od 6 do 10, prikaz po spolu

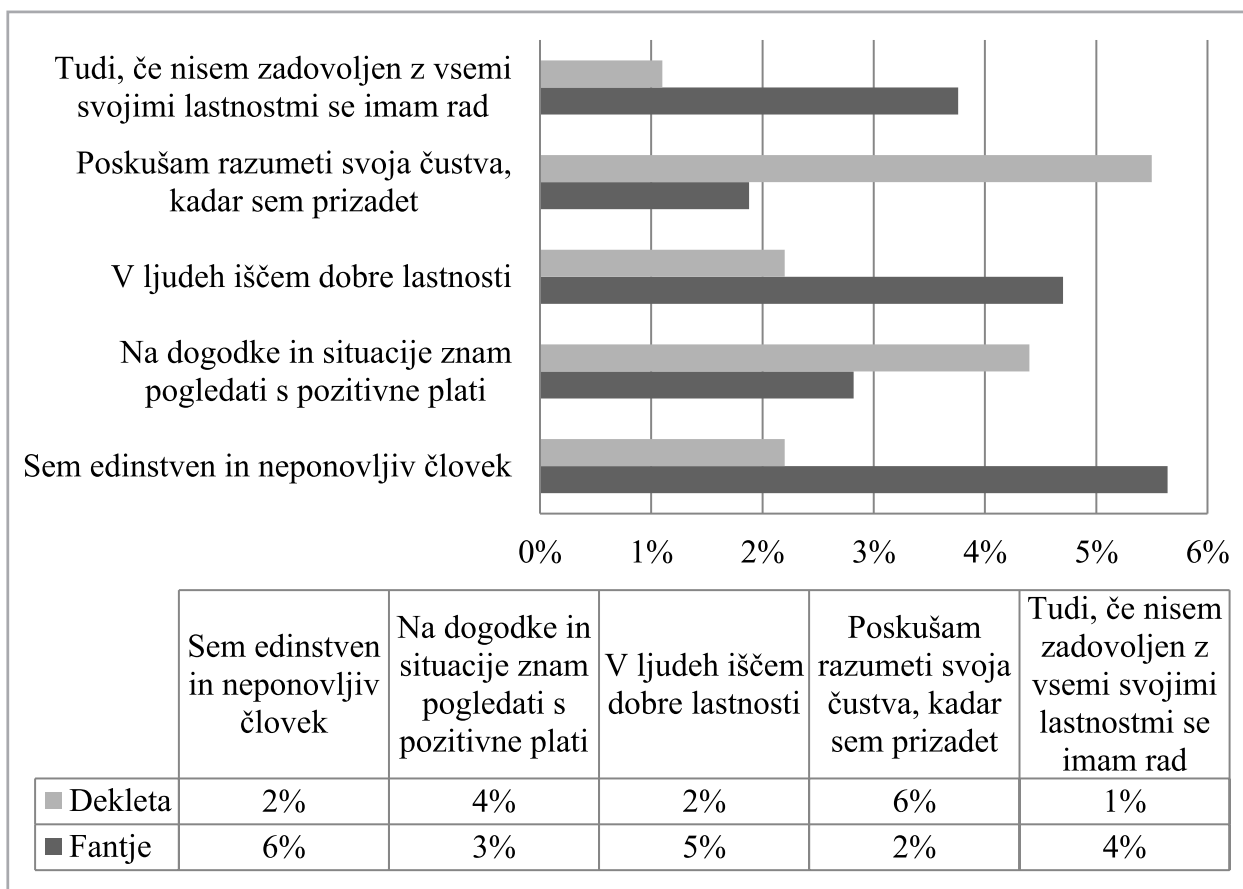


Slika 3: Izbrane pozitivne trditve od 11 do 15, prikaz po spolu





Slika 4: Izbrane pozitivne trditve od 16 do 20, prikaz po spolu



Slika 5: Izbrane pozitivne trditve od 21 do 25, prikaz po spolu



Diskusija

Na prvo raziskovalno vprašanje »Katera pozitivna trditev na delovnem listu na temo pozitivne samopodobe je najpogosteje izbrana?« bi lahko odgovorili, da se po zbranih podatkih najpogosteje odločajo za pozitivno trditev »Imam prijatelje«. Kot svojo pozitivno lastnost jih to opredeli malo manj kot polovica, dobrih 48 %.

Na drugo raziskovalno vprašanje »Ali je pri fantih in dekletih najpogosteje izbrana ista pozitivna trditev?« je odgovor pritrdilen. Najpogosteje izbrana pozitivna trditev »Imam prijatelje« je na prvem mestu tako pri fantih 51%, kot tudi pri dekletih 43%.

Čeprav so pri izbiranju velikokrat precej podobni, včasih celo enaki v razmišljanju, so pa opazna tudi odstopanja. Predvidevamo, da preprosto zato, ker se že razlikujejo v razmišljanju. Da bi imeli popolno primerjavo razlik v mišljenju med spoloma, bi moral biti vzorec (število izpolnjenih delovnih listov) glede na spol morda popolnoma enak? Sedaj smo imeli na voljo vzorec 106 fantov in 90 deklet. Sta pa številki precej blizu, tako da lahko trdimo le, da se po grafičnem prikazu ponekod zaznajo razlike pri izbiranju pozitivnih trditev.

V navodilih za izvajanje delavnice je zapisano, da potem, ko moderator učencem pojasni pomen pozitivnih trditev in njihovo povezavo z razvijanjem pozitivnega mnenja o sebi predlaga, naj doma seznam še naprej uporabljajo. Trditve naj si prilepijo na vidno mesto, da jih lahko večkrat preberejo, lahko si jih prilepijo v zvezke (Tacol & Goličnik, 2015).

Zakaj imamo torej izvajalke Vzgoje za zdravje delovne liste arhivirane? Z leti izkušenj smo ugotovile, da si veliko sedmošolcev tega lista preprosto ne želi obdržati, saj ga puščajo na mizi, vržejo v koš ali ga kako drugače uničijo. Dogovorile smo se, da ne želimo, da naši delovni listi pristanejo v košu, zato smo se odločile, da liste hranimo za tekoče šolsko leto. Učencem povemo, da si lahko tisti, ki to želijo, obdržijo liste in si jih lahko še večkrat pogledajo. V kolikor pa listov ne želijo obdržati, nam jih lahko vrnejo oz. pustijo na mizi.

V obdobju mladostništva ne moremo in ne smemo zanemariti vpliva, ki ga imajo vrstniki in prijatelji na posameznika pri oblikovanju samopodobe. Z našo raziskavo smo ugotovili, da jim je ravno to, da imajo prijatelje najpomembnejša lastnost. O vplivu vrstnikov lahko zasledimo podatke tudi drugod v literaturi. Kuhar (2013) razlaga rezultate raziskave o telesni samopodobi in navaja, da le ti potrjujejo pomen vrstniškega pritiska, pravi namreč, da so lahko vrstniki model za posnemanje obnašanja, vir draženja, včasih tudi tolažbe ali skupnega jamranja. Dobri odnosi z vrstniki so pomemben dejavnik zdravega odraščanja. Otrokom in mladostnikom dajejo občutek povezanosti, sprejetosti, vrednosti, občutek, da so del skupnosti (Tacol, et al., 2019).

Pri nastajanju in razvijanju individualne zavesti imajo velik pomen informacije, ki jih posameznik pridobi o sebi in jih zadrži v podobo samega sebe. Zelo pomembne so informacije o nas samih, ki jih dobimo od drugih ljudi, naša samopodoba je tako odraz mnenja, ki so ga imeli ali ga imajo drugi ljudje o nas (Musek & Pečjak, 2001 cited in Hribar, 2015).

Anketirane smo povprašali, kako ocenjujejo vpliv nekaterih dejavnikov na lastne občutke, misli in ideale o lastnem telesu. Oba spola sta izpostavila vpliv vrstnikov kot najpomembnejši dejavnik vpliva. Skoraj polovica deklet je dejala, da fantje pomembno ali zelo pomembno vplivajo na njihove občutke, misli in ideale o telesu; 42% fantov pa je dejalo, da so tak dejavnik vpliva dekleta. Skoraj tretjina deklet in tudi fantov zaznava kot pomemben vpliv prijateljice oz. prijatelje (Kuhar, 2013).

Pregledali smo arhiv zbranih podatkov in predstavili seznam trditev, ki jih najpogosteje izbirajo. Na koncu priprave članka smo mnenja, da so podatki lahko dobra iztočnica za morebitno nadaljnje delo v tej smeri, morda tudi glede razlik med spoloma in dožemanju samega sebe. Zanimivo je namreč, da se po pogostosti izbire določenih trditev oba spola včasih odločata v precej podobnem odstotku, včasih pa so po videnem grafičnem prikazu pri določeni trditvi pri tem večja odstopanja. Deklice se več ukvarjajo s seboj in več razmišljajo o tem. Možen razlog za večjo pozornost deklic na področju samospoštovanja lahko pripišemo vzgojnim stilom. Dečki se morda ne želijo spraševati o lastni vrednosti, saj se morda ne bi znali soočiti z negativno oceno. Deklice, ki se



pogosteje ukvarjajo z lastno vrednostjo, so zmožne boljšega koreliranja čustvenih odzivov, lažje sprejmejo neprijetna čustva (Marčič, 2006 cited in Hribar, 2015).

Raziskavo bi v prihodnje lahko peljali v smeri izpisa dopolnjenih trditvev, v navodilih imajo osnovnošolci namreč dve nalogi. Izbrati morajo tri trditve in jih nato dopolniti. V tem prispevku smo se odločili, da se osredotočimo na prvi del naloge, morda bi bilo v prihodnje zanimivo dobiti tudi vpogled, kakšne so njihove dopolnitve, kako opredeljujejo svojo samopodobo v tem trenutku, ko še odraščajo.

Zaključek

Z našo kratko raziskavo smo izpolnili naš namen in sicer, da pregledamo izpolnjene delovne liste, ki jih hranimo v arhivu za tekoče šolsko leto. Prav tako smo dosegli naše cilje, saj smo pregledali arhivirane delovne liste sedmošolcev in ugotovili smo v kolikšnem odstotku se odločajo o trditvah. Prikazali smo najpogosteje izbrane trditve, tako da so po vrsti razvrščene v tabeli. Ob zbiranju in obdelavi podatkov so se nam porajala tudi nova vprašanja. Raziskava je dala namreč nek vpogled v trenutno stanje in odpira vrata novim ne samo kvantitativnim, temveč tudi kvalitativnim raziskavam.

Literatura

Hribar, N., 2015. *Samopodoba kot nenehno spreminjajoči se pojav*. Koper: Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, pp.19-21.

Jelovšek, M., 2013. Spodbujanje čustvene, socialne in učne samopodobe na začetku šolanja. *Didakta*, 22(162), pp. 13-17. Available at: [https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-67L96NQL\[6.2.2020\]](https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-67L96NQL[6.2.2020]).

Kuhar, M., 2013. O telesni samopodobi mladih. *Socialna pedagogika*, 6(3), pp. 255-277. Available at: [https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-FKVXC1BY\[5.2.2020\]](https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-FKVXC1BY[5.2.2020]).

Pucelj, V. ed., 2015. *Za boljše zdravje otrok in mladostnikov: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp.

Tacol, A., Lekić, K., Konec Juričič, N., Sedlar Kobe, N., Roškar, S., 2019. *Zorenje skozi To sem jaz : razvijanje socialnih in čustvenih veščin ter samopodobe: priročnik za preventivno delo z mladostniki*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 25-35.

Tacol, A., Goličnik, B., 2015. Duševno zdravje - Pozitivna samopodoba in stres. In: Pucelj, V. ed. *Za boljše zdravje otrok in mladostnikov: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 128 – 143.



SPODBUJANJE ZDRAVE TELESNE AKTIVNOSTI PRI PREDŠOLSKIH OTROCIH IN VLOGA MEDICINSKE SESTRE

Selma Prejac, dipl. m. s.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor
Organizacijska enota Varstvo otrok in mladine – Zdravstvena vzgoja
zdravstvena.vzgoja@zd-mb.si

Izvelek

Namen strokovnega prispevka je predstaviti delo diplomirane medicinske sestre v zdravstveni vzgoji pri spodbujanju zdrave telesne aktivnosti predšolskih otrok. Srečujemo se z vedno večjim porastom otrok, ki pri petih letih niso zmožni ustrezno opraviti manj zahtevnega poligona, ki je drugače namenjen tri letnim otrokom. Zato se tudi velikokrat sprašujemo ali imajo naši otroci enake možnosti naravnega – prostega gibanja kot smo ga imeli mi? Ali je resnično potrebno otroke usmerjati v vodene oblike vadbe in jim s tem odvzeti razigranost na prostem? Jim s tem morebiti onemogočiti druge vidike zabavnega gibanja in s tem vcepiti samo to, da je pomembno zmagovanje? Kje so tukaj empatija do bližnjega, medsebojno sodelovanje in zabava pri gibanju? Če želimo imeti duševno in telesno zdravo populacijo, se moramo zavedati, da je potrebno začeti navajati že naše najmlajše na zdrave navade, saj bodo le tako imeli znanja za krepitev lastnega zdravja. Tako si bodo tudi pridobili še kako potrebne socialne veščine in se priučili timskega dela. Pri tem odigra pomembno vlogo zdravstvena vzgoja v vrtcih.

Ključne besede: predšolski otrok, telesna dejavnost, motivacija, zdravstvena vzgoja

Uvod

Velikokrat pri svojem delu naletimo na ovire in tudi dileme, ko med samo aktivnostjo opazimo grobo motorične pomanjkljivosti pri otroku in se postavi vprašanje » Kako naprej?« Tukaj se pojavi tudi težava pri informiranju staršev in pediatra o naših opažanjih.

Gibanje je igra in igra naj bo gibanje.

Za vse, predvsem pa za otroke.

Igra naj bo otrokom pravica in dolžnost (Andreja Vrhovec Kavčič)

Že v antiki so filozofi telesni dejavnosti pripisovali lastnosti univerzalnega zdravila, ki krepi telo in duha (Kuder, 2018).

Delavnica »Spodbujanje zdrave telesne dejavnosti predšolskih otrok« (njena izvedba je natančno opisana v priročniku Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) - Zdrave navade predšolskih otrok) je namenjena predvsem temu, da bi otroci posvečali večjo skrb za zdravo telesno dejavnost. Pri tem pa bi jim naj pomagali starši, vzgojitelji in zdravstveni delavci.

Pri izvajanju delavnice večinoma časa stremimo k temu, da jo otroci izvajajo na prostem (igrišče vrtca), čeprav mnogo otrok z veseljem sodeluje in se zmeraj veselijo naših obiskov na to temo, pa se mnogokrat soočamo s težavami kot so:

- bojim se umazati, ker bom doma kregan/a
- ne želim se umazati, ker bom zbolel/a
- ne maram telovaditi
- jok ob umazanih rokah, itd.

Kar nas pogosto žalosti je tudi to, da na vprašanje, ali se igrajo na dvorišču s prijatelji (predvsem otroci pred vstopom v šolo), pogosto odgovorijo, da ni časa, da je prehitro tema in podobno. Vemo da zaradi današnjih situacij in tempa življenja pogosto zmanjka staršem volje ali moči za igro na prostem. Problem se pojavi, da tudi otroci sami zunaj brez nadzora ne morejo biti, saj gre za



majhne otroke, ki še morda ne razumejo dobro pojma nevarnost. Zato je nadzor nujen. V ta namen pri izvajanju delavnic tudi spodbujamo pedagoške delavce k redni izvedbi takšnih zabavnih vaj, ki so usmerjene v igro. Izkazuje se, da ima veliko otrok dejansko možnost svobodnih iger na prostem le v vrtcu, saj starši še vedno raje izbirajo nekakšne vodene telesne dejavnosti, tako pa odvezemamo otrokom možnosti izkustva.

Gibanje

Osnova človekovega gibanja so prirojeni motorični vzorci. Imajo genetsko osnovo in so osnova za učenje in nadaljnji razvoj. Gre za tiste velike prelomnice, ki tvorijo naravno zaporedje dogodkov v razvoju človeškega gibanja. Značilni so za človeka in predstavljajo preprosta, naravna in namerna gibanja. To so: dvig glave, nerodno premikanje, plazenje, hoja, tek, metanje, udarjanje, skakanje ... (Breg, 2019). S tem si otrok krepi samozavest, odkriva in spoznava soje telo, svoje zmogljivosti, spretnosti (Zupančič Tisovec, 2017).

