



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE

Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in
zdravstvenih tehnikov Slovenije



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

ZBORNİK PREDAVANJ

Z znanjem, pravilnim pristopom in komunikacijo do varne zdravstvene nege otrok



VELENJE, 22. in 23. november 2019



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

Z znanjem, pravilnim pristopom in komunikacijo do varne zdravstvene nege otrok

PROGRAM



VELENJE, hotel Paka, 22. in 23. november 2019

Zbornik predavanj

Z znanjem, pravilnim pristopom in komunikacijo do varne zdravstvene nege otrok

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

Organizacijski odbor:

Ivanka Limonšek, Anica Vogel, Jasmina Kamenčič, Gabrijela Gabor, Gordana Rožman, Matjana Koren Golja, Andreja Doberšek, Andreja Ljubič, Sanja Lazič.

Strokovni odbor:

Majda Oštir, Jana Stermecki, Ivanka Limonšek, Matjana Koren, dr. Petra Lešnik Musek.

Organizator si dopušča možnost spremembe programa.

Urednica:

Andreja Ljubič

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:

120 izvodov

Zbornik ni namenjen prodaji

Velenje, november 2019

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

616-053.2-083(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 (2019 ; Velenje)

Z znanjem, pravilnim pristopom in komunikacijo do varne zdravstvene nege otrok : program : [zbornik predavanj] / [Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije], Velenje, 22. in 23. november 2019 ; [urednica Andreja Ljubič]. - 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, 2019

ISBN 978-961-94515-1-9

1. Gl. stv. nasl. 2. Ljubič, Andreja

COBISS.SI-ID 302761216

PETEK, 22. 11. 2019

- 8.00–9.00 Registracija
- 9.00–9.15 Uvodni pozdrav, Majda Oštir, dipl.m.s., predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji

1. sklop: Zdravstvena nega prezgodaj rojenih otrok

Moderator: Jana Stermecki, Tanja Trivić

- 9.15–9.30 **Delovanje ambulante za vodenje rizičnih otrok**
Mira Kočar, dipl.m.s.
- 9.30–9.45 **Pregled izvajanja imunoprofilakse s protitelesi proti respiratornemu sincicijskemu virusu in preventiva pred okužbo s tem virusom**
Jana Stermecki, dipl.bab. Jerneja Štinek, dipl.bab.
- 9.45–10.00 **Partnerski odnos po rojstvu donošenih /nedonošenih otrok**
Tanja Trivić, dipl.bab.
- 10.00–10.15 **Pravilno rokovanje z novorojenčkom**
Tjaša Grudnik, dipl.fiziot.
- 10.15–10.35 **Zapleti pri prezgodaj rojenem otroku in učenje staršev za nego v domačem okolju ter sodelovanje s patronažno medicinsko sestro – študija primera**
Majda Oštir, dipl.m.s.
- 10.35–10.45 Razprava
- 10.45–11.15 Odmor
- Moderator: Minja Petrovič*
- 11.15–12.00 **Suvremeni pristop zdravstvene skrbi djece skroz dnevnu bolnico**
Ivanka Ercegivić, bacc.med.techn, Leann Coleman Božić, bacc.med.techn.
- 12.00–12.40 **Predstavitev kognitivno vedenjske tehnike - tehnika reševanja problemov**
Dr. Darja Kodrun Potočnik, univ.dipl.psih.
- 12.40–12.50 Razprava
- 12.50–13.10 Volitve predsednika Sekcije in članov izvršnega odbora Sekcije
- 13.10–14.30 Odmor za kosilo



2. sklop: Učne delavnice

Moderator: Gabriela Gabor, Doroteja Dobrinja

Vsaka delavnica traja 30 minut, vse delavnice se začnejo ob istem času in se 4 krat ponovijo

- 14.30–17.00 Učne delavnice
- **Pravilno rokovanje z novorojenčkom; Pravilno nameščanje novorojenčka za spanje, pravilno nameščanje v lupinico in voziček**
Saša Berič, dipl.fth.
 - **Pomen bazalne stimulacije pri odnosni zdravstveni negi-izkustveno doživetje**
Jožica Brenčič, dipl.m.s., mag. zdr. nege, Stanka Vuzem dipl.m.s.
- 15.40–15.50 Odmor
- **Merjenje telesne temperature pri novorojenčku, dojenčku in otroku – implementacija nacionalnih protokolov**
Matjana Koren Golja, univ.dipl.org, dipl.m.s.
 - **Reševanje problemov**
Dr. Darja Kodrun Potočnik, univ.dipl.psih.
- 19.00 Večerja in podelitev zahval in priznanj

SOBOTA, 23. 11. 2019

1. sklop: Otrokovo doživljanje, sodelovanje in komunikacija

Moderator: Majda Oštir, Valentina Stefanova Kralj

- 9.00–9.45 **Otrokovo doživljanje zdravstvenih posegov v različnih razvojnih obdobjih**
Lara Šuštar, mag.psih.
- 9.45–10.30 **Komunikacija s starši bolnega ali poškodovanega otroka**
Manja Rančigaj Gajšek, univ. dipl.psih
- 10.30–11.15 **Sodelovanje pri zdravljenju v pediatrični populaciji**
Valentina Stefanova Kralj, univ.dipl.psih, specialistka klinične psihologije
- 11.15–11.25 Razprava
- 11.25–11.55 Odmor



2. sklop: Kakovost in varnost v zdravstveni negi – področje zdravil

Moderator: Majda Oštir

11.55–12.15 **Priprava in dajanje zdravil na področju zdravstvene nege v pediatriji, včasih in danes**

Majda Oštir, dipl.m.s.

12.15–12.35 **Kako izračunati pravilno količino predpisanega odmerka zdravil**

Tina Sabadin, mag.zdr.nege

12.35–12.55 **Oblikovanje varnostne kulture pri ravnanju z zdravili**

Danijela Milanovič, dipl.m.s.

12.55–13.20 **Pravilo 10 P ga poznamo in upoštevamo? – rezultat pilotne raziskave**

Simona Martinšek, dipl.m.s., mag.zdr.nege, Tina Sabadin, mag.zdr.nege

13.20–13.30 Razprava

13.30 **Zaključek srečanja**

SPLOŠNE INFORMACIJE:

Strokovni odbor:

Majda Oštir, Jana Stermecki, Ivanka Limonšek, Matjana Koren, dr. Petra Lešnik Musek.

Organizacijski odbor:

Ivanka Limonšek, Anica Vogel, Jasmina Kamenčič, Gabrijela Gabor, Gordana Rožman, Matjana Koren Golja, Andreja Doberšek, Andreja Ljubič, Sanja Lazič.

Majda Oštir
Predsednica sekcije



Uvodnik

Pred dopolnjenim 37. tednom nosečnosti se po podatkih iz nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema v Sloveniji letno rodi nekaj več kot 1000 otrok, to je okoli 5 % živorojenih otrok. Meja preživetja se z napredkom tehnologije, medicinskih spoznanj in intenzivne terapije nedonošenčkov pomika vedno niže. Ravno tako pa je kakovost življenja prezgodaj rojenih otrok dobra, saj imamo v Sloveniji dober zdravstveni sistem, ki omogoča napredno obravnavo teh otrok. Kako otrok in njegovi starši doživljajo prehajanje različnih obdobji čez zdravstveni sistem je zagotovo posledica aktivnosti, ki jih mi zdravstveni delavci izvajamo vsak dan, ob vsakem stiku z otroki in starši. Bodimo ozaveščeni in skrbimo za svoje znanje ter predajajmo izkušnje, ki jih imamo.

Zdravljenje nemalokrat vključuje tudi dajanje zdravil. Medicinske sestre pogosto pripravljamo zdravila po predpisu zdravnika ter jih dajemo na različne načine. Poznamo standarde in protokole priprave in dajanja. Pa vendar je v zdravstvenih ustanovah še vedno veliko napak na tem področju, nekateri navajajo, da je to skoraj polovica vseh neželenih dogodkov.

Prav je, da se vrnemo k osnovam in se ponovno zamislimo nad tem, kako izboljšati svoje delo. Kar včasih ni lahko, saj smo v zadnjem času medicinske sestre že veliko dosegle in izboljšale. Torej novim znanjem in izkušnjam naproti,

Majda Oštir,
*predsednica Sekcije medicinskih sester in
zdravstvenih tehnikov v pediatriji*



**ZDRAVSTVENA NEGA
PREZGODAJ ROJENIH
OTROK**



PREGLED IZVAJANJA IMUNOPROFILAKSE S PROTITELESI PROTI RESPIRATORNEMU SINCICIJSKEMU VIRUSU IN PREVENTIVA PRED OKUŽBO S TEM VIRUSOM

**Jana Stermecki, diplomirana babica,
Jerneja Štinek, diplomirana babica**

Enota za intenzivno nego in terapijo novorojenčkov, KO za perinatologijo, Ginekološka klinika,
UKC Ljubljana, Šlajmerjeva ulica 4, 1000 Ljubljana

jana.stermecki@kclj.si, jerneja88@yahoo.com

Izvodček

Respiratorni sincicijski virus je najpogostejši povzročitelj okužb pri dojenčkih in otrocih v zgodnjem otroštvu. Do drugega leta starosti se vsaj enkrat okuži skoraj vsak otrok. Da bi preprečili zdravljenje v bolnišnici ali celo sprejem v intenzivno enoto, so pomembni preventivni ukrepi, kot so higiena rok in respiratorni ukrepi, ter izvajanje imunoprofilakse s protitelesi proti respiratornemu sincicijskemu virusu.

Uvod

Respiratorni virusi so virusi, ki povzročajo okužbe zgornjih (nos, usta, grlo) in spodnjih dihal (pljuča). V Sloveniji se najpogosteje srečujemo z respiratornim sincicijskim virusom (RSV), adenovirusi, rinovirusi, virusi influence A in B (gripa) in virusi parainfluence.

Respiratorni virusi predstavljajo večje tveganje za težko obolenje otrok, predvsem tistih najmlajših. Do 2. leta se okuži skoraj vsak otrok. Pri njih lahko ti virusi povzročijo prehlad, bronhitis, bronhiolitis, pljučnico, laringotraheitis in vnetje srednjega ušesa.

Najhujše okužbe zahtevajo zdravljenje v bolnišnici ali celo sprejem v intenzivno enoto, zdravljenje s kisikom, intubacijo in mehansko ventilacijo, zato so še posebej pomembni preventivni ukrepi za zmanjšanje prenosa okužbe. Pri najbolj ogroženih je pomembna tudi imunoprofilaksa s protitelesi proti respiratornemu sincicijskemu virusu. Od leta 2005 se v Sloveniji pri določenih skupinah ogroženih otrok izvaja imunoprofilaksa proti RSV s palivizumabom, za katerega so namenjena sredstva iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZZS), zdravilo zagotovi NIJZ, zaščito pa izvede izbrani pediater otroka.

Kaj je RSV

RSV je kratica za RESPIRATORNI SINCICIJSKI VIRUS. To je virus iz družine paramiksovirusov (RNA) in ga poznamo že kar nekaj časa, saj so ga odkrili že leta 1956.

Je zelo pogost povzročitelj okužb dihal pri dojenčkih in otrocih v zgodnjem otroštvu. Približno dve tretjini dojenčkov se okužita z RSV v prvem letu življenja, do konca drugega leta pa se z RSV okuži skoraj vsak otrok. Pri 50% teh otrok se pojavita dve okužbi ali več.

Okužbe z RSV se v zmernem podnebnem pasu pojavljajo v zimskih mesecih. Več primerov okužb se pojavi nenadoma v pozni jeseni, epidemija pa nastane zelo hitro in traja od 2 do 5 mesecev. Največ okužb tako lahko pričakujemo od novembra ali decembra do aprila ali maja. Zunaj tega obdobja se okužbe z RSV pojavljajo občasno in niso pogoste. (NIJZ, 2010)

Znaki in simptomi okužbe z RSV

Od okužbe do prvih bolezenskih znakov mine približno 5 dni. Bolezen pri majhnih otrocih običajno traja 1 do 3 tedne.



Znaki okužbe se lahko sprva kažejo kot prehlad in lahko vključujejo:

- zvišano telesno temperaturo,
- voden izcedek iz nosu,
- druge znake prehlada.

Znaki se lahko poslabšajo, ko se virus razširi v spodnje dihalne poti in pljuča, in se kažejo kot:

- suh, dražeč kašelj,
- težko dihanje,
- sopenje ali piskajoče dihanje,
- hitro dihanje,
- pomodrevanje,
- daljši dihalni premori.

(Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za preventivno medicino, 2014)

Širjenje in prenos RSV

RSV je izredno lahko prenosljiv in zelo odporen. Na rokah ali površinah lahko preživi od ene do 24 ur (npr. 6 ur na stetoskopu, do 12 ur na trdi, neporozni površini ročaja nakupovalnega vozička). Širi se s telesnim stikom, denimo z dotikom, s poljubljanjem in z rokovanjem, pa tudi po zraku pri kašljanju in kihanju (kapljično). Dojenčki se lahko z njim okužijo, če pridejo v stik z otrokom ali odraslim, ki preboleva okužbo, pa četudi nima nobenih zunanjih znakov bolezni. Virus se lahko nahaja na različnih površinah v okolju, na primer na pohištvu, oblačilih, pultu v trgovini, na nakupovalnem vozičku ali na uporabljenem robčku. Pogosto se pojavlja povsod, kjer je veliko ljudi, denimo v vrtcih, šolah in v trgovskih centrih. Oseba je lahko izpostavljena virusu in ga nevede prenese na druge (NIJZ, 2010).

Zelo pogoste in zaskrbljujoče so tudi bolnišnične okužbe. V času epidemije je okuženih več kot 50% zdravstvenega osebja. Zato je zelo pomembno, da z ustreznimi ukrepi preprečimo okužbo dojenčka z RSV.

Pri katerih otrocih je večja nevarnost težjega poteka okužbe z RSV?

Pri večini dojenčkov RSV povzroči blag prehlad. Toda v določenih primerih lahko RSV povzroči okužbo pljuč. Taki dojenčki lahko hudo zbolijo.

Bolezen je najnevarnejša za dojenčke do tretjega meseca starosti, nedonošenčke (ker dihala in imunski sistem takih otrok ob rojstvu niso dozoreli: bolj zgodaj so rojeni, bolj so ogroženi), posebno tiste s kronično boleznijo pljuč, kot je bronhopulmonalna displazija (takšni nedonošenčki so dlje časa potrebovali umetno predihavanje in/ali visoko koncentracijo kisika) in za otroke s prirojeno srčno napako. Novejši podatki kažejo, da med ogrožene skupine spadajo tudi otroci z Downovim sindromom, živčno-mišičnimi boleznimi in z imunskimi pomanjkljivostmi. Pogosteje zbolijo otroci nagnjeni k alergijam, otroci mladih mater z nizko izobrazbo in slabimi socialnimi razmerami, otroci, ki živijo v prenatrpanih stanovanjih, v okolju z onesnaženim zrakom (kajenje, izpušni plini) in otroci, ki niso dojeni. Največkrat se dojenček okuži od starejših sorojencev ali drugih otrok in odraslih, ki kažejo prehladne znake (NIJZ, 2010).

Okužba poteka v hujši obliki pri dečkih. Dečki tudi zbolijo pogosteje kot deklice, in sicer 2,4 okuženih na 100 dečkov in 1,5 okuženih na 100 deklic.

Zdravljenje

Pri večini zdravih otrok in odraslih RSV povzroči lažjo okužbo zgornjih dihal, ki se kaže kot prehlad, ne potrebuje zdravljenja in ne pušča posledic. Za zdravljenje okužb tudi ni učinkovitega zdravila. Zdravljenje je le simptomatsko oziroma podporno, kar pomeni, da je treba obolelemu zagotoviti počitek, dovolj tekočine, zdravila za širjenje dihalnih poti. Pri dojenčkih lahko dihanje olajšamo tudi tako, da dvignemo naklon vzglavja posteljice za 10-30 stopinj.

RSV je najpogostejši virusni povzročitelj bronhiolitisa (vnetje malih dihalnih poti) in pljučnice



(vnetje pljučnih mešičkov) pri otrocih. V času epidemije ga odkrijemo tudi pri 90 odstotkih majhnih otrok, sprejetih v bolnišnico zaradi hude okužbe spodnjih dihal. RSV povzroča 50 do 90 % vseh primerov bronhiolitisa, 10 do 30 % bronhitisa pri otrocih in manj kot 10 % krupa (laringitis oz. vnetje glasilk). Bronhiolitis in pljučnico najpogosteje ugotovimo pri otrocih, starih med 2 in 5 meseci in ju med seboj klinično težko ločimo. Najhujše okužbe zahtevajo zdravljenje v bolnišnici ali celo sprejem v intenzivno enoto, zdravljenje s kisikom, intubacijo in mehansko ventilacijo. Bolnišnično zdravljenje potrebuje 0,5 do 3,2 % otrok z okužbo z RSV (Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za preventivno medicino, 2014).

Kako zmanjšamo tveganje okužbe z RSV

Med preventivne ukrepe v prvi vrsti štejemo:

- Redno umivanje rok s toplo vodo in milom, čas umivanja rok naj bo 15-20 sekund, učenje sorojencev pravilnega umivanja rok.
- Ob kašljanju in kihanju pokrivanje ust, kašljanje v rokav ne v roko, robček je za enkratno uporabo.
- Redno čistimo z virusi onesnažene površine (kljuke, stikala ipd.).
- Redno in večkrat dnevno prezračimo bivalne prostore.
- Poskrbimo za čim več gibanja na svežem zraku.
- Če smo prehlajeni ali imamo sami vročino, se moramo zavedati, da lahko s poljubljanjem dojenčka okužimo – zato ga raje samo nežno objamemo ali pobožamo.
- Če so sorojenci prehlajeni ali imajo vročino, pazimo, da se dojenčku ne približajo.
- Prav tako bodimo pozorni, da se ljudje z znaki prehlada ali vročino ne približajo otroku.
- Svetujemo, da se dojenčkov do 2. meseca starosti ne obiskuje, posebno ne v zimskem času, ko je veliko prehladnih obolenj.
- Pomembno je, da bolan otrok ostane doma, saj se tako zmanjša možnost širjenja okužb v vrtcih in šolah.
- Otroka ne jemljemo s seboj na kraje, kjer je veliko ljudi, kot so vrtci, šole, nakupovalna središča, velika družinska srečanja.
- Če imamo doma novorojenčka, je priporočljivo, da v sezoni okužb dihal sorojenec ne obiskuje vrtca, saj lahko prinese viruse domov.
- V bližini otroka naj se ne kadi (NIJZ, 2010).

Med zaščitnimi dejavniki pa je zelo pomembno dojenje in cepljenja, tako otrok kot nosečnic. Za najbolj ogrožene skupine otrok je v Sloveniji proti RSV na voljo tudi zaščita s palivizumabom (EFCNI, 2019).

Pregled izvajanja imunoprofilakse s protitelesi proti respiratornemu sincicijskemu virusu

Okužba z respiratornim sincicijskim virusom (v nadaljevanju RSV) v visoko rizični populaciji otrok predstavlja večje tveganje za zdravljenje v bolnišnici, potrebo po dodatnem kisiku ali podporo dihanja z mehansko ventilacijo. Je najpogostejši razlog za hospitalizacijo otroka v prvem letu življenja in je pomemben dejavnik tveganja za kronično bolezen dihalnih poti v otroški in odrasli dobi.

Otroci iz rizičnih skupin so bolj ogroženi zaradi posebnosti anatomije dihalnih poti, manj maternih protiteles, manjše kapacitete pljuč, pljučne hipertenzije, zmanjšanega ali zvečanega pretoka krvi preko pljuč, zmanjšanih obrambnih sposobnosti gostitelja in zmanjšanih sposobnosti za eliminacijo virusa.

Palivizumab

Preprečevanje okužb z RSV virusom poleg higienskih ukrepov vključuje tudi zaščito najbolj rizičnih skupin otrok s palivizumabom.

Palivizumab je humanizirano monoklonalno protitelo, zaenkrat edino odobreno s strani EMA/FDA (evropske in ameriške agencije za zdravila). Izdelan je s pomočjo rekombinantne DNA, blokira fuzijo z okuženo celico. Razpolovna doba je približno 20 dni, priporočen mesečni odmerek je 15 mg/kg. V Sloveniji je bila leta 2001 oblikovana Posvetovalna skupina za oblikovanje smernic za imunoprofilakso proti RSV virusu. Na njeno pobudo je 20. 10. 2005 Zdravstveni svet sklenil, da se



imunoprofilaksa s palivizumabom vključi v nacionalni program cepljenj za otroke z dejavniki tveganja. Junija 2007 je bil sprejet dogovor, da postanejo nosilci imunoprofilakse izbrani pediatri oziroma družinski zdravnik otroka.

Po Pravilniku o določitvi Programa cepljenja in zaščite z zdravili za leto 2019 (Uradni list 26/19) naj bi specifična monoklonska protitelesa (palivizumab) za preprečevanje okužb z RSV prejeli: Skupina A - vsi otroci rojeni pred 29. tednom nosečnosti (do vključno 28 6/7), ki so pred začetkom sezone RSV stari do 12 mesecev (rojeni po 1. 11. 2018).

Skupina B – otroci, rojeni med 29. in 32. tednom gestacijske starosti (29 0/7 do 31 6/7) z z vsaj enim so-rojencem mlajšim od 6 let, ki so ob pričetku sezone RSV stari manj kot 6 mesecev (rojeni po 1. 5. 2019). Skupina C – otroci s kronično pljučno boleznijo, ki so v zadnjih 6 mesecih potrebovali zdravljenje s kisikom, do 12. meseca starosti (izjemoma do 24. meseca starosti, če še vedno potrebujejo dihalno podporo ali dodatek kisika).

Skupina D – otroci s hemodinamsko pomembno prirojeno srčno napako (VCC) ali srčno boleznijo, do kronološke starosti 24 mesecev.

Za te otroke je imunoprofilaksa s palivizumabom del rednega imunizacijskega programa, za katerega so namenjena sredstva iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZZS), zdravilo zagotavlja NIJZ, imunoprofilakso pa izvede izbrani, oziroma za imunoprofilakso pooblaščen pediater otroka. (IVZ RS, 2010).

Glede na slovenske epidemiološke podatke o pojavnosti epidemij RSV je priporočljiv čas pričetka imunoprofilakse za sezono 2019/2020 v tednu po 18. 11. 2019, s čimer bi omogočili dovolj učinkovito zaščito že ob pričakovanem začetku epidemije okužb. Predvidenih je 5 mesečnih odmerkov (november 2019 – april 2020), zaradi boljše učinkovitosti naj bi bil razmak med 1. in 2. odmerkom 3 – 4 tedne, med ostalimi odmerki pa 1 mesec.

Zaključek

Namen predstavitve bo dosežen, če bomo s skupnimi močmi pripomogli k povečanemu znanju in osveščenosti o RSV pri medicinskem osebju, starših in v medijih. Zaščita s palivizumabom v Sloveniji bo v letošnji sezoni, ki je pred vrati, tekla že 15. leto. Osnovni namen zaščite s palivizumabom je, da otroci, ki so ranljivi za težak potek okužbe z RSV (bronhiolitis, pljučnica), ne dobijo težke oblike RSV okužbe (ne preprečimo pa okužbe zgornjih dihal, prehlad). Zato v Sloveniji s pomočjo našega sistema spremljanja (vračanje vprašalnikov) pokrijemo tudi ta vidik in potrdimo, da je dajanje učinkovito in stroškovno upravičeno.

Literatura

1. Herman, D., 2013. *RSV and Synagis*. Abbvie: Company Confidential, pp. 1-85.
2. IVZ RS, 2010. *Merila za dajanje palivizumaba*. Available at: <http://zpz.si/wp-content/uploads/2017/10/merila-za-dajanje-palivizumaba.pdf> [10.11.2019].
3. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2010. *Respiratorni sincicijski virus (RSV)*. Available at: <https://www.nijz.si/sl/respiratorni-sincicijski-virus-rsv> [10.11.2019].
4. *Pravilnik o določitvi Programa cepljenja in zaščite z zdravili za leto 2019*, 2019. Uradni list RS, št. 26/19; pp. 3294-3308.
5. Slovensko zdravniško društvo, *Sekcija za preventivno medicino*, 2014. *Respiratorni sincicijski virus*. Available at: <http://rsv.spm.si/respiratorni-sincicijski-virus-rsv/> [10.11.2019].
6. *The European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI)*, 2019. *Position paper: Respiratory syncytial virus (RSV) in preterm and ill infants*. 1st ed. Germany, Munich: EFCNI. Available at: http://zpz.si/wp-content/uploads/2019/09/Position_paper_RSV_Sept2019_web.pdf [10.11.2019].



PARTNERSKI ODNOS PO ROJSTVU DONOŠENIH IN NEDONOŠENIH OTROK

Tanja Trivić, dipl. bab., mag. zak. in druž. štud.

Univerza v Ljubljani, Teološka fakulteta

trivic.t@gmail.com

Izvleček

Uvod: Starševstvo ni enkraten dogodek, temveč proces. Odločitev za otroka je eden izmed največjih izzivov s katerimi se soočajo pari. Partnerski odnos je v čas prehoda v starševstvo na preizkušnji. **Metode:** Uporabljena je bila kvalitativna metoda raziskovanja in fenomenološki pristop. Kot merski instrument je bil na podlagi strokovne literature sestavljen intervju z delno strukturiranimi vprašanji odprtega tipa. Sodelovalo je 8 parov, nekateri so bili starši samo donošenih, nekateri samo nedonošenih in nekateri donošenih in nedonošenih otrok. Intervjuji so potekali od maja do junija 2017. **Rezultati:** Rezultati raziskave so pokazali, da je rojstvo otroka pri udeleženi parih prineslo spremembe na različnih področjih partnerskega delovanja: komunikacija je v večini usmerjena na otroka, več je prisotnih konfliktov, manjša je frekvenca spolnih odnosov, partnerski čas je prilagojen potrebam otroka. Ugotovili smo, da so pari, ki so poročali o odprti komunikaciji in odnosu, tak odnos ohranili tudi po rojstvu otroka, ne glede na njegovo donošenost oziroma nedonošenost in da so se tudi lažje soočali z izzivi, ki jih prinese prehod v starševstvo. **Diskusija in zaključek:** Prehod v starševstvo je ranljivo obdobje vsake družine. S seboj prinese veliko izzivov za novopečene starše, ki se morata prilagajati potrebam novorojenčka in svoje življenje prilagoditi malemu bitju. Po rojstvu otroka se spremeni partnerski odnos. Starša imata manj časa za medsebojno komunikacijo, spolne odnose, preživljanje njunega skupnega časa, več se prepirajo. To je še bolj izrazito pri parih, ki med seboj nimajo odprtega odnosa in odkrite komunikacije. Pari, ki imajo doma nedonošene otroke, drugače in bolj stresno doživljajo prehod v starševstvo kot tisti, ki imajo doma nedonošene otroke.

Uvod

Nosečnost in starševstvo predstavljata pomembno fazo življenjskega cikla družine (Bawadi, et al., 2016). Za očete, kot tudi za mame, je prehod iz diade v triado, poimenovan kot "rojstvo družine" čas poln psiholoških izzivov in priložnosti (Parfitt, et al., 2014). Pari ki postanejo starši, so ranljivi. Prehod v starševstvo prinese s seboj spremembe, ki so velike, edinstvene in nepopravljive (Polomeno, 2014). Spremembe lahko vključujejo nova pričakovanja, značilne spremembe v dnevni rutini, spremembe v odnosu med partnerjema, pomembne odločitve glede kariere in finančne težave (Akiki, et al., 2016). Vsaka velika sprememba zahteva od družinskega sistema, da se preoblikuje in se ji prilagodi (Claxton & Perry- Jenkins, 2008).