V vseh življenjskih obdobjih so vsakodnevno gibanje, optimalna telesna dejavnost in raznolike gibalno - športne aktivnosti izjemnega pomena za skladen razvoj posameznika in njegovo celovito ravnovesje. Temelj zato je pridobivanje gibalnih navad in zorenje v družini ter prehod preko posameznih starostnih obdobji v zrelost in starejše obdobje (Berčič, 2015). Gibanje pa pripomore tudi h krepitvi socialnih stikov med vrstniki in ostalo populacijo.

Dejstvo je, da imajo otroci, ki so telesno dejavni, močnejše mišice in kosti, vitko telo, kakovostnejši spanec, zmanjša se tveganje za prekomerno telesno težo in kronične bolezni (Kapun, 2018) kot so: bolezni srca in ožilja, sladkorna bolezen, debelost, visok krvni tlak in osteoporoza. Gibanje zmanjšuje tveganje za možgansko kap, znižuje krvni tlak pri tistih, ki že imajo povišanega, obvladuje prekomerno telesno težo in debelost, zveča telesno pripravljenost, vzdržuje mišično moč in gibljivost sklepov, zmanjša stres, tesnobo, depresijo, osamljenost in izboljša kakovost življenja (NIJZ, 2018). Ko se bomo tega zavedali vsi, ki soustvarjamo otrokov dobrobit in z njim sodelujemo pri njegovem odraščanju, bo lahko otrok to ponotranjil in se zavedal pomena skrbi za zdravje.

Za življenje posameznika je gibanje zelo pomemben dejavnik. Kadar govorimo o gibanju predšolskih otrok, se moramo zavedati tega, da imamo pri tem mejnike in pripomočke, s katerimi lahko pri preventivnih pregledih predšolskih otrok že ugotavljamo različna odstopanja. V Sloveniji se je kot zelo učinkovit pripomoček izkazal razvojni presejalni test DENVER II, ki ga v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor izvajamo medicinske sestre in pediatri, ki smo opravili tečaj DENVER II Slovenija in si na podlagi pisnega in praktičnega preverjanja znanja pridobili certifikat za izvajanje testa. Celoten presejalni test vsebuje testne naloge, ki so razdeljene v štiri razdelke: socializacija in osebnostni razvoj, fina motorika in prilagodljivost, govor in groba motorika.

Gibalne sposobnosti

Da bomo lahko učinkoviti pri svojem delu, je potrebno, da smo seznanjeni tudi z gibalnimi sposobnostmi otrok. Namreč gibalne sposobnosti so zmožnosti, ki so v osnovi odgovorne za izvedbo naših gibov, so merljive in na osnovi njih lahko ločimo razlike v izvedbi določene gibalne naloge. Učinkovitost realizacije gibalnih nalog določa šest gibalnih sposobnosti in sicer: moč, koordinacija, hitrost, ravnotežje, gibljivost in preciznost. H gibalni učinkovitosti pa prispeva tudi vzdržljivost kot funkcionalna sposobnost (Vuksanović, 2018).

Kot je omenjeno v publikaciji Zdrave navade predšolskih otrok, ločimo razvojne faze: refleksno gibalno fazo, rudimentalno fazo, temeljno gibalno fazo in specializirano gibalno fazo. Prav tako ločimo stopnje motoričnega razvoja, kot so: stopnja kodiranja, dekodiranja, inhibicije, refleksov... Pomembni so tudi tipi veščin: groba motorika, fina motorika, komunikacijske in socialne veščine. Naravne oblike gibanja pa se delijo v:

- lokomocija (plazenje, lazenje, hoja, tek, padci, skoki, poskoki)
- manipulacija (meti, lovljenje, zadevanje)



- osnovna sestavljena gibanja, sestavljena iz lokomocije in manipulacije, pri katerih ne prevladuje nobena od naštetih operacij, temveč sta tesno povezani (dviganje, nošenje, potiskanje, vlečenje) (Zupančič Tisovec, 2017).

Vloga diplomirane medicinske sestre

Diplomirane medicinske sestre izvajamo program spodbujanja telesne dejavnosti po programu Nacionalnega inštituta za javno zdravje predvsem na izdani publikaciji NIJZ, priročnik je izšel pod naslovom »Zdrave navade predšolskih otrok« v Ljubljani leta 2017, kjer je tudi opisan način izvedbe poligona za posamezno starost. Pri tem pa vključujemo tudi druge zabavne elemente, da bi otroci to resnično ozavestili, saj nam znani rek lepo govori: »Kar se Janezek nauči, to Janez zna«. Zdravstveno vzgojo v vrtcih pa v našem zavodu izvajamo od leta 2018 naprej. Vloga diplomirane medicinske sestre v vrtcih pri spodbujanju zdrave telesne aktivnosti je predvsem povečati skrb za zdravo telesno dejavnost otrok s pomočjo motiviranja skozi igro, ki je pomembna za vsa starostna obdobja in tudi druga področja zdravja ter na ta način spodbuditi tudi starše h gibanju in večjemu ozaveščanju. Torej moramo delovati tudi izobraževalno.

Program vzgoje za zdravje predšolskih otrok se večinoma izvaja pri otrocih od 4. leta starosti naprej. Otroci bi naj v vrtcih bili deležni obiska diplomirane medicinske sestre vsaj enkrat v času bivanja v vrtcu.

Izvedba delavnice

Pred vsako delavnico se je potrebno prvotno dogovoriti z vodstvom vrta in z vzgojiteljico posamezne skupine. Predvsem gre za to, da smo seznanjene z morebitnimi posebnostmi otrok v smislu motoričnih omejitev.

Pri izvajanju delavnice smo osredotočeni na cilje ki so navedeni v publikaciji NIJZ. To so:

- osvežiti, spoznavati, nadgraditi znanje o zdravi telesni dejavnosti in njenem pomenu, o osnovah zdravega počitka in prebujanja, o gibalnih spretnostih in varnostnih pogojih za izvedbo varne telesne dejavnosti;
- spodbujati razvoj gibalnih kompetenc in gibalne učinkovitosti (Zupančič Tisovec, 2017).

Potrebno je delovati spodbujevalno, zato mora biti izvajalka dober motivator in učitelj ter zaupanja vredna oseba.

Pri našem delu uporabljamo več učnih metod: frontalna, skupinska in praktična izvedba aktivnosti. Učne oblike so predvsem usmerjene na delo v skupini, s ciljem medsebojnega sodelovanja, predstavitev lastnih izkušenj, ozaveščanja že znanega in razvijanja samostojnosti ter reševanja morebitnih nastalih problemov. Pri tem se poslužujemo različnih pripomočkov za pripravo poligona (žoge, obroči, ovire). Čas samega izvajanja je odvisen od velikosti posamezne skupine in tudi spretnosti otrok. Nagibamo pa se k temu, da je prostor izvajanja prej igrišče kot telovadnica in s pomočjo tega še dodatno ozaveščamo otroke o pomenu gibanja na prostem.

Začnemo vedno s predstavitvijo kdo smo in od kod prihajamo ter jih prosimo, da skupaj naredimo krog, v katerem se vsi predstavijo z imenom. Tako damo tudi otrokom vedeti, da so pomembni in spoštovani del skupine. Povemo zakaj smo danes prišli in kaj bomo počeli. Ta uvod traja do 15 minut. V osnovno vsebino sodi pogovor, skozi katerega jih poizkušamo poučiti:

- zakaj je pomemben počitek (spanje, počitek in raztezanje ob vstajanju), pri tem si pogosto pomagamo z zgodnico o mački na topli polici, ki jo uporabimo tudi ob samem zaključku kot vaje za raztezanje;
- Gibalne spretnosti (kaj so in kako jih pridobimo; zakaj je gibanje zdravo; kdaj smo lahko telesno aktivni in kakšno zaščito potrebujemo) (Zupančič Tisovec, 2017).

Nato sledi ogrevanje, pri katerem damo možnost izbire vaj tudi otrokom in jih na ta način spodbudimo k še boljšemu sodelovanju in občutku enakovrednosti. Preverimo tudi ravnotežje, da ne pride tekom izvajanja poligona do poškodb in nam da nek orientacijski vpogled. Poligon, ki ga pripravimo že pred prihodom skupine in po posvetu z vzgojiteljico, je razdeljen na dve



težavnostni stopnji. Lažja stopnja je namenjena predvsem otrokom med 3. in 4. letom starosti ali manj zmogljivi skupini. Težja stopnja je primerna od 5. leta starosti naprej.

Za zaključek aktivnosti si vzamemo 5 minut časa za ohlajanje in raztezne vaje. Pri tem si znova lahko pomagamo z zgodbico o mački na topli polici. Seveda se še posvetimo otrokom tako, da jih povprašamo kako so se imeli, kaj jim je bilo najbolj všeč in ali so se zabavali.

Zaključek

Namen našega dela ni zgolj motivacija k spodbujanju zdrave telesne aktivnosti, ampak tudi ustvariti empatično razmišljanje, kaj narediti, če se prijatelj spotakne, itd. Opažamo, da si otroci medsebojno malo pomagajo, če nimajo zato ustrezne spodbude in tako skozi igro, na primer pri podajanju žoge, spodbujamo medsebojno sodelovanje in pomoč, saj sta oba igralca odvisna, glede na napredek v poligonu, od vzajemnosti. Vidimo, da se ogromno težav pojavlja pri sonožnem preskakovanju ovire na stran in da ne razumejo ali niso zmožni izvesti enonožnih poskokov iz obroča v obroč, kljub prikazu in spodbudi. Pojavljajo se tudi težave pri metu in ujemanju žoge. Pri premagovanju ovir cikcak pa večina otrok nima težav. Kadar opazimo takšne motorične pomanjkljivosti, vedno sledi posvet z vzgojiteljicami, ki pa priznavajo, da je po njihovih izkušnjah vedno več otrok doma pred televizorjem ali celo igrajo računalniške igre, namesto da bi bili na dvorišču. Zaradi tega bi lahko domnevali, da zato prihaja do slabše grobe motorike, ker jim starši ne omogočajo gibanja na prostem in s tem ustreznega gibalnega razvoja. Dejstvo je, da se otrok najbolj zgleduje po družini in se prilagodi družinskim navadam. Zato je še kako pomembno, da se na tem področju pouči starše, da ni nič narobe, če je otrok umazan.

Pomembno je, da otroci razumejo pomen zdrave telesne aktivnosti in da jim to znamo tudi na zabaven in zanimiv način približati. Pri tem pa moramo biti izvajalke izredno iznajdljive, ustvarjalne, biti dober motivator, učitelj in še bi lahko naštevali. Zavedajmo se, da so otroci naša prihodnost in s tem tudi naše največje bogastvo.

Literatura

Berčič, H., 2015. Redna telesna in raznolika gibalno/športna dejavnost naj bosta temeljni sestavini kakovostnega staranja. In: Bučar Pajek M. *Kongres športa za vse: zbornik predavanj*. Ljubljana 6. november 2015. Ljubljana: Olimpijski komite Slovenije–Združenje športnih zvez, pp. 31 – 36.

Breg, K., 2019. Analiza razvoja određenih motoričkih sposobnosti različito fizički aktivne dece predškolskega zrasla. *Pedagoška stvarnost LXXV*, 1, pp. 21-30.

Kapun, D., 2018. *Krepitev duševnega zdravja otrok v družini*: diplomsko delo. Maribor: univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor, pp. 16 – 17.

Kuder, A., 2018. *Vpliv telesne aktivnosti na kronično nalezljive bolezni*: diplomsko delo. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, pp. 13

NIJZ, 2018. Available at: <https://www.nijz.si/sl/podrocja-dela/moj-zivljenjski-slog/telesna-dejavnost> [2.2.2020]

Vuksanović, N., 2018. *Učinek dvomesečne vodene vadbe na izbrane parametre telesnih značilnosti in gibalnih sposobnosti 3 – 6 let starih otrok*: diplomsko delo. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, pp. 27.

Zupančič Tisovec, B., 2017. Spodbujanje zdrave telesne dejavnosti predšolskih otrok. In: Jagodic R., Pucelj V. *Zdrave navade predšolskih otrok - dodatek: primeri delavnic za otroke in predavanja za starše in vzgojitelje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 31 – 33.

Zupančič, Tisovec, B., 2017. Spodbujanje zdrave telesne dejavnosti predšolskih otrok. In: Jagodic R., Pucelj V. *Zdrave navade predšolskih otrok: priložnik za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp.34 – 40





ZGODNJA OBRAVNAVA OTROK

CELOSTNA ZGODNJA OBRAVNAVA OTROK S POSEBNIMI POTREBAMI

Andreja Doberšek, dipl. m. s.

Lidija Žižek, univ. dipl. soc. delavka

Zdravstveni dom Celje - Razvojna ambulanta s centrom za zgodnjo obravnavo

Gregorčičeva ul. 5, 3000 Celje

andreja.dobersek@zd-celje.si

Izvleček

Program zgodnje obravnave otrok s posebnimi potrebami je ena izmed zelo pomembnih novosti pri obravnavanju te skupine otrok. Oblikoval se je kot samostojen program v vseh razvitih evropskih državah in tudi v manj razvitih državah. V Zdravstvenem domu Celje se otroci z rizičnim razvojem, otroci s posebnimi potrebami in otroci z motnjami v telesnem in duševnem razvoju obravnavajo v Razvojni ambulanti s centrom za zgodnjo obravnavo. Delo diplomirane medicinske sestre v ambulanti je usmerjeno k individualni obravnavi posameznika in njegove družine, ustrezni komunikaciji s starši in z otroci, k timskeemu sodelovanju, rutinskim in specifičnim posegom in postopkom, k doseganju individualno zastavljenim ciljem ter k zastavljenim ciljem celotnega tima.

Ključne besede: zgodnja obravnavo, diplomirana medicinska sestra, otrok s posebnimi potrebami, razvojna ambulanta

Uvod

Zgodnja obravnavo otrok v otroštvu je nabor storitev pomoči za otroke in družine od rojstva do obveznega vstopa v šolo in njihove družine, z namenom spodbujanja otrokovega razvoja, opolnomočenje družine in spodbujanje socialne vključenosti ter inkluzije v okolje. V začetku izvajanja je bila zgodnja obravnavo usmerjena predvsem kot pomoč otroku, kaj kmalu pa se je izkazalo, da je potrebno obravnavati otroka v njihovem družinskem okolju, saj je potrebno zagotoviti ustrezno strokovno pomoč in podporo ne le otroku ampak tudi vsej družini.

Otroci z posebnimi potrebami so otroci z razvojnimi zaostanki, primanjkljaji, ovirami oziroma motnjami na telesnem, spoznavnem, zaznavnem, socialno-čustvenem, sporazumevalnem področju in otroci z dolgotrajnimi boleznimi. Otroci s posebnimi potrebami in otroci z rizičnimi dejavniki v predšolskem obdobju so lahko prepoznani v okviru družine, v zdravstvenem sistemu v okviru izvajanja preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni oziroma pregledov znotraj tega okvira in drugih obravnav v vrtcu, v vzgojno-izobraževalnem zavodu, socialnovarstvenem zavodu ali v okviru storitev centrov za socialno delo.

V letu 2019 je stopil v veljavo Zakon o celostni zgodnji obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami (ZOPOPP, 2017) prinaša interdisciplinarnost in izboljšanje sodelovanja med službami zdravstvenega in socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja ter nevladnih organizacij. Z vzpostavitvijo celovite, kontinuirane, ciljno naravnane multidisciplinarne obravnave otrok s posebnimi potrebami se pomembno izboljšuje kakovost zdravstvenih storitev in življenja družine. Najpomembneje je pravočasno - zelo zgodaj prepoznati družine, ki imajo otroke s posebnimi potrebami, če je mogoče že pred otrokovim rojstvom ali po njem oziroma, ko je prepoznano odstopanje od običajnega razvoja. Z zgodnjo obravnavo otrok se na podlagi zgodnjega odkritja oblikujejo ustrezne službe pomoči, ki so usposobljene omogočiti družinam z otroki s posebnimi potrebami in rizičnimi otroki lažji vstop v šolo. Izjemnega pomena je priprava takega otroka na vstop v šolo, saj je vstop v šolo večplastna okoliščina,



ki ne zahteva samo kognitivnih sposobnosti, temveč še otrokovo sposobnost socializacije, nadzora vedenja in spremljanja poučevanja. S tem, ko otrok obiskuje vrtec pred šolo pridobi določene predhodne sposobnosti, veščine in spretnosti, ki niso le pomembne za učenje branja in pisanja, temveč tudi za učenje socialnega in problematičnega vedenja. Prav zaradi tega so tako pomembni programi zgodnje obravnave otrok, ki se izvajajo v Centrih za zgodnjo obravnavo otrok in kasneje tudi v vrtcih (Globačnik, 2012).