Veliko parov ni popolnoma pripravljenih na vpliv, ki ga bo imel otrok na njihovo življenje, se težko sooča s starševstvom in se sprašuje o svoji zmožnosti uspešnega starševstva. Nerealna pričakovanja, ki jih imajo, lahko pripeljejo do stresa (McKellar, et al., 2009), kar lahko pripomore k nezadovoljstvu z zakonom za oba, tako za moške kot za ženske (Kerstis, et al., 2012). Poslabšanje v zakonskem in družinskem funkcioniranju je odvisno od več faktorjev: spremenjene vloge in dolžnosti zakoncev, povečanega družinskega stresa in zakonskih konfliktov, zmanjšanju pozitivnih interakcij med zakonci, občutij kaosa zaradi kombinacije skrbi za otroka, hišnih opravil in delovnih dolžnosti (Ngai & Ngu 2016), finančnega stresa, zmanjšanja spolne intimnosti, pomanjkanja socialne podpore (Nonterah, et al., 2016).



Malo je pa informacij o prilagoditvi v zakonu staršev nedonošenih otrok (Gray, et al., 2012). Prezgodnje rojstvo lahko postane travmatičen dogodek, ki lahko vpliva na vsakodnevno življenje staršev in jim preprečuje da doživijo naraven prehod v starševstvo in škoduje odnosu med njima in njihovim otrokom (Ionio, et al., 2016). Starši nedonošenčkov poročajo o višji ravni starševskega stresa in o več negativnega vpliva na družino v času zgodnjega otroštva (Treyvaud, et al., 2016). Starši otrok, ki se zdravijo na Enoti intenzivne nege in terapije novorojenčkov (EINT) občutijo izgubo, saj žalujejo za zdravim otrokom, ki so ga pričakovali ali žalujejo za zadnjimi meseci nosečnosti, ki so jim bili odvzeti v primeru prezgodnjega poroda. Starše običajno najbolj skrbi, ali bo otrok preživel ter kakšne bodo dolgoročne posledice bolezni na otrokov razvoj (Pucer, et al., 2014), obenem pa doživljajo velik stres pri spremljanju zdravljenja njihovega otroka zlasti zaradi ločenosti in nezmožnosti zagotovitve pomembne skrbi zanj (Jiang, et al., 2014). Mame opisujejo prezgodnji porod kot občutja neuspeha in neustreznosti, ker so bile nezmožne donositi otroka in ga zaščititi pred škodo, bolečino in neudobjem (Spinelliea, et al., 2016).

Namen in cilji

Ugotoviti želimo, kako starši donošenih in nedonošenih otrok doživljajo spremembe v partnerskem odnosu po rojstvu otrok. Z raziskavo želimo prispevati k boljšemu razumevanju partnerskih odnosov po prehodu v starševstvo. Najpomembnejši cilj raziskovalnega problema je prispevati k čim boljšemu razumevanju dinamike partnerskega odnosa pred in po rojstvu otrok in hkrati pridobiti vpogled v partnerski odnos po rojstvu donošenih in nedonošenih otrok.

Izpostavljeni sta bili glavni raziskovalni vprašanji:

- Kakšno je doživljanje partnerskega odnosa pred in po rojstvu otrok?
- Kakšna je dinamika partnerskega odnosa po rojstvu donošenih in nedonošenih otrok?

Metode

Raziskava je temeljila na kvalitativni metodi raziskovanja.

Opis instrumenta

V prvem delu raziskave smo zbrali demografske podatke staršev. V drugem delu raziskave je bil za merski instrument uporabljen intervju, ki je zajemal več sklopov raziskovanja:

- partnerski odnos pred rojstvom otroka, kjer so nas zanimale naslednje teme: komunikacija, spori, intimnost in spolni odnosi, prosti čas;
- čas nosečnosti in po porodu, kjer so nas zanimala doživljanja telesnih in čustvenih sprememb intervjuvancev v tem času, njihove potrebe, želje in pričakovanja v tem obdobju, njihova doživljanja ob rojstvu otroka in prvi meseci po porodu;
- prehod v starševstvo in zgodnja starševska leta: kjer smo ponovili vprašanja iz sklopa »partnerski odnos pred rojstvom otroka«, dodali smo pa še dve vprašanji, kjer udeleženci opišejo, kje mislijo, da se je njihov odnos spremenil po rojstvu otroka in ali mislijo, da ju je starševstvo zbližalo/oddaljilo.

Opis vzorca

V raziskavi je sodelovalo 8 parov (16 udeležencev). 7 (87,5 %) parov je prihajalo iz osrednjeslovenske regije, 1 par (12,5 %) pa iz obalno-kraške. Po zakonskem stanu je bilo poročenih 5 (62,5 %) parov, v zunajzakonski skupnosti pa so bili 3 (37,5 %) pari. Po številu otrok so imeli 3 pari (37,5 %) enega otroka, 2 para (25 %) sta imela 2 otroka in 3 pari (37,5 %) 3 otroke. 4 pari (50 %) so imeli samo donošene otroke, 3 pari (37,5 %) donošene in nedonošene otroke in 1 par (12,5 %) samo donošenega otroka. 1 par (12,5 %) je imel ekstremno nedonošenega otroka, rojenega v 27. tednu nosečnosti, 3 pari so imeli zelo nedonošene otroke, rojene v 28. –30. tednu nosečnosti. 7 udeležencev (43,75 %) je imelo doseženo srednjo strokovno izobrazbo, 3 udeleženci (18,75 %) imeli



doseženo univerzitetno izobrazbo in 6 udeležencev (37,5 %) višje- ali visokošolsko izobrazbo. Povprečna starosti je bila 29 let pri udeleženkah in 30,1 pri udeležencih.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Udeležence smo za sodelovanje prosili na internetnih forumih, ki govorijo o nosečnosti, porodu in zgodnjih starševskih letih. Udeležence smo pridobili tudi preko osebnih poznanstev. Prvi pogoj za udeležbo v raziskavi je bil, da so pari v zgodnjih letih starševstva (do 4 leta starosti otrok) in da imajo za sabo izkušnjo rojstva donošenega in/ali nedonošenega otroka. Drugi pogoj je bil, da v intervjuju sodelujeta oba partnerja. Oba pogoja so vsi udeleženci izpolnili. Na spletnih forumih smo prosili udeležence za udeležbo v raziskavi, kjer smo napisali, kaj in s kakšnim namenom raziskujemo in na kakšen način bo potekala raziskava. Poudarili smo, da je udeležba v raziskavi prostovoljna in anonimna in da za udeležbo ne bodo prejeli plačila. Pustili smo svoj elektronski naslov, na katerega so nas zainteresirani kontaktirali in se nam predstavili. Na podlagi Obrazca privolitve po proučitvi smo udeležencem zagotovili popolno anonimnost in zagotovitev, da bomo posnetek intervjuja izbrisali po tem, ko naredimo transkripcijo.

Rezultati

Ugotavljamo, da je starševstvo oziroma rojstvo (ne)donošenega otroka markanten trenutek v partnerskem odnosu, ki med partnerji povzroča različne spremembe.

Intenziteto sprememb in njihov vpliv na ohranjanje zveze ali upad kakovosti le-te je pri naših udeležencih določalo oblikovanje partnerske zveze pred nosečnostjo. Ugotovili smo, da partnerji z dobrimi (podpornimi, zaupnimi) medosebnimi odnosi in **odprto/sočutno komunikacijo** z možnostjo izražanja želja in čustev ob prehodu v starševstvo niso zaznavali bistvenih sprememb v komunikaciji ali medosebnih odnosih.

Trdili bi lahko, da so pari v stabilni in podporni zvezi ob rojstvu otroka izkazovali medsebojno sočutnost, empatijo do partnerja in so skrbeli za ohranitev partnerske zveze. Čeprav so se z rojstvom otroka ti pari soočali z upadom intimnih trenutkov in spolnih odnosov, so skušali partnerski čas nadoknaditi z zmenki ali krajšimi oddihi/potovanji. Parom se je zdel partnerski čas zelo pomemben za ohranitev njunega odnosa, dali so mu velik pomen. Tudi pari z **manj odprtimi odnosi** so se zavedali pomembnosti partnerskega časa za ohranitev odnosa, a so si ga redkeje vzeli kot pari z odprtimi odnosi, kar so opravičevali s pomanjkanjem časa in z zdravstvenim stanjem otrok.

Ugotovili smo, da so k ohranjanju dobre partnerske zveze med pari z odprto komunikacijo (že pred pričakovanjem otroka) pripomogle tudi razvite strategije reševanja konfliktov. Ti pari so konflikte pred prehodom v starševstvo reševali umirjeno in s pogovorom ter brez navzočnosti drugih ljudi. Po rojstvu otroka so s tovrstnimi strategijami nadaljevali in prepire reševali brez navzočnosti/prisotnosti otrok. Prehod v starševstvo je bil za partnerstva z manj odprtimi medosebnimi odnosi bolj zahtevno. Zaradi komunikacijske zaprtosti in zadržanosti izražanja čustev so se partnerke pogosteje počutile osamljene. Podporo, ki so si jo želeli od partnerja, so iskali v pogovorih z drugimi. Spodbude partneric k odkritemu pogovoru s partnerjem so običajno vodili v konflikte. Čustveno zadržanost so partnerke sprejele in jo »opravičile« s stereotipnostjo vloge spolov.

Med pari z manj odprtimi medosebnimi odnosi so bili konflikti dokaj pogosti že pred rojstvom otroka. S prehodom v starševstvo so se konflikti pojavljali pogosteje in pari so jih skušali reševati brez prisotnosti otrok. Pri tem pa niso bili vedno dosledni ali uspešni.

Po rojstvu otroka so tudi vsi pari omenjali upad spolnih odnosov.

Doživljanje sprememb partnerskega odnosa med starši donošenih in starši nedonošenih otrok

Med starši donošenih in nedonošenih otrok nismo zaznavali bistvenih razlik v doživljanju telesnih sprememb partnerice med nosečnostjo in po rojstvu otroka. Ugotovili smo, da so se nosečnice soočale s podobnimi telesnimi težavami, razlike pa so se kazale v partnerjevem (ne)sprejemanju le-teh. Razlike pri sprejemanju telesnih sprememb partnerice so bile bolj determinirane s partnerskimi



odnosi in komunikacijo. Pri parih z dobrimi odnosi in odprto komunikacijo so partnerji bolj sprejemali (nekateri celo občudovali) telesne spremembe partnerke. Partnerji v manj odprtih odnosih pa so mnenje o telesnih spremembah partnerke zadrževali zase v upanju, da bodo telesne spremembe z rojstvom otroka izginile. Prav tako ti partnerji partnerki niso pretirano izrekli pomirjajočih misli glede obvladovanja telesnih sprememb. V sled temu so se nosečnice soočale z večjim nezadovoljstvom in neprillačnostjo glede telesnega izgleda.

Edino razliko pri doživljanju telesnih sprememb med pari donošenih in nedonošenih otrok je bil njihov odnos do »velikega trebuha« oziroma trebuha v zadnjem tromesečju nosečnosti. Ugotovili smo, da so pari nedonošenih otrok pogrešali intimne trenutke s partnerjem/ko, ko so se lahko dotikali (božali) trebuha.

Razlike v **doživljanju čustvenih sprememb** v partnerskem odnosu smo zaznavali na način, da so nekateri pari donošenih otrok imeli čustvene tenzije, vezane na dvom v lastne starševske zmožnosti (ali bo dobra mama/ali bom dober oče) in na pomanjkanje podpore partnerja. Slednje pa je bolj izhajalo iz težavnih medosebnih odnosov pred načrtovanjem nosečnosti oziroma družine. Očetje so se spraševali, kako bodo finančno poskrbeli za svojo družino in ji zagotovili vse potrebno.

Čustvena doživljanja staršev nedonošenih otrok so se znatno razlikovala od čustvenih doživljanj staršev donošenih otrok. Starši nedonošenih otrok so nosečnost delili na dve ekstremni/nasprotujoči si obdobji, sodeč po čustvenih doživljanjih. Tako je za prvi del nosečnosti (ugotovitev nosečnosti in prvi tedni nosečnosti) za njih bila značilna čustvena vzhičenost in sreča. S hospitalizacijo noseče partnerke pa se je začejala druga plat/del nosečnosti, ki jo bi lahko označili kot »grozljivko« pospremljeno z množico anksioznih/negativnih čustvenih stanj. Doživljanje čustvenih sprememb oziroma upad anksioznih čustvenih stanj se je med starši nedonošenih otrok zgodil z otrokovo sposobnostjo opravljanja življenjskih funkcij in z vrnitvijo v domače/družinsko okolje. Očetje so se v času bivanja otroka na EINT opisali kot »steno, oporo« oziroma nekoga, ki mora skrbeti za več področij (otrok, partnerka, služba, gospodinjstvo, skrb za starejše otroke), medtem ko so se mame večino osredotočale samo na otroka v inkubatorju in morebitnega starejšega otroka. Ženske se večinoma niso bile sposobne zanimati za partnerja in njegovo čustveno doživljanje, moški jih pa niso hoteli obremenjevati s sabo in svojim čustvenim doživljanjem.

Stisko so še posebej doživljale matere nedonošenih otrok, ki so imele doma starejšega otroka. V teh primerih so bile matere nenehno v moralni dilemi ali ostati v porodnišnici in s tem v stiku z otrokom/a v inkubatorju ali oditi domov in se posvetiti tudi starejšemu otroku.