V centru za zgodnjo obravnavo se vključujejo otroci z razvojnimi težavami na različnih področjih, kot tudi otroci z rizičnimi dejavniki. V programu sodelujejo različni strokovnjaki iz različnih strokovnih smeri, ki upoštevajo potrebe otroka in družine. Pri vsem tem je zelo pomembno, da je pri izvajanju zagotovljena dovolj velika pogostnost obravnave in trajnost izvajanja programov.

Razvojna ambulanta s centrom za zgodnjo obravnavo - Zdravstveni dom Celje

Kot je že zgoraj omenjeno, so se v sklopu razvojnih ambulant izoblikovali centri za zgodnjo obravnavo s kadrovsko okrepljenim timom različnih strokovnjakov, ki nudijo pomoč otrokom z razvojnimi težavami, kot tudi njihovim družinam, ter povezujejo različne izvajalce zgodnje obravnave v skupnosti. Eden teh centrov za zgodnjo obravnavo otrok je tudi v Zdravstvenem domu Celje in se imenuje Razvojna ambulanta s centrom za zgodnjo obravnavo. To je specialistična dejavnost v osnovnem zdravstvu, ki je odgovorna za diagnostiko, terapijo, usposabljanje in dolgoročno spremljanje tistih otrok, ki imajo dejavnike tveganja za razvoj ali že imajo razvojno motnjo v telesnem in duševnem razvoju. Namenjena je spremljanju in zgodnji obravnavi otrok z rizičnimi motnjami v razvoju ter spremljanje le teh do osemnajstega leta otrokove starosti. Delo v njej poteka v obliki multidisciplinarnega pristopa različnih strokovnjakov in v obliki timskih obravnave.

Starši, ki imajo otroka s posebnimi potrebami – otroka z motnjo v telesnem in duševnem razvoju so posebna rizična populacija, ki ob sprejemanju svojega otroka potrebujejo podporo in pomoč celotnega tima razvojne ambulante.

Osnovna načela in cilji obravnave otrok:

- zgodnje prepoznavanje otrok s posebnimi potrebami in otrok z rizičnimi dejavniki,
- zgodnje prepoznavanje nepravilnosti v razvoju otrok,
- zagotavljanje vseh informacij za starše in rejnike oz. zakonite zastopnike,
- zagotavljanje psihosocialne pomoči staršem ob rojstvu otroka v zdravstvenih ustanovah, vrtcih in predšolskih oddelkih,
- zagotavljanje strokovne ocene otrokovih zmožnosti in posebnih potreb,
- individualni pristop pomoči otroku in družini,
- multidisciplinarni pristop otroku in družini,
- zagotavljanje celovite zdravstvene oskrbe otroka,
- zagotavljanje celovite in koordinirane pomoči otroku in družini,
- avtonomnost, strokovnost in odgovornost strokovnih delavcev, ki delajo z otrokom in družino,
- informiranost staršev/rejnikov o otrokovih obravnava in napredku ter utrjevanje samozavesti staršev in sooblikovanje njihove aktivne vloge,
- ozaveščanje strokovne in najširše javnosti celotne zgodnje obravnave predšolskih otrok,
- obravnavo teh družin čim bližje njihovemu domu (ZOPOPP, 2017).

Delo v centrih za zgodnjo obravnavo ne zajema le diagnostičnih ocen otrokovega razvoja in zdravstvenega stanja, terapevtskih obravnave, temveč prinaša nove oblike dela kot so timske obravnave dveh ali več strokovnjakov, timski pregledi, timski sestanki, delo na terenu, pridobitev različnih oblik pomoči v vzgojno izobraževalnih ustanovah, svetovanje in usposabljanje staršev, drugih strokovnih in laičnih delavcev, nudenje potrebnih informacij in psihosocialne pomoči družinam (Globačnik, 2012).



V okviru Razvojnne ambulante s centrom za zgodnjo obravnavo v ZD Celje delujeta **dva strokovna tima**, ki ga sestavljajo:

- 2 zdravnika specialista pediatra,
- 2 diplomirani medicinski sestri,
- 2 zdravstvena tehnika,
- 6 fizioterapevtov s specialnimi znanji,
- 4 delovni terapevti s specialnimi znanji,
- (2) 1 logoped,
- (2) 1 socialni delavec,
- (2) 1 specialna pedagoginja,
- (2) 1 psiholog.

(Kadrovski normativi so predpisani za dva strokovna tima, ker pa ni dovolj izobraženega osebja oz. na razpis ni prijav, delajo logoped, socialni delavec, specialni pedagog in psiholog za oba tima).

Otrok, ki potrebuje obravnavo v Razvojni ambulanti s centrom za zgodnjo obravnavo, je lahko napoten s strani neonatologa iz porodnišnice, specialista pediatra iz bolnišnice ali izbranega osebnega pediatra (ZOPOPP, 2017).

Glede na obravnavo lahko delimo otroke v dve skupini, ki so vključeni v zgodnjo obravnavo (Golin in Ducanis, 1981):

- 1.) Skupina rizičnih otrok (nedonošenčki, dvojčki, zahirančki, rizične nosečnosti, zapleti med in po porodu ...):
otroci, ki so mlajši od treh let in pri katerih predvidevamo, da bo prišlo do trajnega razvojnega zaostanka na različnih področjih (kognitivnem, motoričnem, na področju komunikacije, čustvovanja).
- 2.) Skupina otrok s primanjkljaji, ovirami, otroci z izraženo telesno in/ali duševno motnjo v razvoju:
otroci, ki se ne bodo razvijali tako kot njihovi vrstniki (kromosomopatije, prirojene anomalije, možganske poškodbe, zapleti med porodom in druge težje bolezni ...)
(Globačnik, 2012).

Posledice razvojnih motenj so pri otrocih lahko motnje gibanja, motnje govora, motnje vida in sluha, duševne in telesne motnje, ter motnje vedenja in osebnosti. Otroci z motnjo v razvoju nujno potrebujejo habilitacijski program za boljše funkcioniranje, ki pa je odvisna od narave in stopnje njihove motenosti. Te otroke se vključi v fizioterapevtsko obravnavo in v delovno terapevtsko obravnavo, lahko pa še v psihološko in logopedsko pomoč ter različna zdravstvena vodenja na sekundarni ali terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.

Otroci z motnjo v razvoju predstavljajo zaradi kompleksnih težav velik zdravstveni in socialni problem. Pri obravnavi otroka v Razvojni ambulanti s centrom za zgodnjo obravnavo ima družina otroka z motnjo v razvoju pravico tudi do socialne obravnave in z njo do določenih pravic, ki izhajajo iz socialnega varstva.

Obravnavo otrok z motnjami v razvoju in njihovih družin je torej kompleksna in temelji na multidisciplinarnem pristopu strokovnjakov različnih strok. V multidisciplinarni tim se prvič, poleg strokovnih delavcev razvojnih ambulant, vzgojno-izobraževalnih zavodov, centrov za socialno delo, ipd., kot enakovreden partner vključujejo tudi starši in predstavnik staršev iz nevladnih organizacij. Multidisciplinarno sodelovanje prinaša vključujoč na otroka in družino usmerjen model socialne obravnave v zdravstveni sistem. Zgodnja obravnavo mora biti dostopna vsakemu otroku in družini, ki jo potrebuje v lokalnem okolju, saj s celovito, individualno in koordinirano pomočjo zdravstvene oskrbe omogočamo optimalen razvoj otroka, krepimo socialno vključenost in izboljšujemo kakovost življenja družine (ZOPOPP, 2017).



Naloge multidisciplinarnega tima so:

- diagnostika otroka,
- ocena zmožnosti in potreb otroka in njihovih staršev,
- priprava in spremljanje individualnega načrta pomoči družini,
- preverjanje doseganja ciljev iz individualnega načrta pomoči družini,
- informiranje o možnih oblikah pomoči in socialnih pravicah,
- izdelava načrta pomoči za prehod v vrtec, zavod za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami (ZOPOPP, 2017).

Namen takšne obravnave je, da se pri otroku razvijajo predvsem potencialne sposobnosti, ki mu bodo omogočale čim lažje funkcioniranje v okviru svoje družine in uspešnejše vključevanje v širše okolje.

Delo diplomirane medicinske sestre v Razvojni ambulanti s centrom za zgodnjo obravnavo

Diplomirana medicinska sestra v Razvojni ambulanti s centrom za zgodnjo obravnavo izvaja zdravstveno nego otrok z rizičnimi dejavniki, kot tudi otrok s posebnimi potrebami in otrok z motnjami v telesnem in duševnem razvoju. Je enakopravni član, ki sodeluje v timu razvojne ambulante. Izvajanje dela poteka v tesni povezavi s starši. Njeno delo je zelo podobno delu diplomirane medicinske sestre v dispanzerski dejavnosti. Razlika je v specifični populaciji, kompleksnosti problemov in odvisnosti od timskega sodelovanja.

V Razvojni ambulanti s centrom za zgodnjo obravnavo opravlja diplomirana medicinska sestra naslednje naloge:

- organizira, usklajuje in spremlja izvajanje zdravstvene nege v razvojni ambulanti,
- vodi knjige naročanja, prvih pregledov, register rizičnih otrok,
- izvaja sprejem otroka in njegovih staršev oz. skrbnikov,
- ugotavlja potrebe, načrtuje, izvaja in vrednoti rezultate zdravstvene nege,
- izvaja zdravstveno vzgojno delo,
- izvaja presejalni test Denver II SLO,
- sodeluje pri sistematskih pregledih,
- vključuje se v terensko delo,
- sodeluje v timskih obravnavah,
- skrbi za mesečna in letna statistična poročila,
- skrbi za zdravstveno in negovalno dokumentacijo in njihovo arhiviranje,
- naroča, izdaja in skladišči material,
- sodeluje pri izvajanju mentorstva dijakov/študentov in pripravnikov,
- pripravlja predloge za izboljšanje procesa dela,
- skrbi za red, disciplino in dobre odnose med sodelavci,
- pozna in upošteva številne predpise Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Za uspešnost dela diplomirane medicinske sestre v Razvojni ambulanti s centrom za zgodnjo obravnavo je pomembno:

- da pozna razvoj otroka in njegova odstopanja,
- da obvlada zdravstveno nego otroka z motnjo v telesnem in duševnem razvoju,
- da čim boljše spozna psihološke značilnosti obravnavane družine,
- da ima potrebno znanje o specifični bolezni otroka,
- da obvlada večšine primerne komunikacije,
- da uspešno deluje kot enakopravni član tima razvojne ambulante.

Diplomirana medicinska sestra je skupaj s srednjo medicinsko sestro pomembni član tima skupaj z zdravnikom pediatrom, fizioterapevtom, delovnim terapevtom, logopedom, socialnim delavcem,



specialnim pedagogom in psihologom. Za uspešne rezultate dela morajo biti vsi člani tima med seboj odvisni, se dopolnjevati, si zaupati, ter učinkovito medsebojno komunicirati. Njihov cilj je imeti aktivni nadzor nad specifično populacijo otrok, katerim se zagotavlja zdravstveno varstvo in kakovostno ter kontinuirano usposabljanje, ki naj bo izvajano čim bližje domu.

Diplomirana medicinska sestra ima v timu razvojne ambulante največjo vlogo koordinatorja. Člani se sestajajo sproti ali po potrebi oz. enkrat tedensko – timski sestanki, ter rešujejo probleme, predlagajo rešitve in podajajo mnenja, ki so najbolj primerna za otroka in sprejemljiva za družino. Starši so pri tem dragoceni in enakovredni pomočniki v timskem sodelovanju. Glavni cilj timskih obravnav je, da se starše spodbuja in se jim pomaga pri prevzemanju aktivne vloge in lastne odgovornosti za zdravje njihovih otrok ter za doseganje otrokovega optimalnega razvoja.

Medicinska sestra ob delu s starši v Razvojni ambulanti s centrom za zgodnjo obravnavo ZD Celje

V Razvojni ambulanti s centrom za zgodnjo obravnavo ZD Celje je zelo pomembno, da je diplomirana medicinska sestra prijazna, vljudna, komunikativna in zna odražati stopnjo osebne zrelosti. Ob sprejemu mora izraziti dobrodošlico in se predstaviti. Prav je, da staršu/rejniku in otroku na kratko razloži potek in namen ambulantnih pregledov, kar bo odgnalo strah in negotovost. Diplomirana medicinska sestra je prva oseba s katero pridejo v stik starši, zato je najpomembneje, da začne graditi dobre medsebojne odnose, ki temeljijo na zaupanju. Zaupanje si bo pridobivala s svojim vedenjem, ustreznim načinom komuniciranja, z razumevanjem in z izkazovanjem spoštovanja tako do otroka kot tudi do starša/rejnika. Uspešni prvi stik med medicinsko sestro in starši je namreč podlaga za uspešen začetek dela z vsemi člani tima v Razvojni ambulanti s centrom za zgodnjo obravnavo.

Starši se lahko nahajajo v različnih fazah doživljanja svoje situacije. Kot takšni, potrebujejo in pričakujejo izredno veliko podpore in razumevanja. Nekateri pa so še posebej občutljivi in kritični v ocenjevanju odnosa, ki ga jim izkaže diplomirana medicinska sestra. Ob pogovoru želi diplomirana medicinska sestra starše do neke meje razbremeniti strahu, tesnobe in predvsem občutka krivde. Nikoli jim ne vsiljuje svojih stališč ali pričakovanj, ter jih sprejema takšne kot so. Takojšnje nestrinjanje z njimi namreč zmanjšuje njihovo samozaupanje. Samozaupanje pa starši potrebujejo, saj so le taki sposobni sprejeti in pomagati svojemu otroku. Staršem, katerim se rodi otrok z motnjo v razvoju, pomeni to za njih veliko preizkušnjo. Navezati in radi bodo morali imeti otroka, ki ne bo nikoli takšen, kot njegovi vrstniki. Njihovo sprejemanje in doživljanje otrokove drugačnosti je lahko zelo različno (Novljan, 2004).

Pri starših se sprožijo naravni mehanizmi za reševanje nastale krize, ki jo v grobem lahko delimo v štiri faze:

1. faza - faza žalovanja/preživetja;

preživetje se začne s stanjem šoka, ki je pri vsakem posamezniku normalen pojav in traja različno dolgo. Je obdobje kjer so v ospredju obup, nemoč in zmedenost staršev. Traja različno dolgo. Za to fazo je značilno depresivno vedenje s podzavestno odklonitvijo otroka.

2.faza – faza iskanja/reakcije;

faza kjer so v ospredju žalost, zaskrbljenost, agresija, sram, strah pred okolico, občutek krivde in zanikanje stanja. Ta faza lahko pri starših traja leta dolgo, predvsem zaradi strahu pred prihodnostjo.

3.faza - faza normalizacije/adaptacije;

v tej fazi se pojavi bolj realistična ocena. Starši spoznajo, kaj lahko storijo in kako pomagajo otroku ter ugotavljajo močne in zdrave sposobnosti svojega otroka. V družini rastejo čustveni odnosi in povezanost s prizadetim otrokom.



4.faza - faza ločitve/orientacije;

faza kjer se starši organizirajo, aktivno iščejo pomoč in načrtujejo prihodnost. V življenju svoja ravnanja prilagodijo svojemu otroku. V večini želijo starši obdržati svojega otroka doma v domačem okolju, saj je družinsko okolje za njegov razvoj povsem neodvisno od tega, koliko obravnave/terapije so prevzeli sami. Ko starši ugotovijo, da niso več kos naporom se morajo odločiti ali bodo skrbeli za svojega otroka dokler »jih smrt ne loči«, ali ga bodo oddali v ustrezno ustanovo (Novljan, 2004).

Posamezne faze v različnih družinah trajajo različno dolgo, saj so reakcija na novo nastalo situacijo v družini odvisne od številnih faktorjev:

- osebnostne zrelosti staršev,
- čustvenih izkušenj,
- izobrazbe,
- ekonomsko-socialnega statusa,
- vrste bolezni
- stopnje prizadetosti otroka,
- njegovega spola,
- zaželenosti otroka,
- njegove starosti ob ugotovljeni prizadetosti
- ter od stanja sorojencev (Novljan, 2004).