Razlike v doživljanju rojstva otroka smo določali v tem, da so bili starši nedonošenih otrok presenečeni nad majhnostjo otroka. Matere donošenih otrok so omenjale ob rojstvu otroka občutek olajšanja, medtem ko matere nedonošenih otrok izpostavljale občutek (samo)krivde in zanikanja otroka. Med očetmi, ne glede na to, ali se jim se rodil donošen ali nedonošen otrok, se je pri rojstvu pogosto pojavilo zaščitništvo. Slednje je bilo nekoliko bolj izrazito pri očetih nedonošenih otrok. Razlike so bile tudi v prvih tednih po rojstvu otrok. Ni presenečenje, da to obdobje starši nedonošenih otrok opisujejo kot izredno fizično in psihično obremenjujoče.

Presenetljivo je spoznanje, da si času bivanja otroka na EINT pari niso želeli podpore okolja bližnjih prijateljev ali sorodnikov. Pretirano zanimanje za napredek otroka ali počutje matere so pari doživljali kot nadležno oziroma odvečno.

Starši nedonošenih otrok so si po rojstvu otroka želeli le zagotovila, da bo njihov otrok preživel brez težjih zdravstvenih posledic prezgodnjega rojstva. Ti pari so si tudi želeli čimprejšnje združitve z ostalimi člani družine (npr. otroci), medtem ko so si starši donošenih otrok, predvsem matere, želeli, da bi jih partnerji razbremenili pri gospodinjstvih obveznostih in/ali varstvu novorojenčka. Prav tako so si matere donošenih otrok želele (in tudi potrebovale) podporo in pogovor s partnerjem in/ali materami s podobnimi izkušnjami v nosečnosti ali po rojstvu otroka.



Pari so poročalo o spremembah v partnerskem odnosu po rojstvu otrok; rekli so, da so bile spremembe vidne na različnih področjih (odgovornost, finance, spolnost partnerski čas). Pari, ki so imeli nedonošene otroke, pa so poleg vseh teh sprememb poročali še o stalni prisotnosti strahu.

Za konec smo ugotovili, da je večino parov rojstvo otrok zblížalo, ne glede na to, ali je bil rojen prezgodaj ali ne, le nekaj in še to pri tistih z manj odprtimi odnosi je oddaljilo. Zanimiva je bila pa ugotovitev, da so starši nedonošenih otrok poročali o večji bližini, ki so jo čutili s partnerjem takoj po rojstvu otroka kot starši, ki so imeli samo donošene otroke. Pari, ki imajo donošene otroke, pa so si v začetku običajno oddaljeni, saj so spoznavali potrebe novorojenčka, ki so bile včasih precej nepredvidljive. Tudi tukaj je ena zanimiva ugotovitev in sicer pri parih, ki so si že pred nosečnostjo izražali podporo in imeli odprt odnos, ta oddaljenost ni bila tako velika kot pri parih, ki so imeli manj odprt odnos pred nosečnostjo.

Diskusija

V raziskovalnem delu magistrskega dela smo pri 8 parih raziskovali doživljanje partnerskega odnosa pred in po rojstvu donošenih in/ali nedonošenih otrok. Zanimalo nas je, na katerih področjih se je po njihovem mnenju spremenil partnerski odnos po rojstvu otrok in ali je doživljanje časa nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja drugačno pri parih, ki so se soočili s prezgodnjim rojstvom otroka, v primerjavi s pari, katerih otroci so bili donošeni. Pomagali smo si z odgovori, ki smo jih od parov dobili s pomočjo intervjujev in s teoretičnimi podatki iz prebrane literature. Vprašanja smo poskušali postavljati jasno in konkretno, saj smo le tako lahko prišli do resničnega doživljanja situacije vsakega posameznika. S tem smo dosegli cilj fenomenološke metodologije, ki je oblikovanje splošnega opisa značilnosti doživljanja.

Skupno vsem 16 pripovedim je dejstvo, da se je čustvena dinamika odnosa, ki sta ga partnerja oblikovala in izgradila pred rojstvom otroka, nadaljevala tudi po rojstvu otroka.

Naša raziskava ima tudi nekaj omejitev. Število intervjuvanih parov je bilo prenizko, da bi lahko rezultate posplošili na celotno populacijo. Raziskavo smo opravili po spominu intervjuvancev, kar bi lahko povzročilo izpuščanje pomembnih podatkov za raziskavo. Podatki niso preverljivi, saj bi pri drugem raziskovalcu lahko dobili drugačne rezultate.

Vogrinc (2008) v svoji knjigi poda nekaj značilnosti kvalitativne raziskave, ki bi jih lahko predvsem s strani kvantitativnih raziskovalcev videli kot kritike:

- Kvalitativno raziskovanje je preveč subjektivno, kar pomeni, da so tudi oblikovani sklepi vprašljivi.
- Kvalitativno raziskavo je težko ponoviti zaradi pomanjkanja standardiziranih postopkov in ker naj bi njena uspešnost temeljila na spraševalcu.
- Težave s posploševanjem ugotovitev, ki se jih ne dobi na dovolj velikem in primernem (reprezentativnem) vzorcu.
- Pomanjkljiva preglednost: iz poročil kvalitativnih raziskav je včasih težko ugotoviti, kaj so raziskovalci naredili in kako so prišli do sklepov.

Zaključek

Prehod v starševstvo je ranljivo obdobje vsake družine. S seboj prinese veliko izzivov za novopečene starše, ki se morata prilagajati potrebam novorojenčka in svoje življenje prilagoditi malemu bitju. Po rojstvu otroka se spremeni partnerski odnos. Starši imajo manj čas za medsebojno komunikacijo, spolne odnose, preživljanje njunega skupnega časa, več se prepirajo. To je še bolj izrazito pri parih, ki med seboj nimajo odprtega odnosa in odkrite komunikacije.

Raziskava pokaže, da prehod v starševstvo prinese s seboj velike izzive, ki so jim bili lažje kos tisti, ki so imeli med seboj dobre odnose že pred nosečnostjo, saj si med seboj pomagali, se spodbujali in si delili obveznosti glede otroka, odkrito komunicirali, si vzeli partnerski čas zase.



Prehod v starševstvo so težje doživeli starši nedonošenih otrok. Pri njih je bilo to obdobje vsaj v začetku pospremljeno z negativnimi občutki in grozo, velikokrat pa so čutili posledice še vrsto let po rojstvu otroka, sploh če je imel otrok kot posledico nedonošenosti kakšno kronično bolezen. Takrat se je pogosto pojavljal strah za življenje otroka in je sama nega otroka zahtevala svoj davek. Večina starševske pozornosti je bila usmerjena na otroka, čas za partnerja se je tako izgubil. To je bilo še posebej vidno takrat, ko partnerja nista imela odprtega in podpornega medsebojnega odnosa pred rojstvom otrok.

Raziskava je zanimiva in pomembna za strokovno in nestrokovno javnost, saj obravnava področja, ki smo jim izpostavljeni vsi v vsakodnevnem življenju. V pomoč bo študentom in strokovnjakom na področju psihologije in psihoterapije, predvsem tistim, ki delajo z mladimi pari in družinami. Verjamemo, da bo tema v pomoč tudi tistim, ki se s tem področjem ne ukvarjajo profesionalno, si pa želijo pridobiti znanje za vsakdanje življenje, saj so ugotovitve iz raziskave pomembno prispevale k razumevanju tistega, kaj doživljajo pari donošenih in nedonošenih otrok v obdobju prehoda v starševstvo. Razumeli bomo stiske, ki jih doživljajo eni in drugi, tako da bomo lažje v tem obdobju pomagali drugim staršem, ki doživljajo podobno, ne glede na to, ali se s tem področjem ukvarjamo profesionalno ali ne.

Literatura

Akiki, S., Avison, W.R., Speechley, K.N. & Campbell, M.K., 2016. *Determinants of maternal antenatal state- anxiety in mid-pregnancy: Role of maternal feelings about the pregnancy. Journal of Affective Disorders, 196, pp. 260–267.*

Bawadi, H.A., Qandil, A.M., Al-Hamdan, Z.M. & Mahallawi, H.H., 2016. *The role of fathers during pregnancy: A qualitative exploration of Arabic fathers' beliefs. Midwifery, 32, pp. 75–80.*

Claxton, A. & Perry-Jenkins, M., 2008. *No Fun Anymore: Leisure and Marital Quality Across the Transition to Parenthood. Journal of Marriage and Family, 70, pp. 28–43.*

Gray P.H., Edwards, D.M., O'Callaghan M.J. & Cuskelly, M., 2012.. *Parenting stress in mothers of preterm infants during early infancy. Early Human Development, 88, pp. 45–49.*

Ionio, C., Colombo, C., Brazzodurob, V., Mascheronia, E., Confalonieria, E., Castoldi, F. & Lista, G., 2016. *Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. Europe's Journal of Psychology, 12(4), pp. 604–621.*

Jiang, S., Warre, R., Qiu X., O'Brien K. & Lee S.K., 2014. *Parents as practitioners in preterm care. Early Human Development 90 (11), pp. 781–785.*

Kerstis, B., Engström, G., Sundquist, K., Widarsson, M. & Rosenblad, A., 2012. *The association between perceived relationship discord at childbirth and parental postpartum depressive symptoms: a comparison of mothers and fathers in Sweden. Upsala Journal of Medical Sciences, 117, pp. 430–438.*

McKellar, L., Pincombe, J. & Henderson, A., 2009. *Coming ready or not! Preparing parents for parenthood. British Journal of Midwifery, 17(3), pp. 160–167.*

Ngai, F. & Ngu, S., 2013. *Quality of life during the transition to parenthood in Hong Kong: a longitudinal study. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 34(4), pp. 157–162.*

Nonterah C.W., Garthe, R.C., Reid, C.A., Worthington Jr, E.L.,

Davis, D.E., Hook, J.N., Van Tongeren, D.R. & Griffin, B.J., 2016. *The impact of stress on fluctuations in relational humility as couples transition to parenthood. Personality and Individual Differences, 101, pp. 276–281.*



Parfitt, Y., Ayers, S., Pike, A., Jessop, D.C. & Ford, E., 2014. A prospective study of the parent–baby bond in men and women 15 months after birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(5), pp. 441–456.

Polomeno, 2014. *The Teaching of Conjugal Vulnerability during the Transition to Parenthood. International Journal of Childbirth Education*, 29(1), pp. 78–85.

Pucer, N., Kodrič, J., Gubanc, A. & Paro Panjan, D., 2014. Prepoznavanje mam s poporodno depresijo in pomen ocenjevanja vedenja novorojenčka za spodbujanje njihovega odnosa s starši na enoti intenzivne nege novorojenčkov. *Psihološka obzorja*, 23, pp. 41–51.

Spinellia, M., Frigerioa, A., Montalia, L., Fasoloa, M., Spadab, M.S. & Mangilic, G., 2016. 'I still have difficulties feeling like a mother': The transition to motherhood of preterm infants mothers. *Psychology & Health*, 31(2), pp. 184–204.

Treyvaud, K., Aldana, A.C., Scratch, S.E., Ure, A.M., Pace, C.C., Doyle, L.W. & Anderson, P.J., 2016. The influence of multiple birth and bereavement on maternal and family outcomes 2 and 7 years after very preterm birth. *Early Human Development*, 100, 1–5.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na kvalitativnem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.





**OTROKOVO DOŽIVLJANJE,
SODELOVANJE IN
KOMUNIKACIJA**



OTROKOVO DOŽIVLJANJE ZDRAVSTVENIH POSEGOV V RAZLIČNIH RAZVOJNIH OBDOBJIH

Lara Šuštar, mag. psih.
Vida Peternelj, dipl. psih. (un)
Oddelek za otroško kirurgijo, Kirurška klinika,
Univerzitetni klinični center Ljubljana

lara.sustar@kclj.si

Izvleček

Otrokovo razumevanje bolezni ali poškodbe in posledično njegovo doživljanje časa v bolnišnici, zdravljenja in zdravstvenih posegov, je izjemnega pomena za ustrezno komunikacijo in odnos z njim. Razumevanje otrokovega doživljanja nam pomaga, da mu mnogokrat hitro, preprosto in učinkovito olajšamo neprijetne ali boleče posege. Dojenčku ali malčku do drugega leta starosti med zdravstvenimi posegi najbolj pomaga božanje, prepevanje, zibanje, s čimer usmerjamo pozornost stran od bolečine. Otroku med 2 in 6-7 letom starosti, za katerega je značilen buren razvoj domišljije, olajšamo zdravstvene posege tako, da mu jih starosti primer- no razložimo in s tem preprečimo napačne ali pretirane predstave o tem, kaj se bo dogajalo. Z domišljijo si lahko pomagamo tudi tako, da uporabljamo čarobne predmete ali lastnosti, ki lajšajo neprijetnost ali bolečino. Med 6-7 in 11-12 letom starosti otroka pripravimo na poseg tako, da mu ga natančno opišemo in preusmerjamo pozornost. To naredimo tako, da mu npr. damo možnost, da nam pomaga, ali pa ga zaposlimo z miselnimi nalogami. Po 12 letu starosti je predvsem pomembno, da upoštevamo mladostnikovo zasebnost in morebitno željo o odsotnosti staršev. V vsakem primeru, ne glede na starost, pa otroku ne prikrivamo, da bo poseg morda bolel.

Ključne besede

razvoj mišljenja, doživljanje bolezni, hospitalizacija, tehnike pomoči

Uvod

V preteklosti je veljalo, da vsi ljudje podobno razumemo koncept bolezni ali poškodbe. Razumevanje teh konceptov so raziskovalci sprva preverjali pri odraslih. Hitro so ugotovili, da imajo že odrasli ljudje med seboj različne predstave o tem, kaj pomeni biti bolan ali poškodovan. Vzroke za razlike v razumevanju so pripisovali predvsem razlikam v kvaliteti komunikacije med zdravnikom in pacientom. Raziskovanje razumevanja bolezni ali poškodbe se je kmalu za tem razširilo tudi na otroke. Že pred več kot 30 leti so raziskovalci ugotavljali, da imajo odrasli zaradi specifičnega razvoja mišljenja pri otroku velikokrat napačno predstavo, kako otrok doživlja svojo bolezen in zdravljenje. Doživljanje otroka se odraslim lahko zdi bizarno in nepredvidljivo (Eiser, 1985).

Danes vemo, da se otrokovo znanje o telesu in njegovemu delovanju, o vzrokih in posledicah bolezni, o preventivi pred poškodbami in o zdravljenju, razvija na sistematičen način. Pri razumevanju igra največjo vlogo starost otroka, otroci pa prej ustrezno razumejo poškodbe v primerjavi z boleznijo (Myant & Williams, 2005). S tem znanjem svojo komunikacijo in vedenje med zdravstvenimi posegi lažje prilagodimo otroku ter razumemo na videz nenavadna vedenja otroka ali njegovo nesodelovanje.



Razvojne stopnje mišljenja

Razvojna faza mišljenja dojenčka, otroka in mladostnika vpliva na to, kako razume svet in kako pride do znanja o njem. Poznamo štiri stopnje razvoja mišljenja po Piagetu: senzomotorična, predoperativna, konkretno operativna in formalno operativna stopnja (Marjanovič Umek & Zupančič, 2009).

Senzomotorična stopnja je značilna za otroke od rojstva do drugega leta starosti. V tem starostnem obdobju se otrok o svetu uči skozi gibanje in zaznavanje informacij preko čutil. Razvije se stalnost predmeta, kar pomeni, da otrok začne razumeti, da predmet ali oseba obstaja, tudi če je ne more videti, slišati ali se dotakniti (Marjanovič Umek & Zupančič, 2009).

Predoperativna stopnja se pojavi med 2 in 6-7 letom starosti. Otrok razvija in rabi simbole, kot so besede, geste, igra in risanje. Značilen je egocentrizem – otrok svet vidi skozi lastno perspektivo in verjame, da tudi ostali vidijo in razumejo svet enako kot on. Mišljenje je magično, v ospredju je fantazija in domišljija (Marjanovič Umek & Zupančič, 2009).

Konkretno operativna stopnja je značilna za otroke med 6-7 in 11-12 letom starosti. Razvija se logično mišljenje, ki pa še ni tako razvito kot pri odraslih. Otroci zmorejo manipulirati z informacijami, ki jih dobijo iz okolice, in iz njih racionalno sklepati (Marjanovič Umek & Zupančič, 2009).

Formalno operativna stopnja se pojavi med 11-12 letom starosti. Za njo je značilno, da mladostnik zmore razmišljati abstraktno, sposoben je ustvarjanja in preverjanja hipotez (Marjanovič Umek & Zupančič, 2009).

Razumevanje bolezni v luči razvoja mišljenja

Skladno z razvojem mišljenja otroci in mladostniki tudi razvijajo razumevanje vzrokov, simptomov, zdravljenja in preventive bolezni (Bibace & Walsh, 1980).

Otroci na *senzomotorični stopnji* (do 2 let) mišljenja ne razmišljajo kaj je bolezen ter zakaj in kako se pojavi (Koopman, et. al., 2005).

Bibace in Walsh (1980) sta ugotovila, da otroci na *predoperativni stopnji* (2 do 6-7 let) mišljenja bolezen razumejo kot fenomen – razlaga bolezni je nepopolna, otrok ne zmore razložiti vzroka bolezni, če že, pa je to navadno okužba. Razlikovanje med različnimi boleznimi se pojavi šele pri koncu te razvojne faze. Ker je za to stopnjo značilno magično mišljenje, lahko otroci vzrok bolezni pripišejo dogodkom, ki nimajo nikakršne povezave z boleznijo. Otrok lahko tako verjame npr. da je zbolel zaradi lune, ali da je bolezen kazen za njegovo neprimerno obnašanje v preteklosti, npr. ker je po stanovanju hodil bos.

Na *konkretno operativni stopnji* (6-7 do 11-12 let) mišljenja večina otrok razloži, da se bolezen prenese preko telesnega stika. Otroci tako že razumejo, da lahko zbolimo, če se nečesa dotikamo, in razumejo pomen npr. higiene rok. Razumejo, da lahko zbolimo, ker nekaj od zunaj prenesemo v telo preko hranjenja ali dihanja, vendar je njihova razlaga zaradi slabšega poznavanja anatomije in funkcij telesa nepopolna. Otrok tako npr. pove, da se prehladimo, če nekdo kihne v dlan, mi pa se te dlani dotaknemo (Marin, 2010). Zaradi naprednejšega razumevanja bolezni otroci na tej razvojni stopnji ugotovijo, da lahko aktivno prispevajo k temu, da ne zbolijo oz. da hitreje ozdravijo (Koopman, et. al., 2005).

Na *formalno operativni stopnji* (od 11-12 let) se pojavi razumevanje fizioloških in psiholoških dejavnikov bolezni. Mladostniki razumejo, da je bolezen lahko posledica nepravilnega delovanja



notranjih organov. Začne se zavedanje povezave med psihološkim stanjem in fiziološkimi simptomi. Mladostnik tako razloži npr., da se prehladimo, ko se virus prenese v naš krvni obtok, kjer se z njim borijo bele krvničke, ali da lahko utrpimo srčno kap zaradi preveč stresa, ki vpliva na naš krvni pritisk in posledično na srce (Marin, 2010).

Tabela 1: *Otrokovo in mladostnikovo razumevanje bolezni glede stopnjo razvoja mišljenja (Koopman, et. al., 2005)*

stopnja mišljenja po Piagetu	primer razumevanja prehlada
senzomotorična (do 2 let)	»Prehlad je med počitnicami.«
predoperativna (2 do 6-7 let)	»Prehlad je, ko pustimo okno odprto in se deka shladi, zato zbolimo.« »Ko se nekdo prehladi in ti prideš blizu, in naslednji dan je on boljše, ti si pa prehlajen.«
konkretno operativna (6-7 do 11-12 let)	»Ko nekdo kašlja, če kapljice padejo na tvoj obraz. Noter so bacili in zato zboliš.« »Ko kašljam, gredo bacili po zraku in nekdo drug jih lahko vdihne in zboli.«
formalno operativna (od 11-12 let)	»Bakterije pridejo v kri, tam jih napadejo bele krvničke. Če zgubijo, zboliš.« »Prehlad včasih ni tako grozen. Odvisno je, kako se počutimo.«

Več raziskovalcev (npr. Piko & Bak, 2006) je ugotovilo, da ni pomembnih razlik v doživljanju bolezni med deklicami in dečki z izjemo opisov, kaj pomeni zdravje. Deklice pri definiranju zdravja večkrat omenjajo čistočo, fantje pa močno telo. Nekatere raziskave opisujejo razliko v doživljanju vzrokov bolezni glede na socialno-ekonomski status otrok. Otroci iz družin z višjim socialno-ekonomskim statusom hitreje razumejo biološke vzroke bolezni (npr. »Zbolel sem, ker sem dobil bakterijo.«), med tem ko otroci iz družin z nižjim socialno-ekonomskim statusom vzroke bolezni večkrat pripisujejo vedenju (npr. »Zbolel sem, ker nisem bil dovolj oblečen.«) (Zhu, et. al., 2009, cited in Marin, 2010).

Bolan ali poškodovan otrok v bolnišnici

Razumevanje otrokovega doživljanja njegove bolezni ali poškodbe pomembno vpliva na to, kako mu lahko pomagamo med hospitalizacijo, ki s seboj prinese negativne občutke, mnogokrat neprijetne zdravstvene posege ali ločitev od staršev. Z znanjem o otrokovem doživljanju lahko pomembno prispevamo k zniževanju njegove psihološke stiske med hospitalizacijo (Carson, et. al., 1992) in povečamo sodelovanje otroka v zdravstvenih posegih. Če otrok npr. ne razume namena zdravstvenega posega, ga lahko dojame kot nekaj negativnega ali nepotrebne (Piko & Bak, 2006), in temu primerno manj ali ne sodeluje med samim posegom.

Pomembno je, da otroke in starše priučimo določenih psiholoških načinov soočanja s strahom in bolečino že pred neprijetnimi oz. bolečimi posegi. Načini soočanja z neprijetno izkušnjo lahko postanejo večšina, ki jo otrok obvlada šele takrat, ko jo redno izvaja in vadi (Bürger Lazar, 2016).

Dojenčku ali malčku na *senzomotorični stopnji* (do 2 let) med zdravstvenim posegom pomagamo tako, da mu ponudimo tolažilno sladkano dudo, ga pestujemo, zibamo, mu pojemo, se z njim pogovarjamo, ga masiramo in božamo in s tem odvrčamo pozornost od mesta, kjer ga boli (Bürger Lazar, 2016).



Otroku na *predoperativni stopnji* (2 do 6-7 let) neposredno pred posegom dokaj natančno in počasi razložimo, kaj nameravamo narediti, pri tem pa si lahko pomagamo z lutko ali medvedkom. Tako preprečimo fantaziranje in izkrivljeno predstavo o samem posegu. Opišemo kako se bo najverjetneje počutil (npr. »Lahko te bo nekaj sekund peklo, ščemelo, tiščalo, zbadalo ...«, »Kot bi pičila čebela ali komar.«) in kako lahko sam sodeluje (vzemi s seboj priljubljeno igračo, globoko in počasi dihaj, se igrava besedno igro). Otrokovo razumevanje preverimo tako, da sam še enkrat pove, kako bo poseg potekal. Če postopek povzroča bolečine, mu moramo to povedati in nikoli ne obljublamo, da poseg ne bo boleč, če vemo, da je boleč (Kovše & Grosek, 2014).

Ideje, kako otroku med 2 in 6-7 letom starosti pomagati med zdravstvenim posegom (Anžič, et. al., 2018):

- Izkoristimo otrokovo magično mišljenje in fantazijo: »Predstavljaš si, da imaš čudežno rokavico, ki bolečine ne spusti naprej.«
- Pomagajmo mu razumeti časovni potek zdravstvenega posega: »Ko do konca zapojeva Kuža pazi, bo mimo.«
- Če je možno, omogočimo soodločanje: »Ti kri vzamem iz leve ali iz desne roke?«
- Po končanem posegu otroka za sodelovanje nagradimo s štampljko, nalepko ipd.

Otroka na konkretno operativni stopnji (6-7 do 11-12 let) pripravimo na poseg in mu razložimo, kako poteka, ga povabimo k sodelovanju in vprašamo, kaj želi, da naredimo najprej in kaj pozneje. Uporabimo igrice, ki ga odvrnejo od dogajanja, povezanega z bolečino (Kovše & Grosek, 2014), npr.:

- Pomagamo si z miselnimi igrami: »Dajva se spomniti čim več besed, ki se začnejo na isto črko kot tvoje ime.«
- Otroka zaposlimo tako, da nam pomaga pri pripravi materiala: »Ti odtrgaj mikropor, jaz bom pa pripravil obliž.«
- Učimo ga pozitivnega samogovora: »Ta poseg si že večkrat dal skozi in ga uspešno prenesel.«
- Otroka ne kritiziramo (»Zadnjič si bila pa bolj pridna.«) in ne zagotavljamo, da ne bo bolelo (Bürger Lazar, 2016).

Na *formalno operativni stopnji* (od 11-12 let) mladostnikom posredujemo obširna pojasnila, si vzamemo čas za razlago postopkov in odgovorimo na njihova vprašanja. Spodbujamo jih, da sodelujejo. Poseben poudarek damo zasebnosti med posegi. Mladostniki so čustveno občutljivejši, zato se izogibamo ukazovalnemu tonu v pogovoru z njimi in jim zagotovimo, da je bilo njihovo obnašanje primerno. Mladostnik si v tem obdobju morda ne želi, da starši sodelujejo pri posegih. Pustimo mu, da poseg nadzoruje, kolikor je le mogoče. Ob odpustu mu damo obširna in izčrpna navodila (Kovše & Grosek, 2014). Tudi mladostnikom lahko olajšamo doživljanje zdravstvenega posega s podobnimi tehnikami kot mlajšim otrokom (Anžič et. al., 2018).

Zaključek

Z znanjem o razvojnih fazah mišljenja dojenčkov, malčkov, otrok in mladostnikov lahko pomembno olajšamo zdravstvene posege in na splošno bivanje v bolnišnici najmlajšim pacientom. S tem olajšamo delo tudi sebi, saj spodbujamo sodelovanje, pozitiven odnos do osebja in zdravljenja, posledično boljšo komunikacijo s starši in nenazadnje ugodnejše izide zdravljenja.

V hitrem tempu dela na bolnišničnih oddelkih ali v ambulantah lahko pozabimo na konkretne nasvete in ideje; v tem primeru naj velja, da je topel in empatičen odnos do otroka in njegovih staršev ali skrbnikov prava pot k lažjemu prenašanju zdravstvenih posegov. Vedno pa je dobro imeti v mislih, da je lažje vzpostaviti pozitiven odnos do zdravstvenih posegov, kljub morebitnemu večjemu začetnemu vložku iz naše strani, kot kasneje spreminjati negativnega.