Da bo diplomirana medicinska sestra lažje razumela starše, mora biti sposobna empatičnega odnosa. Ob tem se mora znati vživeti in podoživljati čustva ter razmišljanja staršev. Je pa takšno delo za diplomirano medicinsko sestro naporno in stresno, saj mora kontrolirati svoja čustva in ohranjati profesionalno distanco.

Diplomirana medicinska sestra naj bo ob stiku s starši optimistično naravnana, saj bo le takšna staršem v oporo v njihovi brezizhodnosti. Upanje je velikokrat edina rešilna bilka, katere se lahko oklenejo. Mora pa biti pozorna že na majhne uspehe in starše znati tudi pohvaliti, kar bo pri njih zvišalo prizadevanja in jim dalo novih moči.

Potek pregleda otroka v Razvojni ambulanti s centrom za zgodnjo obravnavo

NAROČANJE OTROKA NA PREGLED

V večini starši naročijo svojega otroka po telefonu ali preko spletnega e-naročanja. Ob vpisu otroka v knjigo naročanja vzame diplomirana medicinska sestra osnovne podatke otroka in telefonsko številko staršev. Podatka, kdo in zakaj pošilja otroka v Razvojno ambulanto s centrom za zgodnjo obravnavo sta pomembna za planiranje časa pregleda in za organizacijo ambulantnega dela. Diplomirana medicinska sestra starše seznanja z vso potrebno dokumentacijo (odpustnico iz porodnišnice...), ki jo ob pregledu priložijo. Po pošti jim pošlje obvestilo/vabilo o datumu pregleda in priloži še vprašalnik, za katerega vljudno prosi, da ga izpolnijo in prinesejo s seboj na pregled.

UGOTAVLJANJE POTREB PO ZDRAVSTVENI NEGI OTROKA

Ob prvem pregledu otroka diplomirana medicinska sestra izpolni otroški zdravstveni karton in povpraša po anamnestičnih podatkih o otroku. Skupaj z opazovanjem staršev in otroka ter pregledom zdravniških izvidov si pridobi zelo veliko podatkov, ki so pomembni za ugotavljanje negovalnih problemov in postavitev negovalne anamneze. Pogovor s starši izvaja v diskretnem in mirnem prostoru ob upoštevanju tehnike intervjuja. Vprašanja oblikuje od splošnih k specifičnim, od lažjih k težjim in od neosebni k osebnim. Vsi podatki so dragoceni tudi za specialista pediatra razvojne ambulante.



DENVER II TEST

Za spremljanje otrokovega razvoja se v Razvojni ambulanti s centrom za zgodnjo obravnavo uporablja Denver II Slovenija razvojni presejalni test. Test je zelo občutljiv, saj odkrije kar 83% otrok z razvojnimi težavami. S testom se ocenjuje sposobnost posameznega otroka za opravljanje določenih, njegovi starosti primernih nalog. Z nalogami se lahko ocenjuje otrokov osebnostni in socialni razvoj, fina motorika in prilagodljivost, govor in groba motorika. Ob testiranju se upošteva otrokova korigirana gestacijska starost. Test opravi medicinska sestra ali zdravnik s pridobljenim certifikatom.

Pri podajanju mnenj rezultatov testa je potrebna previdnost, saj je subjektivni vpliv pri testiranju otroka velik. Naše napačno tolmačenje rezultatov testa lahko staršem povzroča hude srbi, ki so lahko povsem nepotrebne.

PRAVILNO ROKOVANJE Z OTROKOM

Z opazovanjem dobi diplomirana medicinska sestra informacijo, kako starša rokujeta z otrokom. Pravilni način rokovanja namreč pospešuje otrokov psihofizični razvoj in preprečuje nepravilne gibalne vzorce, kar predstavlja osnovo pri doseganju optimalnega razvoja otroka. Pravilno rokovanje se imenuje handling in pomeni pravilna tehnika dvigovanja otroka.

V Razvojni ambulanti s centrom za zgodnjo obravnavo zna le malo staršev osnove handlinga. Največkrat so te tehnike večji starši dalj časa hospitaliziranih otrok po porodu. Za diplomirano medicinsko sestro je pomembno, da zna na pravilen način seznaniti starše, kako je potrebno z otrokom rokovati. Starši ne smejo ob tem dobiti občutka krivde, da so ravnali z otrokom napak. Diplomirana medicinska sestra jim mora obrazložiti, da je učenje handlinga naloga vseh članov tima Razvojnne ambulante s centrom za zgodnjo obravnavo.

SPREMLJANJE RASTI IN RAZVOJA OTROKA

Spremljanje rasti in razvoja je najpomembnejša negovalna diagnoza v Razvojni ambulanti s centrom za zgodnjo obravnavo. Diplomirana medicinska sestra spremlja rast otroka z rutinskim postopkom tako, da opravi antropometrične meritve. Vrednosti meritev telesne teže, višine in obsega glavice primerja z zadnjimi rezultati in jih vpiše v otrokovo zdravstveno kartoteko. Ob tem pazi na pravilno rokovanje z otrokom.

Otroci z motnjo v razvoju imajo velikokrat težave s hranjenjem in pridobivanjem na telesni teži, nekateri imajo hranilne sonde ali stomo. Diplomirana medicinska sestra staršem pomaga s svetovanjem, da se bodo lažje odločali in sprejemali odločitve v zvezi z aktivnostjo hranjenja za otroke in zase. Posebej veliko znanja potrebuje pri svetovanju za dojenje in za uvajanje dopolnilne hrane dojenčku.

PREGLED OTROKA PRI RAZVOJNEM PEDIATRU

Priprava otroka na pregled pri pediatru je ena izmed nalog, ki jih izvaja diplomirana medicinska sestra in jih skrbno individualno načrtuje. K pripravi za pregled spada vsa zdravstvena in negovalna dokumentacija, rezultati rutinskih postopkov ter priprava ambulantnega prostora. Izvajanje priprave na pregled je odvisno od prvega ali ponovnega pregleda, otrokove razvojne motnje in sodelovanja staršev.

Na ponovni pregled otroka se diplomirana medicinska sestra delno pripravi že dan prej. Ob zdravstveni in negovalni dokumentaciji si pridobi še povratno informacijo o sodelovanju z drugimi člani tima in morebitno poročilo psihologa. Ob ponovnem srečanju diplomirana medicinska sestra ugotavlja nove negovalne probleme in evalvira delo prejšnjih pregledov.

ZAKLJUČEK PREGLEDA

Diplomirana medicinska sestra ob koncu poskrbi, da dobijo starši izvid pregleda v razvojni ambulanti, datum za ponovni kontrolni pregled in morebitna pisna navodila. Ob zaključenih pregledih medicinska sestra vrednoti svoje delo in s tem zagotavlja kakovost zdravstvene nege.



Zaključek

Zdravstvena nega v Razvojni ambulanti s centrom za zgodnjo obravnavo je zahtevna in odgovorna. Od diplomirane medicinske sestre zahteva vrsto izkušenj in znanja, katera pa mora nenehno izpopolnjevati in dopolnjevati. Strokovna pomoč pri zgodnji obravnavi /terapiji otrok z motnjami v telesnem in duševnem razvoju je v današnjem času usmerjena v družino. Samo delo je zahtevno in naporno, še posebej zato, ker si posamezni strokovnjaki prizadevajo že od vsega začetka pritegniti starše tako v proces diagnostike, obravnave/terapije kot tudi k oblikovanju individualiziranega programa. Kljub veliko vloženi energiji in trudu uspevajo nekateri otroci zelo počasi, delo s starši pa zahteva maksimalni trud. Staršem, ki so prišli do spoznanja, da življenje ni nujno nesrečno in sprejemajo svoje otroke takšne kot so ter jim dajejo brezpogojno ljubezen, je uspelo. Na takšen način sprejete otroke bo začela sprejemati tudi družba.

Literatura

Globačnik, B., 2012. *Zgodnja Obravnava*, Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.

Golin, A.D. & Ducanis, A.J., 1981. *The Interdisciplinary Team: A Handbook for the Education of Exceptional Children*. Rorckville, MD, Aspen.

Novljan, E., 2004. *Sodelovanje s starši otrok s posebnimi potrebami pri zgodnji obravnavi*. Ljubljana: Zveza Sožitje, zveza društev za pomoč duševno prizadetim Slovenije.

Zakon o celostni zgodnji obravnavi otrok s posebnimi potrebami(ZOPOPP), Ur. l. RS 41/2017

Viri

Cunningham, C. 1999. *Downov sindrom*. Sožitje.

European Agency for Development in Special Needs Education, 2010. *Early Childhood Intervention – Progress and Developments 2005–2010*. Odense, Denmark: European Agency for Development in Special Needs Education. Available at: https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments_ECI-report-EN.pdf [21.05.2018].

Jurišić D., B. 2017. *Družine in rutine: Priročnik za izvajalce zgodnje obravnave*. Ljubljana: Izobraževalni center Pika, Center Janeza Levca Ljubljana.

Kobal Grum, D. & Kobal, B., 2006. *Zagotavljanje enakih možnosti za vzgojo in izobraževanje slepih in slabovidnih otrok v Sloveniji*. Ljubljana: Društvo za enake možnosti slepih.

Milić Babić, M., Franc, I. & Lutar, Z., 2013. Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju. *Ljetopis socialnog rada*, 20 (3), pp. 453-480, Zagreb: Studijski centar socijalnog rada, Pravni fakultet Sveučilišt u Zagrebu.

Ministrstvo za zdravje. 2017. Javni razpis za izbor operacij »Celostna zgodnja obravnava otrok s posebnimi potrebami in njihovih družin ter krepitev kompetenc strokovnih delavcev: razpisna dokumentacija. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javni_razpisi/JR_141-3/Javni_razpis.pdf [21.5.2018].

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. Ljubljana: Uradni list RS, št. 24/18.

Rutar, D., 2018. *Egalitarne simbolizacije življenja s posebnimi potrebami*, Kamnik: CIRIUS Kamnik.

Šoln Verbinc, P., Jakič Brezočnik, M. & Švalj, K., 2016. *Zgodnja obravnava: Izhodišča za sistemsko ureditev*, Ljubljana: Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport.

Videmšek, P., 2008. Krepitev moči kot temeljno orodje socialnega dela. *Socialno delo* 47 (3/6), 209-217, Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.



DUŠEVNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV - ZGODNJA OBRAVNAVA IN PREVENTIVA

Barbara Pajk, mag. zdr. nege

Zdravstveni dom Dr. Adolfa Drolca Maribor

Organizacijska enota Varstvo otrok in mladine – Zdravstvena vzgoja

barby.pajk@gmail.com

Izvleček

Duševno zdravje predstavlja temelj za optimalen psihofizični razvoj, učinkovito delovanje in dobro kakovost življenja otrok in mladostnikov. Obdobje od novorojenčka do zgodnje odrasle dobe je čas, ko se možgani najintenzivneje razvijajo, zato je to obdobje najbolj kritično za pojav duševnih motenj. Večina duševnih motenj se pojavi do zgodnje odrasle dobe. Ob neustrezni obravnavi lahko vztrajajo v odraslo dobo in postanejo kronične. Te oblike se tudi slabše odzivajo na zdravljenje. Vzroki za pojav duševnih motenj so različni in vključujejo genetske dejavnike, osebnostne značilnosti posameznika, razmere v družini, neugodne socialno-ekonomske razmere, pridružene bolezni v otroštvu, zloraba psihoaktivnih substanc itd. Opozorilni znaki, ki kažejo na težave v duševnem zdravju otrok in mladostnikov so pogosto spregledani in se pripisujejo različnim razvojnim obdobjem. Ti znaki so predvsem nihanje razpoloženja, spremembe v vedenju, težave s koncentracijo, spremenjen apetit, spremenjen ritem spanja, agresivnost, izogibanje socialnim stikom, težave v šoli, opuščanje aktivnosti, navajanje fizičnih težav, kot so glavoboli, slabost, bolečine v trebuhu, zloraba psihoaktivnih substanc itd. Tako v Sloveniji, kot v svetu je pojav duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih v porastu. Najpogosteje se pojavljajo depresija, anksioznost, pervazivne razvojne motnje, hiperkinetični sindrom, shizofrenija, zloraba psihoaktivnih substanc, kot tudi motnje hranjenja, samopoškodovalno vedenje in še nekatere druge. Namen prispevka je predstaviti nekatere najpogostejše težave na področju duševnega zdravja, ki se pojavljajo v obdobju od otroka do mladostnika, ter opozoriti na pomen zgodnje obravnave in preventivnih ukrepov pri obravnavi otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju.

Ključne besede: duševne motnje, dejavniki tveganja, promocija duševnega zdravja, pedopsihiatrija

Uvod

Duševno zdravje je tako kot telesno zdravje predpogoj za naše učinkovito delovanje. Svetovna zdravstvena organizacija duševno zdravje opredeljuje kot stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost (Roškar, et.al., 2015; Svetovna zdravstvena organizacija, 1986).

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (2009) skoraj polovica bremena bolezni pri mladostnikih in mladih odraslih odpade na težave v duševnem zdravju. Težave v duševnem zdravju bodo do leta 2020 postale eden izmed petih vodilnih vzrokov za prezgodnjo umrljivost in invalidnost med mladimi (Gore, et al., 2011). Poleg tega težave v duševnem zdravju vplivajo na kakovost, kot tudi na akademske, poklicne in socialne vidike življenja otrok in mladostnikov, ter predstavljajo veliko breme tako za posameznika, kot družbo (O'Brien, et al., 2016).

Obdobje od 0 do 25 let je zelo ranljivo, saj otroci in mladostniki v tem času doživljajo veliko psihosocialnih in nevrobioloških sprememb, zato je posledično povečano tveganje za pojav duševnih motenj. 75% duševnih motenj se pojavi v starosti do 24 let, prodromi bolezni pa lahko nastopijo že veliko prej. Duševne motnje, ki vztrajajo v obdobje odraslosti imajo slabo prognozo. To obdobje je tako najpomembnejše za preventivne ukrepe in zgodnjo obravnavo duševnih motenj (Fusar Poli, 2019).



K pravočasni zgodnji obravnavi se v praksi pogosto pristopi prepozno zaradi pomanjkanja sistematičnega odkrivanja in spremljanja otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju (Wolf et al., 2019). Kljub dobrim rezultatom, ki jih kažejo raziskave glede zgodnje obravnave in zdravljenja duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih (Arango, et al., 2018), se taki programi ne ponudijo sistematično (Wolf, et al., 2019).

Dejavniki tveganja za pojav duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih

Za uspešno zgodnjo obravnavo in preventivo moramo imeti v uvidu predvsem dejstvo, da obstajajo nekateri dejavniki, ki povečajo tveganje za pojav duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih (Brown, et al., 2012). Med dejavnike tveganja na področju duševnega zdravja med drugim spadajo težave z učenjem, prisotnost duševnih motenj pri starših, kronične bolezni pri otroku, čustvena, fizična ali spolna zloraba, ločitev staršev in nasilje v družini (Murphy & Fonagy, 2013).

Raziskave so pokazale, da na pojav duševnih motenj pri dojenčkih in predšolskih otrocih vpliva dinamičen splet različnih dejavnikov, predvsem genetike, otrokovega temperamenta in dejavnikov okolja. Odsotnost varne navezanosti med starši in otrokom, kot tudi travmatične izkušnje med občutljivimi razvojnimi obdobji so lahko vzrok za pojav čustvenih in vedenjskih motenj v zgodnjem otroštvu, ki se lahko nadaljujejo v obdobje adolescence in trajajo vse življenje. Drugi dejavniki tveganja v tej starostni skupini so prisotnost depresije pri materi, zloraba psihoaktivnih substanc pri starših, nasilje v družini, nizka izobrazba staršev, revščina in okolje z visoko stopnjo kriminala (McLuckie, et al., 2019).

Na duševno zdravje posameznika vpliva več dejavnikov. Večjim dejavnikom tveganja, ko so mladostniki izpostavljeni, tem večje je tveganje za razvoj duševnih motenj. Stresni dejavniki v obdobju adolescence vključujejo željo po večji samostojnosti, pritiski vrstnikov, raziskovanje spolne identitete, vpliv medijev, ter pretirana uporaba računalniške tehnologije in interneta. Med druge pomembne dejavnike spadajo medsebojni odnosi v družini in z vrstniki, nasilje v družini, ter socialno-ekonomska stiska. Otroci in mladostniki so še posebej izpostavljeni spolnemu nasilju, ki ima jasno povezavo s škodljivim vplivom na duševno zdravje. Nekateri mladostniki so zaradi neustreznih življenjskih razmer, stigme, diskriminacije, socialne izključenosti, kot tudi slabega dostopa do kakovostne podpore in storitev, podvrženi večjemu tveganju za pojav duševnih motenj. Sem spadajo mladostniki, ki živijo v socialno šibkih okoljih, mladostniki s kronično boleznijo, motnjo avtističnega spektra, intelektualno prizadetostjo ali drugim nevrološkimi stanji, noseče najstnice, prezgodnji starši, mladostniki v rejniških družinah, mladostniki iz manjšinskih etničnih spolnih okolij ali drugih diskriminiranih skupin (World Health Organisation, 2019). Nekateri dejavniki tveganja so lahko prehodne narave in ne vplivajo na otrokov psihofizični razvoj, vendar medsebojno vplivanje okoljskih in genetskih dejavnikov tveganja pri nekaterih otrocih lahko povzroči trajne težave v duševnem zdravju brez ustrezne obravnave in zdravljenja (McLuckie, et al., 2019).

Najpogostejše duševne motnje pri otrocih in mladostnikih

Velika večina duševnih motenj se pojavi v otroštvu, mladostništvu in zgodnji odrasli dobi. Približno 50% duševnih motenj se prične okrog 14. leta (Fusar Poli, 2019). Po podatkih Roškar et al., (2015) so pri otrocih do vključno petega leta starosti najpogostejše razvojne motnje, predvsem specifične motnje v govorjenju in izražanju, pervazivne razvojne motnje, kamor uvrščamo avtizem in Aspergerjev sindrom, ter vedenjske motnje in sicer tiki in hiperkinetični sindrom. V tem starostnem obdobju je bilo obravnavanih znatno več dečkov kot deklic, tako na primarnem, kot na sekundarnem zdravstvenem varstvu.

V starostni skupini od 6 do 14 let so bili tako dečki, kot deklice največkrat obravnavani predvsem zaradi hiperkinetične motnje in mešanih motenj vedenja in čustvovanja. Deklice so bile obravnavane tudi zaradi motenj prehranjevanja. V obdobju od 15 do 19 let prevladujejo predvsem hiperkinetične



motnje, depresija, čustvene in vedenjske motnje, anksiozne motnje, ter motnje hranjenja, ki so med dekleti v tem obdobju najpogostejši razlog za obravnavo. Duševne motnje, ki so zahtevale bolnišnično obravnavo so bile v skupini med 6 in 14 let pri fantih predvsem hiperkinetični sindrom med dekleti pa motnje hranjenja. V starostni skupini od 15 do 19 let je bilo največ hospitalizacij zaradi shizofrenije in duševne ter vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi, predvsem alkohola. Zaskrbljujoč je tudi podatek, da je Slovenija glede umrljivosti zaradi samomora med mladimi nad evropskim povprečjem.

Depresija in anksioznost

Depresija je četrti vodilni vzrok za bolezen in invalidnost pri mladostnikih, starih od 15 do 19 let, medtem ko je anksioznost šesti vodilni vzrok za bolezen in invalidnost pri otrocih med 10. in 14. letom. Čustvene motnje lahko močno vplivajo na uspeh v šoli in obiskovanje šole. Depresija in anksioznost lahko vodita v socialni umik, osamljenost in ne nazadnje v samomor (World Health Organisation, 2019).

Za klinično diagnozo depresije mora imeti oseba najmanj pet naštetih simptomov, med katerimi mora biti vsaj eden izmed prvih dveh, simptomi pa morajo trajati vsaj dva tedna: žalostno ali depresivno razpoloženje, ki ne preneha; zmanjšano zanimanje in občutek zadovoljstva pri dejavnostih, ki so osebo navadno veselile, pomanjkanje energije in utrujenost, občutek ničvrednosti ali občutek krivde (brez pravega razloga za krivdo), pogosto razmišljanje o smrti ali želja, da bi bil mrtev; težave s koncentracijo in odločanjem, motorična upočasnenost, včasih tudi prekomerna motorična aktivnost in težave s pomirjanjem, težave s spanjem, lahko tudi prekomerno spanje, izguba apetita, lahko tudi povečan apetit (Bajt, 2017).

Depresija pri otroku pa se pogosto kaže z drugačnimi znaki in simptomi, kot pri odrasli osebi. Značilni so umik iz sodelovanja v skupnostnem, športnem in družbenem udejstvovanju; razdražljivost ali jeza, napadi trme ali joka, slaba koncentracija, »sanjarjenje«, ne uživa več v stvareh, v katerih je užival običajno, težave z odločanjem; težave z delom v šoli, pomanjkanje energije, motorična upočasnenost, občutki krivde in manjvrednosti, navajanje slabosti, glavobolov brez jasnega vzroka, spremenjen ritem spanja, spremenjen apetit (Bajt, 2017).

Generalizirana anksiozna motnja je stalna, pretirana in težko obvladljiva zaskrbljenost glede vsakodnevnih življenjskih okoliščin in je povezana s številnimi psihičnimi in somatskimi simptomi, kot tudi povišano stopnjo samomorilne ogroženosti (Avguštin Avčin & Konečnik, 2013).

Znano je, da pri dojenčkih ni opaziti značilnih znakov in simptomov, ki opozarjajo na pojav duševnih motenj. Tesnobo in napetost, ki jo doživljajo, izražajo preko motenega vzorca spanja, odklanjanja hrane in nelagodja v želodcu (Skovgaard, 2010). Pri otrocih se anksioznost kaže predvsem s težavami z uspavanjem, strahu biti sam, praskanjem ali ščipanjem kože, grizenjem nohtov, sesanjem prsta, pretirano samokritičnostjo, ponavljajočim vedenjem (npr. večkratno preverjanje vrat ali so zaklenjena, urejanje predmetov), izogibanjem socialnim stikom, jokom pred odhodom v šolo, občutljivostjo na kritiko, pretirano navezanostjo na določen predmet, nepojasnjeno jokom, žalostjo, pogostim uriniranjem. V šolskem okolju pa so opazni predvsem prekomerna in nepotrebna skrb za vsakdanje stvari, težave pri odgovarjanju na vprašanja, moteče vedenje, navajanje glavobola, slabosti, bolečin v želodcu, bruhanje, izogibanje druženju in skupinskemu delu, pogosto pozabljanje domačih nalog (Chung, 2019).

Težave z depresijo in anksioznostjo lahko izvirajo tudi iz nekaterih zdravstvenih stanj kot npr. težave s ščitnico (hipertiroidizem), aritmije, pomanjkanje vitamina B12; stranskih učinkov nekaterih zdravil na recept ali brez recepta; zastrupitev z alkoholom, amfetamini, kofeinom, kanabisom, kokainom, halucinogeni in inhalanti (Bajt, 2017).

Motnje prehranjevanja

Motnje prehranjevanja se običajno pojavljajo v adolescenci in zgodnji odrasli dobi. Pogosteje prizadenejo ženske kot moške. Najpogosteje se pojavljajo anoreksija nervoza in bulimija



nervoza. Značilno je škodljivo vedenja pri prehranjevanju, kot je omejevanje kalorij, bruhanje in prenajedanje. Pogosto pri mladih z motnjami prehranjevanja opazimo še nekatere druge pridružene duševne motje, kot so depresija, tesnoba in zloraba psihoaktivnih substanc (World Health Organisation, 2019).

Shizofrenija

Shizofrenija je v otroštvu redka, v mladostništvu postaja pogostejša, vrh pojavljanja pa doseže v zgodnji odrasli dobi. Shizofrenija z zgodnjim začetkom ima slabo prognozo (Gregorič Kumperščak, 2013). Pojav bolezni je splet genetskih, nevro-bioloških in okoljskih dejavnikov (Fusar Poli, 2019). Vedno več je raziskav, ki jasno kažejo na povečano tveganje za razvoj shizofrenije v povezavi s kajenjem marihuane (Messinis, et al., 2006).

V tipični, vendar ne vedno prisotni pacientovi predbolezenski zgodovini najdemo shizoidne ali shizotipske osebnostne značilnosti, ki se kažejo kot pasivnost, introvertiranost, čustvena hladnost, pomanjkanje zanimanja in pripravljenosti za navezovanje socialnih odnosov. Takšni pacienti so imeli kot otroci le malo prijateljev. Preshizofreni adolescenti navadno nimajo tesnih prijateljev, ne partnerja, večinoma se izogibajo skupinskemu športu. Zatekajo se k ogledom filmov, televizije, poslušanju glasbe z izključitvijo socialnih aktivnosti. Nekateri adolescenčni pacienti lahko kažejo nenaden pojav obsesivno kompulzivnega vedenja, pri drugih se lahko pojavijo pritožbe glede slabega telesnega počutja, kot so glavoboli, bolečine v križu ali mišicah, šibkost in prebavne motnje. Družina in prijatelji lahko opazijo, da se je mladostnik spremenil in ne funkcionira več kot prej. Pacient v tej fazi lahko začne razvijati zanimanje za abstraktne ideje, filozofijo, okultna in religiozna vprašanja. Dodatni predbolezenski znaki lahko vključujejo nenavadno vedenje, neustrezno čustvovanje, nenavaden govor, bizarne ideje in nenavadne zaznavne izkušnje. Pri določenem številu mladostnikov pa se simptomatika shizofrenije dejansko razvije brez predhodnih bolezenskih napovedi (Pretnar Silvester, 2006). Simptomi lahko vključujejo halucinacije in blodnje. Bolezen znatno poslabša mladostnikove sposobnosti funkcioniranja v vsakdanjem življenju in izobraževanju (World Health Organisation, 2019).

Samopoškodovalno vedenje in samomor

Samopoškodovalno vedenje in samomor sta resna javnozdravstvena problema pri otrocih in mladostnikih po vsem svetu. Izraz samopoškodovanje se lahko uporablja za označevanje dejanj samostrupitve ali samopoškodovanja (npr. rezanje, praskanje, lomljenje kosti, žganje), ki se izvajajo namerno, ne nujno v samomorilne namene (Hawton, et al., 2012). Raziskave kažejo, da se največ samopoškodovalnega vedenja pojavlja v obdobju med 16–24 let (Madge, 2008). Dekleta so bolj nagnjena k samopoškodovalnemu vedenju v primerjavi s fanti (Harris, et al., 2019). Samopoškodovalno vedenje se pogosto ponavlja, kar 15–25 % mladostnikov se v obdobju enega leta večkrat vrne na zdravljenje (Hawton, et al., 2012).

Raziskave kažejo na povezavo med samopoškodovalnim vedenjem in tveganjem za samomor, pri čemer je skoraj polovica mladostnikov, ki je umrla zaradi samomora, pred tem imela težave s samopoškodovalnim vedenjem (Harris, et al., 2019). Opozorilni znaki samomorilne ogroženosti pri mladih so izjave, ki nakazujejo željo po smrti, povečana zloraba drog in alkohola, izražanje občutkov obupa, znaki anksioznosti vključno s povečanim nemirom in spremembami spanja, izražanje občutkov ujetosti, izražanje občutkov nemoči, umik iz socialnih stikov s prijatelji in družino, neobičajno izražanje jeze, nenadne spremembe v vedenju, opazno spreminjanje razpoloženja (Tančič, 2009). Ker otroci in mladostniki doživljajo smrt, kot ne povsem dokončno dejanje, je pri njih nevarnost impulzivnega samomora veliko večja kot pri odraslih. Te vrste samomorilnega vedenja tudi težje predvidimo in je zato pravočasno preprečevanje težavnejše (Tekavčič Grad, 1994). Slovenija je glede umrljivosti med mladimi zaradi samomora še vedno nad evropskim povprečjem in je v starostni skupini 10 do 14 let in 15 do 19 let na drugem mestu glede na vzrok smrti. Tveganje za samomor je med moško populacijo znatno večje (Roškar, et al., 2015).



Preventiva in zgodnja obravnava duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih

Za dobro duševno zdravje je pomembno že prenatalno obdobje. Raziskave kažejo, da lahko visoka stopnja stresa v nosečnosti negativno vpliva na možgansko strukturo in delovanje možganov, kar lahko vodi v razpoloženske in anksiozne motnje kasneje v življenju. Pri otrocih, ki so bili izpostavljeni povišani ravni kortizola prenatalno, je bilo zaznati znatno več razvojnih motenj (Scott, 2012). Obdobje od spočetja do otrokovega 3. leta je odločilno za oblikovanje otrokovih življenjskih možnosti. Zgodnje izkušnje otrok in njihovo socialno okolje vplivajo na razvoj možganov, kar postavlja temelje za dobro duševno in telesno zdravje ter učenje. Povezan odnos med dojenčkom in starši je ključnega pomena za zdrav razvoj. Varen, topel in predvidljiv odnos z vsaj enim od staršev vpliva na oblikovanje nevronske strukture v možganih, ki vodijo v pozitivno dojenčkovo počutje. Varna navezava pozitivno vpliva tudi na razvoj stresne osi (hipotalamus-hipofiza-nadledvična žleza) (Clinton, et al., 2016). Zato je pomembno, da starši ne le razumejo težave otroka, ampak se na ljubeč in empatičen način odzovejo na njihove potrebe (Skovgaard, 2010). Preventiva duševnih motenj ne pomeni le zmanjšanje dejavnikov tveganja, ampak tudi ohranjanje in krepitev dobrega počutja, ter optimalen razvoj in krepitev umskih sposobnosti (Scanlon, et al., 1997). Za ohranjanje pozitivnega duševnega zdravja je pomembno, da prepoznamo in naslovimo dejavnike tveganja. Aktivnosti naj bodo usmerjene v krepitev zaščitnih dejavnikov in zmanjšanje dejavnikov tveganja. Cilj preventivnih ukrepov je predvsem vzdrževanje in krepitev duševnega zdravja in dobrega počutja. Med zaščitne dejavnike spadajo predvsem skrbni starši in vzgoja, dobre socialne veščine, zdrava prehrana, pozitivno šolsko ozračje, priložnosti za uspeh in prepoznavnost v šoli, dobro telesno zdravje, socialna in ekonomska varnost (The Commissioner for Children and Young People, 2013).

Preventivne ukrepe lahko razdelimo na splošne, izbrane in usmerjene. Splošni preventivni ukrepi so namenjeni splošni javnosti, mladostnikom, nosečnicam in staršem. Izbrani preventivni ukrepi so usmerjeni skupini prebivalstva s povečanim tveganjem za duševne motnje npr. mladostniki, mladi pri katerih je prisotna zloraba psihoaktivnih substanc, mladi s pozitivno družinsko anamnezo. Usmerjeni pa se osredotočajo na posameznike z visokim tveganjem, za katere je bilo ugotovljeno, da imajo minimalne, vendar zaznavne znake ali simptome, ki napovedujejo duševno motnjo ali biološke označevalce, ki kažejo nagnjenost k duševni motnji, vendar trenutno ne dosežajo diagnostične ravni za postavitve diagnoze. Primeri oseb z visokim tveganjem vključujejo mlade z zgodnjimi znaki in nespecifičnimi simptomi (npr. psihoetičnimi, depresivnimi ali anksioznimi simptomi, ki še ne ustrezajo kriterijem za postavitve diagnoze) (NSW health Department, 2001).

Zgodnja obravnava duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih je izjemno pomembna, saj se na ta način zmanjša tveganje za napredovanje bolezni. Zmanjša se škodljiv vpliv bolezni tako na posameznika, družino in širšo skupnost (The Commissioner for Children and Young People, 2013).

Zaključek

Duševne motnje pri otrocih in mladostnikih predstavljajo enega izmed največjih izzivov javnega zdravja tako v Sloveniji, kot v svetu. Duševne motnje so v slovenskem prostoru slabo poznane in stigmatizirane s strani javnosti. Otroci in mladostniki z motnjami v duševnem zdravju so tako poleg težav z boleznijo izpostavljeni socialni izključenosti, diskriminaciji in stigmati, kar jih še dodatno ovira pri iskanju ustrezne pomoči. Poleg preventivnih ukrepov in zgodnje obravnave so nujno potrebni ukrepi izobraževanja javnosti o duševnih boleznih in njihove destigmatizacije. Ukrepe preventive in zgodnje obravnave je potrebno sistematično vpeljati v vzgojno varstvene organizacije in druge izobraževalne ustanove. Vsaka taka ustanova bi nujno potrebovala ustrezno izobražene strokovnjake, ki bi bili sposobni prepoznati stiske in potrebe otrok in mladostnikov na področju duševnega zdravja in jim nuditi tako individualno, kot tudi skupinsko obliko strokovne obravnave.