Literatura

Anžič, J., Bürger Lazar, M., Jazbec, J. & Rožič, M., 2018. *Ko otrok zboli za rakom. Celje-Ljubljana: Ustanova za pomoč otroku z rakom in Celjska Mohorjeva družba.*

Bibace, R. & Walsh, M. E., 1980. *Development of children's concepts of illness. Pediatrics, 66, pp. 912–917.*

Bürger Lazar, M., 2016. *Pomagati otroku zmanjšati strah in bolečino med zdravstvenim posegom. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Združenje za pediatrijo in Zbornica-Zveza, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.*

Carson, D. K., Grayley, J. E. & Council, J. R., 1992. *Children's prehospitalization conceptions of illness, cognitive development, and personal adjustment. Children's Health Care, 21(2), pp. 103–110.*

Koopman, H. M., Barrs, R. M., Chaplin, J. & Zwinderman, K., H., 2005. *Illness through the eyes of the child: The development of children's understanding of the causes of illness. Patient Education and Counseling, 55, pp. 363–370.*

Kovše, M. & Grosek, Š., 2014. *Otrokove razvojne značilnosti in odziv na stres. In: Grosek Š. eds. Kritično bolan in poškodovan otrok. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, pp. 149–153.*

Marin, A., 2010. *Concepts of illness among children of different ethnicities, socioeconomic backgrounds, and genders: diplomsko delo. San Diego: San Diego State University.*

Marjanovič Umek, L. & Zupančič, M., 2009. *Teorije psihičnega razvoja. In: Marjanovič Umek, L. & Zupančič, M. eds. Razvojna psihologija. Ljubljana: Založba Rokus Klett, pp. 28–64.*

Myant, K. A. & Williams, J. M., 2005. *Children's concepts of health and illness: Understanding of contagious illnesses, non-contagious illnesses and injuries. Journal of Health Psychology, 10(6), pp. 805–819.*

Piko, F. & Judit, B., 2006. *Children's perceptions of health and illness: Images and lay concepts in preadolescence. Health Education Research, 21(5), pp. 643–653.*



KOMUNIKACIJA S STARŠI BOLNEGA ALI POŠKODOVANEGA OTROKA

COMMUNICATING WITH PARENTS OF A SICK OR INJURED CHILD

Manja Rančigaj Gajšek, univ. dipl. psihologinja
UKC Ljubljana, Kirurška klinika, KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo

manja.rancigaj@kclj.si

Ključne besede: razumevanje vedenja, kognitivni model, komunikacijske spretnosti, skrb zase

Izveček

Starši, ki skoraj vedno spremljajo pediatrične bolnike, so lahko ob naši skrbi za otroka najbolj dragoceni sodelavci, če z njimi ne ravnamo pravilno, pa lahko predstavljajo tudi veliko oviro. Starši so ob boleznih ali poškodbah otroka še posebej ranljivi, ob tem pa so lahko tudi neprijetni v svojem vedenju. Za lažje in učinkovito strokovno delo je pomembno, da razumemo odzive drugih in lastne odzive poznamo in uporabimo osnovne komunikacijske spretnosti. Kadar se odnosi med bolnikom, starši in zdravstvenim osebjem zapletejo in pride do težkih situacij, ki slabo vplivajo na zdravstvene delavce, bolnike in družinske člane, potrebujemo dodatno znanje in spretnosti ter sodelovalno delo. Z učinkovito in empatično komunikacijo lahko razrešimo večino konfliktov med zdravstvenimi delavci in bolnikom oziroma starši.

Komunikacijskih spretnosti se lahko ob zadostni motivaciji naučimo. Pozornost na lastno doživljanje, aktivno poslušanje, empatično potrjevanje, prilagodljivo pogajanje, reševanje problemov, načrtovanje in sledenje so tehnike, ki lahko izboljšujejo medosebno komunikacijo in tudi preprečujejo prihodnje konflikte. Pozorni moramo biti na skrb zase, ki vključuje sprejemanje svojih čustvenih odzivov na bolnike in skrb za doživljanje osebnega zadovoljstva.

Abstract

Pediatric patients are almost always accompanied by at least one parent or caregiver. Parents can be our greatest asset and also can be a considerable hindrance if not managed properly. Parents are particularly vulnerable when their children are sick or hurt. In those situations their behaviour may be unpleasant and difficult to manage. In order to facilitate professional work, it is important to understand their responses and to know and use basic communication skills. Sometimes relationships between the patient, parents, and healthcare staff become complicated. Difficult interpersonal situations have a bad influence on healthcare workers, patients and family members. In those cases we need additional knowledge and skills and multidisciplinary support. Most conflicts between healthcare providers and the patient or parents can be resolved through effective and empathetic communication. We can learn communication skills with sufficient motivation.

Attention to own feelings, active and reflective listening, empathic validation, flexible negotiation, problem solving, planning and follow up are techniques that can improve interpersonal communication and also prevent future conflicts. We need to pay attention to taking care of ourselves, which includes understanding and accepting our emotional responses and taking care of experiencing personal satisfaction.



Uvod

Pediatrične bolnike skoraj vedno spremlja vsaj en starš ali skrbnik, velikokrat pa je prisotnih več ljudi različnih starosti. Starši so lahko ob naši skrbi za otroka najbolj dragoceni sodelavci, če z njimi ne ravnamo pravilno, pa lahko predstavljajo tudi veliko oviro (Friese, 2010).

Bolezen je sama po sebi stresna za otroka in za njegove starše. Lastna bolezen in bolezen družinskega člana se umeščata visoko na lestvici najpomembnejših stresnih dogodkov v življenju (Holmes & Rahe, 1967). Okoliščine bolnišnične obravnave in skrb glede prognoze dodatno povečujeta stopnjo stresa pri starših. Če z njihovo stisko neprimerno ravnamo, se lahko ta pri starših hitro obrne v nezaupanje, jezo in iskanje krivca. Izziv za zdravstveno osebje je, da poskušamo razumeti odzive staršev, da ohranimo strokovnost ter se učimo iz izkušenj (Shooter, 2002).

Izbrali smo poklic, v katerem ne delamo samo z boleznimi, temveč z ljudmi v stiski, ki potrebujejo nego in zdravljenje. V primerjavi z našimi bolniki in njihovimi starši smo v danem trenutku v čustveno manj obremenilnem položaju in naša strokovna vloga od nas zahteva, da prevzemamo nadzor nad lastnimi odzivi (Rančigaj Gajšek, 2017a).

Starši ob bolnem ali poškodovanem otroku

Starši lahko ob bolnem ali poškodovanem otroku doživljajo močna neprijetna čustva, visoko stopnjo negotovosti in skrbi. Zmožnosti razumevanja in izražanja so ob tem zmanjšane, kar vpliva na kakovost komunikacije. Nekateri bolniki ali starši so v odnosu do zdravstvenega osebja previdni ali zadržani, ker se bojijo negativnih odzivov, če bi veliko spraševali. Vprašanja, ki jih zastavijo, zdravniki večkrat spregledajo ali odgovorijo z nepopolnimi odgovori. Starše bolnih otrok najbolj vznemirja, kadar jim zdravnik ne nameni dovolj časa, kadar ne podaja jasnih informacij, kadar k otrokovim težavam pristopa površno ali grobo ter je pomanjkljivo spoštljiv in skrben (Mehta, 2008). Tudi kadar staršem ponudimo zelo podrobne informacije, bodo nezadovoljni, če bodo imeli občutek, da z njimi nismo ravnali spoštljivo in če se nismo odzvali na njihove strahove (Levetown, 2008).

Shooter (2002) pojasnjuje, kako pride pri starših bolnega otroka do neželenega ali celo agresivnega vedenja. Stiska in nezaupanje bolnika, njegovih staršev in zdravstvenega osebja se poveča, kadar se njihove osebnostne lastnosti in medsebojna pričakovanja ne ujemajo. Kadar se starši zelo težko soočajo z nemočjo in nepredvidljivostjo otrokove bolezni, se zgodi, da se njihov čustveni naboj prevede v agresivno vedenje, usmerjeno na posameznega strokovnjaka, na skupino osebja ali na bolnišnico kot celoto. Notranji konflikti posameznika ter družinski konflikti se lahko projicirajo na osebje. Starši se lahko naučimo živeti z jezo bolnikov in staršev dovolj dolgo, da jim pomagamo in se pri tem izognemo temu, da bi jezo še krepili v lastnih medosebnih odnosih.

Priporočila za komunikacijo z bolnim otrokom in njegovimi starši

Nekatera osnovna priporočila, ki ji upoštevajmo pri pogovoru z bolniki in njihovimi starši, so strnjena v tabeli 1. Pri obravnavi otroka vedno vzpostavimo stik z otrokom, prilagojen njegovi starosti oziroma zmožnosti sodelovanja. Med pogovorom z otrokom pozornost namenimo tudi staršem in preverjajmo, ali poslušajo in razumejo, kar govorimo. Staršem podajajmo konkretna navodila in usmeritve, kako lahko pomagajo. Lahko jih na primer prosimo in jim svetujemo, kako naj otroku pomagajo pri prenašanju bolečine, jim predlagamo, da otroku prinesejo nekaj, kar mu bo koristilo in podobno. Otroka in starša seznanimo o prihodnjih aktivnostih, na primer, da ga bomo odpeljali na preiskavo, da bo imel odvzem krvi in podobno. Ne pozabimo otroka vprašati, kakšna vprašanja ima in kaj ga še zanima. Spodbujajmo spraševanje, saj bomo tako vedeli, kaj je še pomembno povedati. Včasih se zgodi, da prihajajo po zdravniško pomoč starši z otroki, ki pravzaprav niso potrebovali tovrstne obravnave. V teh primerih pohvalimo njihovo skrb in jim prijazno pojasnimo, kateri so razlogi za skrb oziroma znaki pri otroku, zaradi katerih naj otroka ponovno pripeljejo na pregled (Friese, 2010).



Tabela 1: Priporočila za komunikacijo z bolnim otrokom in njegovimi starši (Mehta, 2008).

Da:	Ne ...
Otroka in starše pozdravite z imenom in priimkom.	... dajajte vtisa, da se vam mudi.
Nasmehnite se.	... uporabljajte preveč medicinskih izrazov.
Ko govorite, se usedite.	... govorite z roko na kljuki ali nogo med vrati.
Usmerjajte pogovor na pomembne vsebine.	... prekinjajte sogovornika ves čas.
Vključujte bolnika v dialog.	... dajajte dolgih razlag in predavanj.
Staršem pustite čas za sprejemanje in razumevanje razlag in za vprašanja.	... ignorirajte skrbi, ki jih omenjajo starši.

Bolniki in starši se med hospitalizacijo lažje obračajo na eno osebo, kakor da razrešujejo svoje skrbi na vizitah, kjer je prisotnih več ljudi ali pa vedno znova novemu osebju. Zato naj ključna oseba spremlja družino ves čas zdravljenja, še posebej pri kroničnih boleznih. Vloge v timu strokovnjakov morajo biti dovolj fleksibilne, da lahko ključna oseba v vsakem trenutku odigra vlogo, ki jo družina potrebuje. Zdravstveni delavci naj informacije bolnikom in staršem podajajo odkrito in občutljivo, v manjših sklopih, ki jih lahko starši sprejmejo naenkrat. Včasih je bolje priznati, da na nekatera vprašanja nimamo odgovora in da se bomo potrudili, da odgovor pridobimo. Odkriti bodimo tudi glede tega, da kljub trudu nimamo vseh odgovorov. Predlog ali prošnjo staršev za drugo mnenje vselej sprejmimo. Najboljši interes bolnika ima prednost pred našim lastnim ponosom. Ne ponujamo zagotovil in občutka gotovosti, kadar ta ni realen. Če bodo naši bolniki enkrat razočarani, nam morda nikoli več ne bodo mogli zaupati. Pri obravnavni otroka prisluhnimo in upoštevajmo mnenja staršev. Zavračanje njihovega mnenja starše razjezi, zdravnik mora prisluhniti in zaupati njihovim izkušnjam. Bolniki sami ali njihovi starši najbolje poznajo otrokovo zdravstveno stanje. Starši lahko ob vsakodnevni skrbi za otroka zaznajo spremembe, ki se pojavijo še pred simptomi bolezni. Starši naj imajo možnost sodelovanja pri sprejemanju večjih odločitev o zdravljenju otroka, pri čemer upoštevajmo, da so nekatere kritične odločitve zanj preveč obremenilne. Lahko se zgodi tudi, da se starša med seboj o določeni stvari ne strinjata. V takih primerih odločitve sprejemajmo v razširjenem timu, s svetovanjem zunanjega sodelavca ali etične komisije. Najstniki imajo sami pomembno vlogo pri odločanju o lastnem zdravljenju. Za preprečevanje diskriminacije najbolj ranljivih skupin moramo biti sposobni brez vrednotenja in vsiljevanja naših lastnih vrednot videti stvari s perspektive bolnika in njegovih staršev in se ne sklicevati zgolj na naš najboljši namen. Starše moramo seznaniti s postopki pritožbe. Če so pritožbe povezane z viri, ki so na voljo, so lahko uporabniki koristni zavezniki pri doseganju boljše opremljenosti (Shooter, 2002).

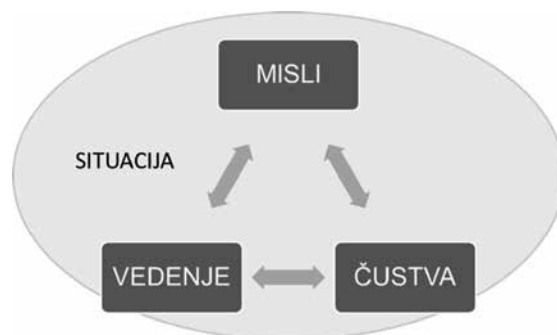
Kako lahko razumemo vedenje bolnikov in staršev?

Ljudje prepogosto predpostavljamo, kako se posameznik počuti in kaj razmišlja izključno glede na to, kako se vede. Pri tem ne razmislimo in ne upoštevamo vseh okoliščin, da bi lahko razumeli, kaj se pravzaprav dogaja. Kadar razumemo vedenje bolnikov in staršev, v veliki meri povečamo verjetnost, da bo naš pristop in naše sodelovanje učinkovito in koristno.

Človekova čustva in vedenje niso povezana s situacijo samo po sebi, temveč s tem, kako si posameznik določeno situacijo razlaga, kaj ob dogodku razmišlja in kakšen pomen mu pripisuje.



Avtomatske misli, ki se nam sprožijo v situaciji, vplivajo na to, katero čustvo doživljamo in kako se bomo v danih okoliščinah odzvali. Kakšne misli se nam bodo sprožile, je odvisno od naše osebnostne naravnosti, bioloških predispozicij, vplivov okolja in preteklih izkušenj, preko česar so se oblikovala naša vmesna in bazična prepričanja o sebi, prihodnosti in svetu (kognitivni model, slika 1, Beck, 2011).