Literatura:

Arango, C., Diaz-Caneja, CM., McGorry, PD., Rapoport J, Sommer, IE., Vorstman, JA., et al. 2018. Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry*, 5, pp. 591–604.

Avguštin Avčin, B. & Konečnik, N., 2013. Generalizirana anksiozna motnja. *Zdrav Vestn*, 82, pp:580–8.

Bajt, M., 2017. Kako zmanjšati tveganje za razvoj depresije in anksioznih motenj pri najstnikih. Smernice za starše otrok med 6. in 11. letom starosti. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Brown, ER., Khan, L., Parsonage, M., 2012. A chance to change: Delivering effective parenting programmes to transform lives. Centre for mental health, London. Available at: https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-9/chance_to_change.pdf [7.2.2020]

Chung, J.E., Song, G., Kim, K. et al., 2019. Association between anxiety and aggression in adolescents: a cross-sectional study. *BMC Pediatr*, (19)115. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1479-6>. [8.2.2020]

Clinton, J, Feller, A., & Williams, R., 2016. The importance of infant mental health. *Paediatr Child Health*, 21(5), pp. 239-241.

Fusar Poli, P., 2019. Integrated Mental Health Services for the Developmental Period (0 to 25 Years): A Critical Review of the Evidence. *Front. Psychiatry*, 10(355), pp:1-16.

Gore, FM., Bloem, PJ., Patton, GC., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., et al., 2011. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 377(9783):2093–102. doi: 10.1016/S0140-6736(11), pp, 60512-6.

Gregorič Kumperščak, H., 2013. Shizofrenija z zgodnjim začetkom. *Zdrav Vestn*, 82: 402–9.

Harris, IM., Beese, S., Moore, D., 2019. Predicting repeated self-harm or suicide in adolescents and young adults using risk assessment scales/tools: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 8(87). Available at: <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1007-7>. [7.2.2020].

Hawton, K., Saunders, KE., O'Connor. RC., 2012. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379:2373–82. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5. [7.2.2020].

Madge, N., Hewitt, AA., Hawton, K., et al., 2008 Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the child and adolescent self harm in Europe (CASE) study. *J Child Psychol Psychiatry* 49(6): 667-77. Available at: 10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x [7.2.2020].

McLuckie, A., Landers, AL., Curran, AJ., Cann, R., Carrese, DH., Nolan, A., Corrigan, K., Carrey, NJ., 2019. A scoping review of mental health prevention and intervention initiatives for infants and preschoolers at risk for socio-emotional difficulties. *Systematic Reviews*, 8(183). Available at: <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1043-3>. [7.2.2020].

Messinis, L., Kyprianidou, A., Malefaki, S., Papathanasopoulos, P., 2006, Neuropsychological deficits in long-term frequent cannabis users. *Neurology*, 66(5):737-9. doi: <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000201279.83203.c6>. [7.2.2020].



Murphy, M., Fonagy, P., 2013. Mental Health problems in children and young people. In: Annual Report of the Chief Medical Officer. Our Children Deserve Better: Prevention Pays. DH, London. Available at: <http://tinyurl.com/pykkcvn>. [7.2.2020].

NSW health Department, 2001. Getting in Early. Retrieved 2 2020, from A framework for early intervention and prevention in mental health for young people in New South Wales: <https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/resources/Publications/getting-in-early.pdf>. [7.2.2020]

O'Brien, D., Harvey, K., Howse, J., Reardon, T., Creswell, C., 2016. Barriers to managing child and adolescent mental health problems: a systematic review of primary care practitioners' perceptions. *Br J Gen Pract*, 66(651):e693–707. doi: 10.3399/bjgp16X6870617HM Government.

Roškar, S., Jeriček Klanšček, H., Konec Jurčič, N., 2015. Duševno zdravje otrok in mladostnikov. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Scanlon, K., Williams, M., Raphael, B. 1997. *Mental health promotion in NSW. Conceptual framework for developing initiatives*. Sydney: NSW Health Department.

Scott, S., 2012. Parenting quality and children's mental health: biological mechanisms and psychological interventions. *Curr Opin Psychiatry*, 25(4), pp:301-6.

Skovgaard, A.M., 2010. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood - an epidemiological study. *Dan Med Bull*, 57(10): B4193.

Tančič, A. 2009. Tako mlad pa že samomorilen. V: Tančič, A., Puštovan, V., Roškar, S. Spregovorimo o samomoru med mladimi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Tekavčič-Grad, O., 1994. Pomoč človeku v stiski. Ljubljana: Litterapicta.

The Commissioner for Children and Young People. 2013. *Prevention and early intervention for mental health problems and disorders in children and young people*. The mental health and wellbeing of children and young people. Available at: <https://www.cyp.wa.gov.au/media/1296/policy-brief-mental-health-prevention-and-early-intervention-for-mental-health-problems-and-disorders-in-children-and-young-people-november-2013.pdf>. [7.2.2020]

Wolf, R.T., Jeppesen, P., Gyrd-Hansen, D., The CCC2000 Study Group, Oxholm AS 2019 Evaluation of a screening algorithm using the Strengths and Difficulties Questionnaire to identify children with mental health problems: A five-year register-based follow-up on school performance and healthcare use. *PLoS ONE* 14(10):e0223314. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0223314>. [8.2.2020]

World Health Organisation (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization. [7.2.2020]

World Health Organisation (2019). Adolescent mental health. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. [7.2.2020]





**KOMUNIKACIJA OTROK –
STARŠI - MEDICINSKA SESTRA,
MEDIACIJA V PEDIATRIJI**

EMPATIČEN ODNOS - PROSTOR ZDRAVLJENJA - OTROCI IN MLADOSTNIKI PA PRAV POSEBEN IZZIV!

Doc. dr. Andreja Poljanec
Študijsko-raziskovalni center za družino,
Univerza Sigmunda Freuda – Ljubljana
andreja.poljanec@sfu-ljubljana.si

Izveček

Vsak odnos, ki ga vzpostavimo, ima v sebi potencial za lepoto! To pomeni, da imamo v vsakem odnosu, tudi če je kratkotrajen, možnost za vzpostavljanje čustvenega stika. Če zmoremo vzpostaviti tako vzdušje, bo v našem spominu nepozaben vtis. Vsakič, ko bomo tega človeka ponovno srečali, se bo v nas prebudil občutek, da smo lahko prepoznani in sprejeti v tem kar smo.

Ključne besede: empatija, občutek varnosti, zaupanje, zdravstvena preventiva otrok in mladostnikov

Uvod

Poklic zdravstvenega delavca, ne glede na okoliščine, je poslanstvo, kjer imamo to vizijo možnost neprenehoma razvijati. Krivično bi bilo kategoriziranje katerim pacientom pripada več čustvenega stika in empatije, zagotovo pa so otroci in mladostniki posebej ranljiva skupina, saj so še osebno neizoblikovani in čustveno nerazviti. Pomembno je, da se zavedamo, da se tudi ob nas, četudi jih ne vidimo pogosto, na poseben način razvijajo. Ob nas dobivajo izkušnje zdravstvene oskrbe, odnosov ter nasvetov, ki so podlaga za razvoj prepričanj, pričakovanj in vrednot v povezavi z zdravjem, telesom in občutkom sprejetosti.

Poznavanje njihovih razvojnih sposobnosti ter zakonitosti razvoja nam pomaga pri odločitvi in vztrajanju za poglobljeno čustveno vživljanje vanje. Slednje pa je podlaga za občutek varnosti in zaupanja pacientov, kar omogoča kvalitetno zdravstveno svetovanje in zdravljenje. Bolj ko to zmoremo, bolj se na podlagi izkušenj zavedamo, da je to delček izkušnje, ki ostane za vedno.

Sposobnost empatije je v nas sicer vrojena, vendar je v nas razvita le deloma. Ob zavestnem trudu za njeno uporabo v odnosih jo lahko zaradi plastičnosti možganov razvijamo prav vse življenje. Strokovnjakom in ljudem okoli nas dokazano osmišlja življenje in mu vdihuje zadovoljstvo in občutek sreče ter smisla.

Ne bojmo se je! Bolj, ko jo bomo osvojili, manj utrujeni bomo. Otroci, mladostniki pa tudi njihovi starši pa bodo od nas odhajali z občutkom, da nam lahko zaupajo, kar jih pomirja in tudi lajša bolečine.

Empatija in čustveni stik – bistvo razvoja odnosov

Temeljna potreba vsakega otroka in mladostnika je čustveni stik z vsakim odraslim, s katerim na kakršenkoli način sodelujejo. Če jim to odrasli – zdravstveni delavci - zmoremo omogočiti, se lahko počutijo varno in sprejeto ter nam lahko zaupajo; to pa je ključno za zdrav telesni in čustveni razvoj. V primeru, da so zdravstveni delavci s tem seznanjeni in proces razumemo, še posebej pa, če lahko pomen in učinek empatije tudi izkusimo in verjamemo v njeno moč, se s trdom in s hvaležnostjo lahko kar najbolj polno predamo v odnos. Na ta način se tudi mi ob njih osebno najbolj celovito razvijamo.

Organski in nevrofiziološki temelji empatičnega povezovanja z ljudmi so zasidrani v naših možganih, kar pomeni, da nam je omogočeno neposredno začutiti čustvena stanja in namene drugih ljudi. Naš živčni sistem je sposoben biti v resonanci z živčnim sistemom druge osebe in obratno.

Gre namreč za sposobnost posameznika, da si prestavlja, kako se počuti drugi, gre za sposobnost zaznavanja, razumevanja in vživljanja v občutja in misli te druge osebe. Prek tega se razvija zavedanje, občutenje in novo spoznanje izkušnje in doživljanja drugega z njegove perspektive.



Proces nam omogoča dostop do notranjega doživljanja drugega (Stein, 1989). Najlepše in tudi najbolj rodovitno je, če ta proces ni enostranski, temveč poteka vzajemno. Daniel Stern, pionir na področju razumevanja pomembnosti čustvenega stika v odnosih, je to sposobnost izrazil s stavkom »Vem, da veš, da vem!«, kar prevedeno v jezik čustev pomeni: »Čutim, da čutiš, kar čutim!« Ko zmoremo te spretnosti, lahko bi rekli celo umetnosti, v odnosih spretno uporabljati, smo drug z drugim globlje povezani in se drug ob drugem neprenehoma vzajemno razvijamo (Stern, 2004). V takih odnosih delamo s predanostjo in veseljem ter smo manj utrujeni, saj se v teh trenutkih v nas sprošča oksitocin, ki v telesu vzbudi občutek veselja, povezanosti, sreče. Krog veselja ob darovanju sebe v odnosu je tako sklenjen. Če verjamemo v empatijo in jo uporabljamo, nikoli nismo na izgubi.

Vzajemni empatični odnosi so zato vedno prostor preoblikovanja in nenehne rasti.

Empatija in strah pred izgorelostjo

Neredko je pri zdravstvenem osebju prisoten tudi strah, da bo z več empatije v odnosih v porastu tudi lastna izgorelost ter dodatno primanjkovalje časa pri delu. Ti strahovi pa na srečo niso utemeljeni. S treniranjem empatije je izgorelosti in utrujenosti manj (Klimecki, et al., 2014). Problem verjetno nastane pri napačnem razumevanju pojma empatija, ki v tem primeru ne vključuje razmejenosti od drugega, kar pomeni, da gre za pretirano zlitje z drugo osebo, njenimi čutenji in mislimi. Pri pravi empatiji je namreč potrebno dobro diferenciranje lastnega jaza od jaza drugega (Eisenberg & Strayer, 1987 cited in Simonič, 2010). Sposobni moramo biti stopiti v položaj drugega in občutiti enakost z njim, hkrati pa različnost od njega (DeYoung, 2003 cited in Simonič, 2010).

Izsledki raziskav večinoma dokazujejo negativno povezanost med empatijo in izgorelostjo. To pomeni, da ljudje, ki imajo bolj razvito sposobnost empatije, redkeje zbolijo za sindromom izgorelosti. Howick (2019) pa je prepričan, da pomankanje časa ne bi smel biti ključni blokator. Empatija se namreč dogaja sproti v odnosu z drugim. V odnosu je prisotna ali pa je ni. Je stvar drže do posameznika.

Umetnost rahločutnosti, sočutja in učenje sposobnosti empatije se začne s sposobnostjo urjenja samozavedanja in čuječnosti (Rosenweig et al., 2003). Ta področja zavedanja pomagajo pri krepitvi sočutja, povečajo sposobnost komuniciranja in večjo sproščenost. Ljudje se namreč v odnosih sporazumevamo celostno, ne le z besedami. Bolj ko se zmoremo uglasiti drug na drugega, bolj se lahko začutimo in smo empatični. Različne so poti, ki nas pripeljejo do tega, da verjamemo, da bomo z več empatije tudi sami bolj umirjeni in srečni in se odločimo, da je naš poklic prostor, kjer lahko tudi osebnostno rastemo in smo tudi bolj polni ljubezni.

Čim bolj se moramo znebiti občutka prezasedenosti in rutine. Vsakič, ko sprejmemo novega pacienta ali šolsko skupino, se pri sebi za hip ustavimo in si predstavljajmo otroka/e, ki nas pričakujejo, in jih obravnavajmo kot bi mi radi, da bi nas obravnavali, če bi bili na njihovem mestu. Tako presegamo svoje težave, utrujenost ali naveličanost in naredimo prostor ljubezni, ki ostane!

Teorija navezanosti in osmišljanje odnosov

Potrebo po odnosih kot ene od naših ključnih motivacijskih komponent, ki so vrojene v centralni živčni sistem, je z nevroznanstvenega vidika skupaj s sodelavci dokazal tudi John Bowlby (2003). Skupaj s sodelavci je dokazal, da se najbolj polno in zdravo lahko razvijamo v varnih in sproščenih odnosih, kjer prevladujejo toplina, empatija, predanost in povezanost. To pomeni, da otrokovo iskanje stika z odraslim, posebej v primerih, ko se počuti negotovega, izraža najbolj zdravo reakcijo in odločitev. Prepričanje, da sta najbolj samostojna in zdrava tisti otrok in najstnik, ki se znata glede mnogih stisk in tudi zdravstvenih potez odločati in razreševati sama, je zmotno. Ravno nasprotno – najbolj zdrav in funkcionalen odziv otroka in najstnika v stiski je, da zmoreta verjeti, da jima stiske ni potrebno reševati samima, temveč da jo lahko zaupata odraslemu, ki jima jo s svojimi izkušnjami in čustveno ter nevrološko zrelostjo pomaga razumeti, razrešiti in pomiriti.



Razvojne značilnosti otrok

Otrokovo vedenje, razmišljanje, čustvovanje je plod delovanja njegovih dozorevajočih možganov. Poznavanje njegovih zmogljivosti in potreb nam odraslim omogoča, da mu z njegovimi močmi in sposobnostmi pomagamo pri čim bolj polnem telesnem in čustvenem razvoju ter ohranjanju in spodbujanju notranjega veselja in globokega zaupanja v odnose, bližino in ljubezen.

Odnos – ključno vodilo razvoja od rojstva naprej

Ob rojstvu imamo ljudje razvit limbični predel možganov, kjer vznikata ves čustven svet, ter male možgane in možgansko deblo. Največji del možganov, možganska skorja, ki je odgovorna za trezno odločanje in načrtovanje, nadzor nad čustvi in telesom, razumevanje samega sebe, moralo, empatijo, pa ob rojstvu še ni razvita in zato tudi le delno delujoča (Siegel, 2013). Razvija se do približno sredine tridesetih let, pri čemer se prav čelna režnja, katerega naloge so sposobnost za učenje, pozornost in zbranost, sposobnost za načrtovanje in reševanje problemov, sposobnost za uravnavanje stresa in sposobnost za uravnavanje impulzov (Sunderland, 2017), razvijeta najkasneje (Siegel, 2013). Takrat dorzolateralna prefrontalna skorja, kjer se vrši nadzor impulzov, presoje, odločanja doseže tudi največjo prostornino (Gogtay et al., 2004, v Bregant, 2012). Ta dognanja nam pomagajo razumeti otrokov vidik zaznavanja sveta, ki je sprva izključno na čustveni ravni, skozi vzdušje odnosov, ki jih ustvarjajo odrasli. Šele z zorenjem skorje in otrokovim odraščanjem, se razvija tudi otrokovo izražanje, sklepanje, presojanje, vedno širše in globlje dojetje, ustvarjanje lastnega mnenja, odločanje, vse do mlade odraslosti, ko ima oseba izgrajeno svojo notranjost. Pri čemer na razvoj možganskih struktur pomembno vpliva način, kako odrasli vstopajo in živijo odnose z otrokom (Sunderland, 2017).

Njihov razvoj namreč pomembno oblikujejo izkušnje (Siegel, 2013), ki z vsakim dogodkom aktivirajo določene nevrone, z vsako aktivacijo pa ti nevroni postajajo vedno bolj povezani med seboj, dokler vez ni tako močna, da postane naš avtomatizem.

Če si želimo, da otroci in mladostniki ponotranjijo vsebine, za katere menimo, da bodo zanje pomembne ali celo ključne v življenju – kot je skrb za telo in zdravje, je pomembno, da le-te podajamo v vzdušju sproščenosti in veselja. To jim omogoči pozitivno izkušnjo in se kot taka zapiše v njihove možgane.

Mladostništvo - večni izziv

Najstniki s svojo vihravostjo, radovednostjo, preverjanjem mej, težnjo po preizkušanju novega ipd., odraslim vedno prinašajo nove izzive. Veliko zmorejo in tudi želijo razumeti ter narediti sami, hkrati pa je vsa ta življenjska energija pogosto prepletena s strahovi, saj vstopajo v neznano, pa tudi njihova identiteta, vrednote in cilji so še v izgrajevanju.

Omenjene spremembe so rezultat specifičnega delovanja in razvoja možganov v tem obdobju. Mladostnik čuti pogum za oddaljevanje od doma, spoznavanje sveta, preizkušanje lastne spretnosti v odnosih zunaj družine in treniranja samostojnosti. Siegel (2014) vsako od štirih lastnosti pojasni v njihovi vrednosti in nujnosti za človekov razvoj:

- iskanje novega; v možganih se poveča želja po doživetju zadovoljstva, kar mladostnika vleče k novim doživetjem, k oblikovanju novih pristopov, k dejavnejšemu vključevanju v življenje;
- vključitev v družbo mu omogoča povezovanje z vrstniki in vstopanje v odnose zunaj družine – s tem ustvarja novo odnosno mrežo, s katero bo kot odrasla oseba ustvarjal svet; zaradi drugačne narave odnosov z vrstniki razvija in krepi drugačne socialne spretnosti, kot s starši in drugimi odraslimi;
- povečan čustveni naboj pomeni, da je mladostnikovo življenje za razliko od otrok in odraslih močnejše nabito s čustvi, kar omogoča doživljati več zagnanosti, poguma, vitalnosti, s tem pa razposajenosti in volje do življenja;



- ustvarjalno raziskovanje omogoča, da lahko mladostnik razmišlja izven utečenih poti, da lahko podvomi v obstoječe in razmišlja o novem, drugačnem, o nadgradnji, kar omogoča razvoj sveta.

Zaradi vseh teh značilnosti, da je delo z mladostniki čustveno bolj intenzivno, obenem pa tudi bolj zanimivo, pestro in senzitivno. To je za zdravstveno osebje poseben izziv, ki je, če ga lahko zajamejo s polno žlico, dragocena priložnost za lasten osebnostni razvoj in za razvoj občutka zadovoljstva in smisla pri delu z mladimi.

Mladostnik potrebuje varno oporo odraslih

Ker pa mladostniki še zdaleč niso zrele osebnosti, zgoraj omenjenih psiholoških lastnosti ne zmorejo dobro uravnati. Hitro se zgodi, da iskrivost, energičnost, močna čustva prevzamejo kontrolo nad mladostnikovim razmišljanjem in ravnanjem. Tako lahko iskanje novega preide v impulzivnost ali v podcenjevanje tveganja. V primeru, da se mladostnik ob odraslih ne počuti sprejetega, se od njih čustveno, lahko pa tudi fizično, preveč oddalji (še posebej v primerih, ko tudi v primarni družini ni bil vajen sproščenih in zaupnih odnosov, kjer se na odrasle lahko zaneseš). Tako prehitro postane obdan le z vrstniki, ki pa so na podobni stopnji zrelosti in zato drug drugemu v stiskah ne morejo dovolj kvalitetno pomagati. To močno vpliva na povečanje tveganega vedenja ali občutek pomanjkanja smisla v življenju.

Drugačnost v mladostništvu je namenjena intenzivnemu in poglobljenemu razvoju identitete ter čustvene in socialne zrelosti, ki pa bo lahko polno izkoriščena le ob odraslih, ki mladostnika spremljajo in zmorejo z njim vzpostavljati čustveni stik. Zavedanje mladostniških specifik je zdravstvenemu osebju v oporo pri zavedanju pomena varnih in zaupnih odnosov z odraslimi ter vzpostavljanja čustvenega stika, ki je temelj, na katerem se lahko vzpostavljajo smiselne in zdrave smernice in rešitve za vsakega posameznika.

Pomen odnosov za mladostnike

Mladostnik si želi biti viden, slišan in varovan s strani drugih, čeprav s svojim vedenjem pogosto kaže ravno nasprotno (Siegel, 2014). Izjemnega pomena v obdobju mladostništva so torej starši, kljub temu, da jim mladostnik marsikdaj dopoveduje, da jih ne potrebuje. Na eni strani si mladostnik želi razširiti meje in raziskovati ter tudi tvegati, po drugi strani pa si želi varnost in usmerjanje, kar pomeni, da si želi varnosti, smernic in pozornosti s strani staršev (Taffel in Blau, 2001). Sliši se paradoksalno, vendar mladostnik na ta način preverja, ali bodo starši pa tudi drugi odrasli sposobni zdržati ob njem in z njim ne bodo prekinjali čustvenega stika, temveč ga bodo v neprimernem vedenju in odzivanju skušali razumeti ter mu podati prave usmeritve, ga jemati resno in se potruditi regulirati njegova čustva. Istočasna želja po svobodi in vodenju mu skupaj predstavlja varnost ter ohranja občutek, da zmore odločati tudi sam (Coleman, 2011; Feinstein, 2013; Schore, 2003, 2012 v Gostečnik, 2014). Mladostnik si namreč želi predvsem prostora, kjer bo spoštovan oziroma cenjen za to, kar je (Taffel in Blau, 2001).

Pridobiti zaupanje staršev

Pri delu z otroki in mladostniki je pomembno tudi zaupanje staršev zdravstvenemu osebju. Raziskave ugotavljajo, da zdravstveno osebe, ki zmore empatične odnose, dosega višjo stopnjo zaupanja s strani staršev, kar posledično omogoča boljši pretok informacij, na podlagi katerih lahko steče tudi bolj kvalitetno svetovanje. Zdravstveno osebje, ki zmore več empatije, dobi več primernih informacij o pacientovi bolezni in skrbih. Podoben učinek ima zaupanje (Lan & Yan, 2017).

Grajenje pozitivnega odnosa med zdravstvenim delavcem in pacientom izboljša zadovoljstvo pacienta ter v povezavi s tem tudi zmanjša zdravniške napake. Zato je pomembno, da bi se zavedali pomena zaupanja, interakcije in empatije v tem odnosu ter ju razvijali (Lan & Yan, 2017).

Zaupanje tudi stimulira večjo ustvarjalnost, inovacije in izvedbo – stvari stečejo bolj gladko (Lan & Yan, 2017).



Zaključek

Zavedanje, kako dragoceno je, da zdravstveni delavci ob visoki strokovnosti tudi empatiji določijo pomembno mesto, jim vliva energijo, da jo zmorejo razvijati vse življenje.

To je sicer neprenehni izziv - kako ustvarjati sočutne, varne in zaupanja polne medosebne odnose s tolikimi različnimi ljudmi. To tudi ni enostavno. Vendar raziskave ugotavljajo, da se sprotno učenje in uporaba empatije v odnosih vedno znova izkaže kot temeljna prvina, ki omogoča občutek zaupanja in sprejetosti. Če si želimo, da bodo otroci in mladi, pa tudi starši radi prihajali, bodimo radovedni za karakteristike njihovega razvoja ter zakonitosti delovanja odnosov ter računajmo na vseživljenjsko plastičnost možganov, ki nam omogoča neprenehni čustveni in osebnostni razvoj. Tako bomo glede vizije svojega poslanstva lahko tudi sami bolj pomirjeni, bolj zadovoljni in tudi manj izgoreli.

Naj vas ob vsakem zajtrku spremlja tudi kaj v smislu spodnje pesmice (T.Pavček);

Na svetu si, da gledaš sonce.

Na svetu si, da greš za soncem.

Na svetu si, da sam si sonce

in da s sveta odganjaš – sence.

Literatura

Bowlby, J., 2003. A secure base. New York: Brunner–Routledge.

Bregant, T., 2012. Razvoj, rast in zorenje možganov. *Psihološka obzorja*, 21(2), pp. 51-60.

Gostečnik, C., 2014. So res vsega krivi starši? Ljubljana : Brat Frančišek in Teološka fakulteta in Frančiškanski družinski inštitut.

Howick, J., 2019. Empathy in healthcare is finally making a comeback - Important impact on the ability to do without unnecessary drugs. University of Oxford. Available at: <https://timesofmalta.com/articles/view/empathy-in-healthcare-is-finally-making-a-comeback.709394> [26.10.2019].

Klimecki, O.M., Leiberg, S., Ricard, M. & Singer, T., 2014. Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), pp. 873–879.

Lan, Y.L., Yan, Y.H., 2017. The Impact of Trust, Interaction, and Empathy in Doctor-Patient Relationship on Patient Satisfaction. *J Nurs Health Stud*, 2, pp. 2. doi: 10.21767/2574-2825.100015

Poljanec, A., 2015. Rahločutno starševstvo. Celjska Mohorjeva družba. Ljubljana.

Poljanec, A., 2019. Sproščeno starševstvo za poln razvoj otrok. Opolnomočimo starše, omogočimo dojenje – zbornik prispevkov. Nacionalno strokovno srečanje – »Iz prakse v prakso«, Unicef.

Rosenweig, S., Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G.C. & Hojat, M., 2003. Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. *Teaching and Learning Medicine*, 15(2), pp. 88-92.



- Schore, A. N., 1994. Affect regulation and the origin of the self. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Siegel, D. (2014). Vihar v glavi: moč najstniških možganov. Domžale: Družinski in terapevtski center Pogled.
- Siegel, D. (2013). Celostni razvoj otroških možganov: 12 revolucionarnih metod, s katerimi spodbujamo razvoj otroških možganov. Domžale: Družinski in terapevtski center Pogled.
- Simonič, B. (2010). Empatija. Brat Frančišek in frančiškanski družinski inštitut. Ljubljana.
- Stein, E., 1989. On the Problem of Empathy. Washington: ICS Publications.
- Stern, D. N., 2004. The Present Moment in Psychotherapy and everyday Life. New York: W. W. Norton & Company.
- Sunderland, M., 2017. Znanost o vzgoji. Radovljica: Didakta.
- Taffel, R., Blau, M., 2001. The Second Family: dealing with peer power, pop culture and the wall of silence – and other challenges of raising today's teens. New York: St. Martin's Griffin.
- Tomkins, S.S., 1987. Shame. In: Nathanson, D.L., ed. Many Faces of Shame. The Guilford Press, pp. 133-161.
- Wikipedija; iskalno geslo: hormon dopamin. Available at: <https://sl.wikipedia.org/wiki/Dopamin>. [22. 7. 2019].



MEDIACIJA IN MEDIACIJSKE VEŠČINE V PEDIATRIJI

Vesna Rečnik Šiško, dipl. org., mediator

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor,

Mediacijska pisarna Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, Splošne bolnišnice dr. Jožeta Potrča Ptuj, Zdravstvenega doma Ptuj in Zavoda za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava
mediacijska.pisarna@zd-mb.si

Izvleček

Mediacija v zdravstvu je namenjena človeku prijaznemu reševanju sporov. Mediacijska pisarna Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, Splošne bolnišnice dr. Jožeta Potrča Ptuj, Zdravstvenega doma Ptuj in Zavoda za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava je bila ustanovljena z namenom, da se pacientom in svojcem ter zaposlenim ponudi dodatna storitev, ki na novo ureja medosebna razmerja. Spori so posebej na področju pediatrije nekaj normalnega, saj so starši v skrbi za zdravje otrok še posebej ranljivi. Mediacija in uporaba mediacijskih veščin v pediatriji omogoča varen prostor, kjer se ljudje med seboj ne samo poslušajo, ampak tudi slišijo.

Ključne besede: mediacija, mediacijske veščine, mediacijska pisarna, spori, prostor slišnosti

Uvod

Mediacija, kot metoda neformalnega, miroljubnega, zaupnega reševanja sporov, in uporaba mediacijskih veščin, sta si v zadnjih letih utrla pot tudi na področju zdravstva v Sloveniji. Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor in Univerzitetni klinični center Maribor sta oktobra leta 2013, s podporo Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, skupaj ustanovila Mediacijsko pisarno, ki se ji je leta 2016 priključila Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj in leta 2017 Zdravstveni dom Ptuj in Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava. Skupna Mediacijska pisarna na področju zdravja je primer dobre prakse združevanja in sodelovanja ustanov severovzhodne Slovenije. Mediacijska pisarna je nastala na pobudo direktorja Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor prim. doc. dr. Jerneja Završnik, dr. med. spec., ki je tudi sam mediator in ki je idejo o skupni mediacijski pisarni pospremil z besedami: »Delovanje našega zdravstvenega doma temelji v skladu z jasno začrtanim poslanstvom, vizijo in vrednotami, tudi na skrbi za dobre medsebojne odnose, ki so osnova za podporo zaposlenim pri uresničevanju ciljev ter kakovostnemu opravljanju zdravstvenih storitev. Zavedamo se, da sta človekova stiska in prizadetost v sporih v zdravstvu še posebno veliki, zato smo se odločili, da damo pobudo in skupaj z Univerzitetnim kliničnim centrom Maribor odpremo mediacijsko pisarno. Mirno reševanje nesoglasij z mediacijo pomeni korak bližje k boljšim medsebojnimi odnosom v zdravstvu in k bolj varni ter kakovostnejši zdravstveni oskrbi pacientov.« (Univerzitetni klinični center Maribor, 2013).

O pomenu odprtja prve mediacijske pisarne v Mariboru na področju zdravstva, je na tiskovni konferenci pred otvoritvijo Mediacijske pisarne, ki je bila junija 2013, spregovoril France Prosnik, mag. klin. psih., Varuh bolnikovih pravic: »Odprtje mediacijske pisarne v Mariboru na področju zdravstva, je tako pomembno dejanje, kot je bilo pred 11 leti ustanovitev instituta varuha bolnikovih pravic, čemur je čez nekaj let sledilo imenovanje zastopnikov pacientovih pravic po ostalih slovenskih regijah. Prepričan sem, da bo podobno pot opravila tudi že usposobljena skupina mediatorjev v zdravstvu in na ta način pomembno prispevala h konstruktivnemu načinu reševanja sporov« (Univerzitetni klinični center Maribor, 2013).



Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor – Dom zdravja, kjer so dobri medsebojni odnosi vrlina
Vodstvo Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor se zaveda pomembnosti dobrih medsebojnih odnosov tako med pacienti in zaposlenimi, kot med zdravstvenim osebjem, ki je velikokrat preobremenjeno. Zato je bilo v zavodu na tem področju veliko storjenega.

Od leta 2010 je zadolžena za odnose z javnostmi v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor za zaposlene izvedla preko sto internih delavnic iz področja komuniciranja in preprečevanja izgorelosti. V zavodu deluje Pisarna za varstvo pacientovih pravic, beleži se nasilno vedenje nad zaposlenimi in na podlagi tega se sprejemajo ukrepi za preprečevanje le-tega. Sto urno usposabljanje iz Mediacije in mediacijskih veščin je uspešno zaključilo 33 zaposlenih Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, ki delajo na vodilnih delovnih mestih (direktor zavoda, pomočniki direktorja, predstojniki organizacijskih enot, glavne medicinske sestre organizacijskih enot, vodje služb) ali pa imajo pri svojem delu opravka z zahtevnimi sogovorniki. Na podlagi poznavanja mediacijskih veščin se tako spori znotraj Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor velikokrat rešijo že na samem mestu nastanka.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor je pod vodstvom prim. doc. dr. Jerneja Završnika, dr. med., spec., leta 2014 dobil s strani Slovenskega združenja za kakovost in odličnost zahvalo in priznanje za uspešno uvedbo koristne prakse »Z izboljšanjem komuniciranja in odnosov do večjega zadovoljstva pacientov«.