Slika 1: Kognitivni model (Beck, 2011)

S kognitivnim modelom poskusimo razložiti dva možna odziva na okoliščine: bolnik in njegovi starši čakajo na pogovor s kirurgom na dan pred operacijo (Rančigaj Gajšek, 2017a).

Starši otroka A so razburjeni in se jezijo na sobno sestro.

Misli: »Nihče se ne briga za nas.«, »Če se ne razburimo, to pomeni, da ne skrbimo za svojega otroka.«, »Med operacijo lahko gre kaj narobe.«

Čustva: jeza, strah, tesnoba, negotovost.

Vedenje: telesni nemir, iskanje pozornosti pri osebju, prepirljivost, pozornost na podrobnosti.

Starši otroka B se v sobi mirno igrajo z otrokom.

Misli: »Kirurg ima pomembnejše delo kot pogovor z nami.«, »Ne želimo sitnariti osebju, ki je zelo zaposleno.«, »Kdo ve, kaj se lahko zgodi med operacijo.«, »Moj otrok se mi tako smili.«, »Moramo biti mirni, da otrok ne začuti, da nas je strah.«

Čustva: strah, tesnoba, žalost, razočaranje, negotovost.

Vedenje: umik v sobo, redkobesednost, navidezna mirnost, usmerjanje pozornosti na otroka.

Na prvi pogled so starši otroka A bolj »zahtevni«, vendar je neugodno tudi staršem otroka B, le da se ob drugačnih čustvih in mislih vedejo drugače. Obema otrokoma in njunim staršem lahko koristi naša pozornost na njihovo doživljanje in nudenje pomoči za lažje sprejemanje okoliščin.

Kadar se komunikacija zaplete

Kadar pride do motnje v odnosu med bolnikom oziroma njegovimi starši in zdravstvenim osebjem, je potrebno organizirati srečanje osebja, ki dela s konkretnim bolnikom. Zberemo informacije o tem, kako se je razvijala zahtevna situacija, v kateri smo se znašli, da bolje razumemo vzroke in sprožilce. Potrebno je nevtralizirati morebitne predsodke osebja do bolnika ali družine, ki so nastali. Etikete, kot so »zahtevni«, »sovražni« ali »nori«, običajno sledijo bolnikom in družinskim članom v celotnem procesu zdravljenja in negativno vplivajo na pristopa osebja in zdravljenje. Določimo ključno osebo za komunikacijo s konkretno družino, da zagotovimo pogosto in dosledno komunikacijo. Ta oseba naj bo odgovorna za ugotavljanje skrbi in potreb bolnikov, ki so pomembne pri načrtovanju in izpeljavi zdravljenja. Pred pogovorom z bolnikom in družino uredimo lastne misli in čustva, povezana s težko situacijo. Če se zavedamo svojih predsodkov, bomo lažje prepoznali in se izognili morebitnim negativnim čustvom ob določenih osebnostnih lastnostih in pričakovanjih bolnika in družine, ki bi nas sicer lahko ovirala pri empatični in učinkoviti komunikaciji. Za pogovor pripravimo prostor brez motečih dejavnikov in potencialnih prekinitev. Vsi se usedemo, nagnemo se naprej in poskušamo delovati sproščeno, brez občutka, da se nam mudi, saj to prispeva k dobri interakciji ter spodbuja zdravnika pri iskanju skupne rešitve težke situacije (Leaming-Van Zandt & Shook, 2015).



Komunikacijske spretnosti, ki lahko pomagajo pri razreševanju konfliktov in so usmerjene k ponovnemu vzpostavljanju in ojačitvi dobrega sodelovanja med bolnikom in zdravnikom, so predvsem aktivno poslušanje, empatično potrjevanje, prilagodljivo pogajanje in zaključek ter načrtovanje (tabela 2) (Leaming-Van Zandt & Shook, 2015).

Tabela 2: Pomembne komunikacijske spretnosti (Leaming-Van Zandt & Shook, 2015).

veščina	opis in primer
Aktivno poslušanje	Z aktivnim poslušanjem in opazovanjem vedenja poskušamo identificirati čustva, ki usmerjajo misli in odzive posameznika. Preverjamo naše razumevanje misli in čustev sogovornika z odzivi, kot so: »Če prav razumem, mi pravite, da ...«, »Videti je, da vas moti, da ...«. Z neverbalnimi namigi (očesni stik, prijetni obrazni izrazi in telesna drža, prikimavanje) omogočamo sogovorniku, da se počuti slišane, razumljene in spoštovane.
Empatično potrjevanje	Perspektivo in čustveni odziv sogovornika poskušamo razumeti, tudi če se z njim ne strinjamo. Večina čustev izhaja iz določene logike in so običajno rezultat določenih okoliščin in predhodnih izkušenj. Kadar smo pripravljeni izraziti obžalovanje za nastalo zahtevno situacijo in pri tem ne krivimo drugih ali sistema, bolniki ali starši običajno doživijo občutek zaključka in olajšanja.
Prilagodljivo pogajanje in zaključek	Ko razumemo perspektivo in doživljanje družine, se lahko lotimo aktivnega reševanja problemov. Zdravstveni delavci, starši in tudi otrok (v skladu z razvojnimi značilnostmi in trenutnimi zmožnostmi) skupaj postavljamo realistične in dosegljive cilje in časovne okvirje zanje. Pogosto je osnovni namen tega procesa komunikacija sama po sebi, ki vodi v oblikovanje dobrega terapevtskega odnosa. Če starši in zdravnik sami ne morejo doseči sporazuma, je smiselno v komunikacijo vključiti objektivnega mediatorja.
Načrtovanje	Takoj po sklenjenem dogovoru aktivno ravnamo na način, da zagotovimo uresničevanje dogovorov. Neizpolnjene obljube in ponavljajoča razočaranja kvarijo težko pridobljeno zaupanje in spoštovanje.

Zaključek

Bolniki in svojci prihajajo v neznano bolnišnično okolje, kjer nimajo občutka nadzora nad dogajanjem okrog sebe. Starši so obremenjeni s skrbmi za zdravje svojega otroka. Spoznajo, da sami otroku ne morejo nuditi vsega, kar v tistem trenutku potrebuje in mu ne morejo sami pomagati pri skrbi za zdravje. Ob hospitalizaciji otroka se včasih istočasno soočajo še z drugimi stresnimi življenjskimi okoliščinami. Doživljajo lahko intenzivne čustvene stiske in ob tem težje razumsko nadzorujejo svoje vedenje in komunikacijo z ljudmi okrog sebe. Družine v krizi se lahko vedejo



drugače, kot bi se v normalnih okoliščinah. Veliko njihovih frustracij in pozornosti usmerjajo na zdravstvenega delavca, ki je najbolj dosegljiv, torej na medicinsko sestro ali zdravstvenega tehnika, ki skrbi za bolnika (Rančigaj Gajšek, 2017b).

Delo z ljudmi v čustveni stiski je zelo obremenjujoče, hkrati pa nismo povsem nemočni pri preprečevanju in ravnanju z neugodnimi odzivi staršev bolnih otrok. Skrb za prepoznavanje čustev v interakciji zdravstvenega osebja z bolniki bi se morala začeti pri izobraževanju zdravstvenih delavcev. S tem znanjem se lahko poveča posameznikova ozaveščenost in sposobnost odzivanja na najbolj primeren način (Morken, et al., 2016). Pridobivanje povratnih informacij od sodelavcev in pacientov je lahko koristno pri prepoznavanju in izboljšanju medosebnih komunikacijskih spretnosti (Leaming-Van Zandt & Shook, 2015).

Zdravstveni delavci, ki pogosteje delajo s težavnimi bolniki ali družinami, doživljajo manj zadovoljstva pri delu in več izgorevanja. Pozorni moramo biti na skrb zase, ki vključuje sprejemanje svojih čustvenih odzivov na bolnike in skrb za doživljanje osebnega zadovoljstva. Pri našem delu potrebujemo podporo sodelavcev, prijateljev, podporne skupine ali psihoterapijo (Leaming-Van Zandt & Shook, 2015).

Literatura

Beck, J. S., 2011. *Cognitive behavior therapy. Second edition. Basics and beyond.* New York: The Guilford Press.

Friese, G., 2010. *How to deal with parents of a sick or injured child.* EMS1. [elek. vir]. Available at: <https://www.ems1.com/pediatric-care/articles/how-to-deal-with-parents-of-a-sick-or-injured-child-ztlk8NWdAO2AuTrc/>. [9. 11. 2019].

Holmes, T. H. & Rahe, R. H., 1967. *The Social Readjustment Rating Scale.* *Journal of Psychosomatic Research.* 11 (2), pp. 213–8.

Leaming-Van Zandt, K. J. & Shook, J., 2015. *Communicating with the Difficult Patient or Family.* In: D.L. Palazzi, et al. eds. *Communicating with Pediatric Patients and their Families: The Texas Children's Hospital Guide for Physicians, Nurses and other Healthcare Professionals.* Houston Texas Children's Hospital, pp. 252-259. Available at: <https://media.bcm.edu/documents/2015/76/palazzi-et-al-tch-guide-to-patient-communication.pdf> [9. 11. 2019].

Levetown, M., 2008. *Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information.* *Pediatrics,* 121(5), e1441-e1460.

Morken, T., Alsaker, K. & Johansen, I. H., 2016. *Emergency primary care personnel's perception of professional-patient interaction in aggressive incidents – a qualitative study.* *BMC Family Practice,* 17, pp.54.

Mehta, P. N., 2008. *Communication skills--talking to parents.* *Indian Pediatrics,* 45(4), pp.300-4.

Rančigaj Gajšek, M., 2017a. *Kako razumeti in ravnati ob neprijetnih odzivih staršev bolnih otrok s pomočjo osnov vedenjsko kognitivne terapije.* In: Š. Grosek, ed.. *XX. izobraževalni seminar z učnimi delavnicami Kritično bolan in poškodovan otrok, Ljubljana, marec 2017.* Ljubljana: Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center, pp. 201.

Rančigaj Gajšek, M., 2017b. *Osnove vedenjsko kognitivne terapije za razumevanje in ravnanje ob neprijetnih odzivih staršev bolnih oziroma poškodovanih otrok.* In: V. Bračko, ed. *Urgentni pacient - od generacije do generacije : zbornik predavanj, 2017 Okt 19-20, Terme Čatež, Slovenija.* V Ljubljani: TKBM.

Shooter, M., 2002. *Coping with distressed and aggressive parents.* *Current Paediatrics,* 12(1), pp. 67–71.



SODELOVANJE PRI ZDRAVLJENJU V PEDIATRIČNI POPULACIJI

mag. Valentina Stefanova Kralj, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.
UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, KO za gastroenterologijo,
hepatologijo in nutricionistiko

valentina.stefanova.kralj@kclj.si

Izveček

Nezadostno sodelovanje pri zdravljenju je pogost problem pri otrocih in mladostnikih s kronično boleznijo. Ker je sodelovanje bolnika tesno povezano z uspešnostjo zdravljenja, so ukrepi v smeri izboljšanja sodelovanja nujno potrebni. V nadaljevanju so predstavljeni osnovna terminologija s področja, dejavniki, ki vplivajo na sodelovanje in štiri skupine z dokazi podprtih intervenc za izboljšanje sodelovanja. V klinični praksi je ključnega pomena, da odkrivamo posameznikove vzroke oz. ovire za nesodelovanje in prilagodimo intervence značilnostim bolnika in njegove družine.

Ključne besede: aderenza, intervence, otroci, mladostniki, kronična bolezen

Uvod

Sodelovanje pri zdravljenju v pediatrični populaciji predstavlja velik zdravstveni problem. Raziskave kažejo, da v razvitih državah le približno polovica oseb s kronično boleznijo sodeluje pri zdravljenju, medtem ko je v državah v razvoju ta delež še nižji (Sabate, 2003). Sodelovanje bolnika pri zdravljenju je ključnega pomena za uspešnost zdravljenja, saj je neposredno povezano z učinkovitostjo in varnostjo zdravljenja. Po smernicah Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) bi morali biti zdravstveni delavci usposobljeni za spodbujanje bolnikovega sodelovanja, saj imajo lahko nanj največji vpliv (Sabate, 2003).

Adherenca

V zdravstvu je vse pogosteje uporabljen termin 'aderenca'. Pomeni vedenje osebe, v smislu jemanja zdravil, izvajanja diet in sprememb življenjskega sloga, ki se sklada z zdravstvenimi priporočili (Sabate, 2003). Od termina 'komplianca' se razlikuje v tem, da vključuje bolnikovo aktivno sodelovanje oz. partnerstvo, medtem ko komplianca zajema pasivno sledenje zdravnikovim navodilom (prav tam). Neaderenca lahko vključuje različna vedenja: 1) bolnik sploh ne dvigne zdravila na recept (primarna neaderenca); 2) preneha jemati zdravilo; 3) jemlje zdravilo na neustrezen način; 4) ne upošteva zdravnikovih nasvetov glede prehrane, gibanja ali rednih pregledov in /ali 5) nepravilno izvaja predpisana zdravstvena vedenja, npr. napačna uporaba medicinskega aparata ali le delno izogibanje odsvetovani hrani (DiMatteo, et al., 2011). Da slednje navedbe ne bodo zavajajoče, je pomembno poudariti, da celostno in učinkovito zdravljenje zahteva sodelovalen odnos med zdravstvenim strokovnjakom in bolnikom ter njegovo družino. Kot poudarja Cassell (1991, cited in Rapoff, 2010), ni zdravnik tisti, ki zdravi kronično bolezen, temveč se zdravi bolnik s pomočjo svojega zdravnika, ki je del zdravljenja. Bolnik je odgovoren sam zase in določa večino postopkov zdravljenja.