Specifika sporov v zdravstvu

Spori v zdravstvu imajo veliko skupnega s spori, ki se dogajajo v drugih okoljih, vendar pa so vzroki zanje povsem specifični. Gre za splet posebnih okoliščin in različnih udeležencev v procesu diagnostike in zdravljenja. V središču pozornosti je pacient, ki je zaradi bolezni tako fizično kot psihično obremenjen in ranljiv, prihaja v tuje okolje, kjer mora pogosto razkrivati zelo osebne in druge težave zdravstvenim strokovnjakom, ki morajo odločitve sprejemati hitro. Istočasno prevladujejo čedalje večja pričakovanja pacientov in celotne družbe, da morajo biti storitve v zdravstvu brezhibne in da si izvajalci zdravstvenih storitev ne smejo privoščiti napak. Kakovost zdravstvenih storitev je pogosto povezana s preobremenjenostjo zdravstvenih delavcev, s stresom na delovnem mestu, ne nazadnje pa tudi s pritiski tako na in tudi s strani menedžmenta v smislu racionalnejše organizacije dela, večje produktivnosti in manjših stroškov. Tovrstne okoliščine nedvomno vodijo k težavam pri medsebojnem komuniciranju in posledično h konfliktom. V odnose med samimi zdravstvenimi delavci je običajno vtkana močna hierarhija, ki se velikokrat manifestira v pomanjkanju vzajemnega spoštovanja, konfliktne situacije pa se vse prevečkrat ne rešujejo s pogovorom, ampak se sprevržejo v medosebno obtoževanje ali izogibanje (kultura molka) (Symposium report: An International Conversation About Conflict Resolution in Health Care, 2007).

Specifika sporov v pediatriji

Starši oziroma skrbniki so v skrbi za svoje otroke še posebej ranljivi in na različne načine izražajo svojo napetost, strah in zaskrbljenost zaradi bolezni svojih otrok, zato je verjetnost sporov v pediatriji večja. Obravnava otroka in mladostnika zahteva od zdravstvenega osebja, poleg tega, da brezhibno opravljajo postopke zdravstvene nege, komunikacijo na visoki ravni in spoštljive medsebojne odnose, potrpljenje in dovolj izkušenj tudi za obvladovanje staršev (Oštir, 2008). Pritiski staršev na zdravstveno osebje so velikokrat tudi zaradi informacij, ki jih najdejo na družbenih omrežjih, zato lahko posledično prihaja zaradi prevelike obremenitve tudi do nesoglasij med zdravstvenim osebjem.

Smernice reševanja sporov v zdravstvu

- Sistem reševanja sporov naj bo osredotočen na pacienta.
- Ukvarjati se je potrebno tudi s spori med delavci v zdravstvu.
- Spodbujati je potrebno komunikacijske veščine in profesionalnost.



- Posredovane informacije morajo biti transparentne.
- Resnico je potrebno povedati pravočasno in sprejeti tudi odgovornost.
- Osredotočiti se je potrebno na to, kako se je dogodek zgodil, ne pa na to, kdo ga je povzročil.
- Ne podcenjujmo čustev (Symposium report: An International Conversation About Conflict Resolution in Health Care, 2007) .

Reševanje sporov s pomočjo mediacije in mediacijskih veščin v pediatriji

Opredelitev osnovnih pojmov

Mediacija je prostovoljen, zunaj soden in neformalen postopek mirnega reševanja sporov, v katerem mediator ob upoštevanju interesov strank tem pomaga doseči sporazum o rešitvi spora.

Stranka (mediant) je fizična ali pravna oseba (npr. pacient, njegova bližnja oseba, izvajalec zdravstvenih storitev ali zdravstveni delavec, oziroma zdravstveni sodelavec, zavarovalnica), ki sodeluje v postopku mediacije z namenom mirno rešiti spor, ki ga ima z drugo stranko.

Mediator je neodvisna, nepristranska in nevtralna strokovna oseba, ki ne more izdati zavezujoče odločitve, ampak po zaprosilu stranke vodi postopek mediacije in s svojim delovanjem strankam pomaga doseči sporazum o rešitvi spora.

Udeleženec mediacije je poleg mediatorja in strank tudi druga oseba, ki sodeluje ali je navzoča v postopku mediacije (Ur.l.RS, št. 77/08) .

Mediacijske veščine so potrebne za vlogo mediatorja in proces mediacije. Te veščine se uporabljajo v vseh vrstah mediacije. Gre za veščine aktivnega poslušanja, zrcaljenje, povzemanje, uporabe jaz sporočil, nevtralnost, uporabe table... Mediator z uporabo mediacijskih veščin, ki so ključnega pomena za dobro komunikacijo, pomaga sprtima stranema, da se ne samo poslušata, ampak tudi slišita. Poznavanje in uporaba mediacijskih veščin lahko veliko pripomorejo k boljšim medosebnim odnosom med otroci, mladostniki, starši otrok in zdravstvenim osebjem in tudi v komunikaciji med zaposlenimi.

Mediacijska pisarna – prostor slišnosti

Potrebe po mirnem reševanju sporov v zdravstvu naraščajo, zato sta se vodstvi Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor in Univerzitetnega kliničnega centra Maribor oktobra 2013 odločili, da ustanovita skupno Mediacijsko pisarno, ki je bila prva na področju zdravstva v severovzhodni Sloveniji, ki deluje znotraj zdravstvenega doma in ki ima svoj prostor namenjen izključno mediaciji. Mediacijska pisarna v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor je za stranke odprta dvakrat tedensko po dve uri, po predhodnem telefonskem dogovoru.

V mesecu juniju 2016 se je Mediacijski pisarni Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor in Univerzitetnega kliničnega centra Maribor priključila še Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, ki ima svoje prostore namenjene mediaciji v sejni sobi in deluje dvakrat mesečno po dve uri, po predhodnem telefonskem dogovoru.



Slika 1: *Vabljeni gostje ob priključitvi Splošne bolnišnice dr. Jožeta Potrča Ptuj Mediacijski pisarni, junij 2016*



Novembra 2017 sta se Mediacijski pisarni priključila še Zdravstveni dom Ptuj in Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava. Mediacijska pisarna ima svoje prostore tudi v kletnih prostorih Zdravstvenega doma Ptuj. Tam deluje enkrat mesečno po dve uri, po predhodnem telefonskem dogovoru.

Mediacijska pisarna je namenjena reševanju medsebojnih sporov med: pacienti in zaposlenimi v zdravstvu, zaposlenimi v zdravstvu, zdravstvenimi ustanovami, zdravstvenimi ustanovami in njihovimi poslovnimi partnerji in ostalimi vpletenimi v spore. Mediacije opravljajo za to usposobljeni mediatorji, ki so zaključili usposabljanje za mediatorje v zdravstvu in se še dodatno izobražujejo.

Nadzor nad delom Mediacijske pisarne in mediatorji opravlja Svet za mediacijo, ki ga sestavljajo mediatorji iz ZD Maribor, UKC Maribor in SB Ptuj ter zunanji članici (ena je iz Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, druga je trenerka mediatorjev).

Kako stranka izve za Mediacijsko pisarno:

- s strani zaposlenih v zdravstveni ustanovi (35%)
- iz sredstev javnega obveščanja (29%)
- napoti jo Varuh bolnikovih pravic (24%)
- napoti jo Zastopnik pacientovih pravic (12%)

Statistični prikaz delovanja Mediacijske pisarne od oktobra 2013 do decembra 2019:

- Število opravljenih napotitvenih pogovorov v mediacijski pisarni: 34
- Število sklenjenih dogovorov o izvedbi mediacije: 19
- Število mediacijskih srečanj: 26
- Število mediacij zaključenih s pisnim ali ustnim dogovorom: 12
- Število mediacij zaključenih brez dogovora: 6
- Trajanje postopka od napotitvenega srečanja do konca mediacije: cca 42 dni
- v 42 % se na Mediacijsko pisarno obračajo svojci pacientov

Vodja Mediacijske pisarne pomaga tudi pri reševanju nesoglasij na kraju dogodka in sodeluje z Združenjem zdravstvenih zavodov Slovenije kot pomoč pri usposabljanju novih mediatorjev in pri vzpostavitvi novih mediacijskih centrov v zdravstvu ter z Zdravniško zbornico Slovenije. V letu 2017 je postala članica delovne skupine vodij mediacijskih centrov na Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije, v letu 2018 pa mediator pri Zdravniški zbornici Slovenije.

Z mediacijo do težko pričakovanega odgovora

V medijsko zelo odmevnem in več let trajajočem sporu med zdravstveno ustanovo in družino pokojnega otroka, glede zdravstvene obravnave otroka, so dosegli dogovor s pomočjo mediacije, ki jo je vodila pionirka na področju mediacije Anka Stojan (sedaj Anka Patru), partnerska in družinska terapevtka, mediatorica in trenerka mediatorjev.

Takratni Minister za zdravje Dorijan Marušič je dogovor pozdravil in povedal, da na Ministrstvu za zdravje poudarjajo, da je mediacija kot ena od oblik mirnega reševanja sporov zelo primerna ob "občutljivih" sporih na področju zdravstva. V osnutku novele zakona o pacientovih pravicah jo bodo zato predlagali že za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic pri izvajalcu (bolnišnici, zdravstvenem domu ali pri koncesionarju, op.p.), kjer spor nastane. (Knavs, 2011)

Izjava Ministrstva za pravosodje za časnik Dnevnik je bila: "Spori med zdravniki, zdravstvenim osebjem in zdravstvenimi ustanovami na eni strani in pacienti ter njihovimi svojci na drugi strani so izrazito primerni za reševanje s pomočjo mediacije. Ti postopki so namreč do strank precej prijaznejši, zagotavljajo jim polno sodelovanje in pravico biti slišan, hkrati pa jim zagotavljajo ustvarjalnejše rešitve, kot pa bi jih bilo mogoče doseči v pravdi na sodišču." Pravosodno ministrstvo je zato vsem zdravstvenim ustanovam priporočalo, naj vzpostavijo sistem reševanja sporov z mediacijo (Knavs, 2011).



Prednosti mediacije in mediacijskih veščin

- Mediacija je neformalna - Stranke namreč same prevzamejo odgovornost za reševanje konfliktov ter odločajo kaj, kdaj in kako se bodo dogovorile.
- Mediacija problem obravnava celostno - Za razliko od sodnega postopka, mediacija omogoča da globlje osvetlimo ozadje konflikta in lahko postanejo predmet reševanja ter mediacijskega dogovora tudi drugi nerešeni spori med strankami.
- Stroški so nižji - Mediacijska srečanja so v primerjavi z ostalimi oblikami razreševanja nesoglasij cenovno ugodna in za nekatera področja celo brezplačna.
- Hitrejša rešitev spora - Prav zaradi neformalnosti in prilagodljivosti, je mediacijski postopek tudi relativno hiter način reševanja sporov. Po navadi je potrebno eno do treh srečanj v časovnem obdobju treh mesecev, kar je neprimerno hitreje kot reševanje na sodiščih.
- Mediacija je zaupna - Srečanja so popolnoma zaupna (razen, če se stranke ne dogovorijo drugače), zato ni negativnih tveganj. Mediacija ni zavezujoča, saj se lahko katera koli stran kadar koli odloči, da mediacijo prekine.
- Učinkovitost in uspešnost mediacije - v večini nesoglasij, ki se rešujejo z mediacijo, pride do rešitve oziroma do končnega dogovora v zvezi s spornim vprašanjem.
- Obojestransko zadovoljstvo ali sprejemljivost rešitve - v nasprotju s postopkom na sodišču, kjer običajno zmaga le ena od strank, je cilj mediacije sporazum, ki ustreza obema strankama v postopku.

Mediacija ima poleg navedenih prednosti tudi pozitivne stranske učinke, saj prispeva k razvijanju učinkovitejših oblik preprečevanja in reševanja nesoglasij, izboljševanju odnosa in sodelovanja med (prej) sprtima stranema in zmanjševanju možnosti zaostrovanja sporov v prihodnje (Zdravniška zbornica Slovenije, 2020).

Mediacijske veščine prinašajo napredek v dobri komunikaciji in jih lahko uporabljamo v mnogih situacijah, tako v službenem, kot tudi v domačem okolju. S pomočjo mediacijskih veščin smo uspešnejši pri delu, spore rešujemo v zadovoljstvo vseh vpletenih in se posledično bolje počutimo ter smo srečnejši.

Mediacija v zdravstvu je urejena z:

1. Zakonom o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/2008)
2. Pravilnikom o mediaciji v zdravstvu (Uradni list RS, št. 77/2008)

Zaključek

Pomembno je, da se zavedamo, da so spori nekaj normalnega in da se prav na področju zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov pogosteje pojavljajo. Uporaba mediacijskih veščin in mediacije, katere namen je ustvariti boljše medsebojne odnose, je del pozitivne zgodbe, ki pomaga, da se spori rešujejo neformalno in zaupno ter s tem na novo urejajo medsebojna razmerja. Anka Stojan (sedaj Anka Patru), partnerska in družinska terapevtka, mediatorica in trenerka mediatorjev, pionirka na področju mediacije, je leta 2011 mediacijo opredelila takole: »V mediaciji ne iščemo krivca, ne obtožujemo in ne gledamo samo na dejstva, pozicije in zakone. V mediaciji iščemo interes udeleženca, obema omogočamo prostor slišnosti, zaupnosti, nevtralnosti. [...] Predvsem pa v mediaciji prepoznavamo čustva in vemo, da so pomembni del reševanja sporov. [...] Eno temeljnih in najpomembnejših načel vsake mediacije je zaupnost. Zaupnost je tako pomembna, da medianti v mediaciji skupaj z mediatorjem in morebitnimi drugimi (odvetniki) podpišejo listo zaupnosti, ki temelji na tem, da vse, kar se pogovarjajo v postopku mediacije, ostane zaupno ne glede na izid mediacije. Prav tako se ni mogoče kasneje v drugih postopkih sklicevati na to, da je nekdo v mediaciji že nekaj priznal, predlagal itd.« (Stojan, 2011, cited in Levičnik, 2011, str. 6)

Podpora vodstev zdravstvenih zavodov pri prepoznavanju mediacije in mediacijskih veščin kot človeku prijaznih načinov reševanja sporov, je ključna. In kot velikokrat poudari pobudnik,



povezovalac in podpornik razvoja mediacije in mediacijskih veščin v slovenskem zdravstvu prim. doc. dr. Jernej Završnik, dr. med. spec., mediator, direktor Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor »Pomembno je, da postajamo boljši ljudje« (Otvoritev mediacijske pisarne v Mariboru, 2013).

Literatura

Knavs, N., 2011. UKC Maribor dosegel dogovor z družino Nekrep, članek. Časnik Dnevnik. Available at: <https://www.dnevnik.si/1042453113>, [15.2.2020]

Oštir M., 2008. Pediatrična zdravstvena nega v Sloveniji – kje smo in kam gremo? Simpozij enterostomalne terapije v obdobju otroka in mladostnika. Portorož, 23.–25. oktober 2008.

Pravilnik o mediaciji v zdravstvu, 2008. Uradni list RS, št. 77/08. Available at: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV9028#>

Stojan A, 2011, v Levičnik, 2011, str. 6. Available at: <file:///C:/Users/vrecnik/Downloads/7347-%23%23default.genres.article%23%23-15987-1-10-20170325.pdf>

Symposium report: An International Conversation About Conflict Resolution in Health Care, 2007. Available at: https://zdrzz.si/Mediacija_1/

Univerzitetni klinični center Maribor, 2013. Otvoritev mediacijske pisarne v Mariboru. Available at: <http://www.ukc-mb.si/obvestila/sporo%C4%8Dila-za-medije/otvoritev-mediacijske-pisarne-v-mariboru-1241>, [15.2.2020].

Zdravniška zbornica Slovenije, 2020. Mediacija. Available at: <https://www.zdravniskazbornica.si/zbornica-za-vas/mediacija>. [15.2.2020]





ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in
zdravstvenih tehnikov Slovenije



SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PEDIATRIJI

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

Ivanka Limonšek

Predsednica Sekcije medicinskih sester in
zdravstvenih tehnikov v pediatriji

RADENCI, marec 2020