Sodelovanje bolnikov je tesno povezano z uspešnostjo terapije, zato so učinkovite intervence za optimizacijo sodelovanja nujne. Pediatrična aderenza je še posebej kompleksno področje, saj proces zdravljenja zahteva aktivno vključevanje tako otroka kot celotne družine in terja veliko prilagajanja pri usklajevanju zdravstvenih potreb otroka in normalizaciji vsakdanjega življenja. Otroci niso pomanjšani odrasli, zato priporočil za delo z odraslimi ne moremo enostavno preslikati na delo s populacijo otrok in mladostnikov (Rapoff, 2010).



Dejavniki sodelovanja

Na pediatrično adherenco vplivajo številni dejavniki, ki se med seboj tudi prepletajo: razvojne značilnosti, značilnosti otroka in družine, značilnosti zdravstvenega sistema in značilnosti bolezni oz. terapijskega režima (La Greca & Mackey, 2009).

Multivariatni modeli upoštevajo vse te številne faktorje, ki vplivajo na otrokova z zdravjem povezana vedenja. Eden najbolj uveljavljenih je model z zdravjem povezanih prepričanj (Health Belief Model – HBM; Becker et al., 1977; Rissman & Rissman, 1987), ki predpostavlja, da bolnikova zaznavanja vplivajo na sodelovanje. Osredotoča se na posameznikovo zaznavanje dovzetnosti za bolezen ali bolezenske komplikacije, izraženosti oz. resnosti bolezni in koristi predpisanih zdravstvenih ukrepov. Bolj adherentni so tisti posamezniki, ki sebe vidijo kot dovzetne za razvoj komplikacij bolezni, zaznavajo bolezen kot resno oviro pri vsakodnevnem funkcioniranju, verjamejo, da bo režim zdravljenja učinkovit in ne vidijo ovir za sodelovanje pri zdravljenju (kot so npr. stranski učinki, stroški itd.). S prepoznavanjem bolnikovih oz. družinskih prepričanj, ki lahko predstavljajo oviro za sodelovanje pri zdravljenju, lahko izberemo primerne intervence za premagovanje teh ovir.

V pediatrični populaciji med najpogostejše ovire za adherenco sodijo vsakodnevni življenjski ritmi družine, pomanjkanje časa in pozabljivost, stres in tipični družinski konflikti. Razlogi, da otrok ne vzame zdravil, so lahko otrokovo opozicionalno vedenje, starševo pomanjkanje razumevanja diagnoze, dvomi glede učinkovitosti terapije in strah pred stranskimi učinki zdravil (Gardiner & Dvorkin, 2006). Identifikacija ovir je prvi od korakov pri načrtovanju ukrepov za povečevanje adherence, ki morajo biti individualizirani, torej prilagojeni značilnostim posameznega bolnika in družine, da bodo čim bolj učinkoviti (Rapoff, 2010).

Intervence za izboljšanje sodelovanja

Glede na izzive, ki jih sodelovanje v terapijskem režimu prinaša, so intervence za spodbujanje adherence pomembno raziskovalno področje. V literaturi se nahaja pester nabor strategij, ki pa jih večinoma lahko razvrstimo v naslednje skupine: izobraževalne, vedenjske, organizacijske in sestavljene intervence, ki vključujejo različne kombinacije predhodno naštetih.

Izobraževalne intervence

Z izobraževalnimi pristopi poučimo otroka in družino o naravi bolezni, osnovnih ukrepih zdravljenja in pomenu dobrega sodelovanja, kar je še najbolj pomembno ob postavitvi diagnoze in v času, ko mladostnik začne prevzemati večji delež odgovornosti za vodenje terapijskega režima (La Greca & Bearman, 2003 cited in La Greca & Mackey, 2009). Raziskave kažejo, da je edukacija nujen, ne pa tudi zadosten pogoj za dobro adherenco (La Greca & Mackey, 2009). Intervence so namreč osnovane na predpostavki, da do nesodelovanja pride zaradi bolnikovih pomanjkljivosti kot je npr. nevednost. Takšen pristop ne upošteva prepleta številnih dejavnikov, tako na strani bolnika in njegove družine kot na strani zdravstvenega sistema, ki še vplivajo na adherenco (Rissman & Rissman, 1987).

Vedenjske intervence

Izobraževalne strategije se običajno kombinirajo z vedenjskimi strategijami, ki se najpogosteje javljajo v literaturi in so empirično med najbolj učinkovitimi (Dean et al., 2010; Rapoff, 2010). Vedenjske strategije naslavlja vzroke, povezane z značilnostmi bolnika kot je npr. pozabljivost. Ta se v raziskavah kaže kot najpogostejši razlog za neoptimalno sodelovanje pri zdravljenju, na kar je mogoče vplivati z različnimi pristopi opominjanja k izvajanju terapije. Lahko so v obliki pogostih obiskov v ambulanti, telefonskih klicev, kratkih sporočil ali pa kot opozorila na vidnem mestu, npr. na hladilniku, ogledalu v kopalnici in v obliki vodenja dnevnika jemanja zdravil (La Greca & Mackey, 2009).



Na vedenje bolnika lahko vplivamo tudi z različnimi motivacijskimi pristopi. Pri otrocih je eden najpogostejših načinov podkrepljevanje želenega vedenja z žetoniranjem. Temelji na tendenci posameznika, da izvaja vedenje, ki mu prinaša ugodje oz. nagrado ali mu omogoči, da se izogne neprijetnim doživetjem. Vsakič, ko otrok vzame zdravilo vpricho starša, dobi 'žeton' in po določenem številu zbranih žetonov, le-te lahko zamenja za vnaprej določeno nagrado oz. privilegij. Pri mladostnikih je pogosto uporabljena strategija 'pogajanja' s sklenitvijo pogodbe o mladostnikovih dolžnostih (npr. celodnevni režim izvajanja terapije pri cistični fibrozi: inhalacije dvakrat dnevno in jemanje kreona ob vsakem obroku) in privilegijih, ki sledijo (npr. zabava s prijatelji) (Rapoff, 2010).

Vedno bolj so v ospredju tudi vedenjske intervence znotraj družinskega sistema, ki se osredotočajo na celotno družino in vključujejo trening komunikacije, tehniko reševanja problemov, kognitivno restrukturacijo in pogajanje s sklepanjem pogodbe (Wysocki, et al., 2006).

Motivacijski intervju je ciljno orientiran in na klienta osredotočen pristop, ki pomaga posamezniku povečati motivacijo za spremembo. Izkazal se je za učinkovitega pri povečevanju adherence odraslih kroničnih bolnikov, prehaja pa v uporabo tudi v populaciji mladostnikov (Schaefer & Kavookjian, 2017).

Organizacijske intervence

Nekateri bolniki ne obiskujejo redno zdravnika, ker imajo otežen dostop. Lahko da je kraj bivanja preveč oddaljen od specialistične ambulante, imajo težave s prevozom, ali pa zaradi težavnih okoliščin kot so npr. tvegane zaposlitve staršev, ko je problem vzeti bolniško odsotnost, finančne težave ipd. V takšnih primerih je smiselno vključiti pomoč svetovalnega delavca, olajšati dostop do specialista bliže domačemu kraju in prilagoditi urnik obiskov. Ob stiku bolnika in njegove družine z zdravstvenim sistemom je izjemnega pomena, da je to okolje uporabniku prijazno, da so postopki predvidljivi in osebe vljudno ter pripravljeno pomagati. Tudi kontinuiteta oskrbe, ko bolnika vodi vsakič isti zdravnik, bo vplivala na večje zadovoljstvo bolnika ter staršev in izboljšala adherence, saj se bodo lažje vsakič znova vračali. (Rapoff, 2010).

Bolniki in njihove družine imajo za izvajanje zdravstvenega režima omejen čas in energijo, če hočejo vzdrževati normalno družinsko življenje in dohajati vsakodnevni tempo. Če poenostavimo režim jemanja zdravil oz. izvajanje terapije prirojimo življenjskemu stilu in urniku obveznosti bolnika ter se potrudimo pri zmanjševanju stranskih učinkov zdravil, lahko pomembno prispevamo k njegovi kvaliteti življenja in povečamo sodelovanje pri zdravljenju.

Zdravstveni strokovnjaki bi se morali izogibati tendenci po pripisovaje 'krivde' za slabo adherenco bolniku oz. staršem. Deliti bi morali odgovornost in vzpostaviti vpogled v svoj odnos in vedenja, ki vplivajo na bolnikovo adherenco in prepoznavati, kaj je tisto, zaradi česar je tako težko slediti zdravniškimi navodilom. Bolniki in njihove družine so že sicer dovolj obremenjeni z zahtevami vsakodnevnega življenja poleg težav, ki jih prinaša bolezen (Rapoff, 2010).

Sestavljene intervence

Pogosto intervence za izboljšanje bolnikovega sodelovanja združujejo strategije iz različnih skupin intervenc in vplivajo na več različnih vzrokov oz. ovir za nesodelovanje. Sestavljene intervence lahko kombinirajo izobraževalne, vedenjske in/ali organizacijske strategije. So v ospredju aktualnih raziskav na temo adherence in kažejo najboljše uspehe, čeprav raziskave še ne dajejo najbolj konsistentnih rezultatov.



Zaključek

Glede na razmeroma visoke odstotke nesodelovanja pri kronično bolnih otrocih in mladostnikih, ki vztrajajo kljub številnim in dolgoletnim raziskavam ter empiričnim poskusom v klinični praksi, je od bolnikov nerealno pričakovati konsistentno dobro sodelovanje pri vodenju kronične bolezni. Upoštevati je treba tudi širši psihosocialni in zdravstveni kontekst bolnika. Nesodelovanje je lahko le delček v mozaiku bolnikovih oz. družinskih težav, ki bi morale biti strokovno naslovljene. Smiselno je, da se zdravstveni delavci osredotočimo na spodbujanje in podporo sodelovanju še preden pride do težav in seveda ob ugotovljenem nesodelovanju takoj ukrepamo. V klinični praksi je ključnega pomena, da odkrivamo posameznikove vzroke oz. ovire za nesodelovanje in prilagodimo intervence po meri bolnika in njegove družine.

Literatura

Becker, M. H., Maiman, L.A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P. & Drachman, R. H., 1977. *The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment. Journal of Health and Social Behavior*, 18(4), pp. 348-366.

Dean, A. J., Walters, J. & Hall, A., 2010. *A systematic review of interventions to enhance medication adherence in children and adolescents with chronic illness. Arch Dis Child*, 95, pp. 717–723.

DiMatteo, M. R., Haskard-Zolnierok, K. B. & Martin, L.R., 2011. *Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. Health Psychology Review*, 1-18, iFirst.

Gardiner, P. & Dvorkin, L., 2006. *Promoting medication adherence in children. American Family Physician*, 74(5), pp.793-798.

La Greca, A. M. & Mackey, E. R. 2009. *Adherence to pediatric treatment regimens. In Roberts, M. C. & Steele, R. G., eds. Handbook of pediatric psychology, fourth edition. New York: The Guilford Press, pp. 130–152.*

Rapoff, M. A., 2010. *Adherence to pediatric medical regimens. 2nd ed. New York: Springer, pp. vii, 130-160.*

Rissman, R. & Rissman, B. Z., 1987. *Compliance. I: Noncompliance: A review. II: Facilitating compliance. Families, Systems, & Health*, 5(4), pp. 446-467.

Sabaté E., 2003. *Adherence to long-term therapies: evidence foraction. Geneva: World Health Organization. Available at: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ [25.10.2019]*

Schaefer, M.R. & Kavookjian, J., 2017. *The impact of motivational interviewing on adherence and symptom severity in adolescents and young adults with chronic illness: A systematic review. Patient Educ Couns*, 100(12), pp. 2190-2199.

Wysocki, T., Harris, M. A., Buckloh, L. M., Mertlich, D., Lochrie, A. S, Taylor, A., et. al., 2006. *Effects of behavioral family systems therapy for diabetes on adolescents' family relationships, treatment adherence, and metabolic control. Journal of Pediatric Psychology*, 31(9), pp. 928-938.





**KAKOVOST IN VARNOST
V ZDRAVSTVENI NEGI –
PODROČJE ZDRAVIL**



KAKO IZRAČUNATI PRAVILNO KOLIČINO PREDPISANEGA ODMERKA ZDRAVIL

Tina Sabadin, dipl. m. s., mag. zdrav. nege
Univerzitetni klinični center v Ljubljani, Pediatrična klinika,
Bohoričeva 20, 1525 Ljubljana

tina.sabadin@kclj.si

Izvleček

Medicinska sestra opravlja diagnostično terapevtske postopke, en izmed teh je tudi priprava in aplikacija terapije. Da ne bi prišlo do napake pri sami pripravi, izračunu, pravilni količini predpisanega odmerka in pri sami aplikaciji zdravila, mora medicinska sestra poznati teoretično in praktično znanje le tega. Namen članka je predstaviti, na katere stvari mora biti medicinska sestra pozorna že pri sami pripravi zdravila. Ugotovitve raziskav kažejo, da medicinske sestre premalo poznajo ali upoštevajo pri pripravi zdravila dvojno preverjanje količine predpisanega odmerka zdravila, izračune samega odmerka in na koncu tudi pri aplikaciji zdravila preko infuzijskega sistema velikokrat nepravilno izračunano hitrost infuzije.

Ključne besede: zdravilo, izračun, odmerek, dvojno preverjanje, infuzijske črpalke

Uvod

Raziskave s področja razdeljevanja zdravil ugotavljajo, da so napake pri odmerjanju zdravil ena najbolj pogostih napak pri aplikaciji zdravil in ne kažejo pomembne razlike v sposobnostih računanja med študenti zdravstvene nege in med medicinskimi sestrami (Šmitek, 2007).

Za učinkovito in varno aplikacijo zdravil je nujno timsko sodelovanje vseh vključenih zdravstvenih delavcev in prevzemanje odgovornosti za svoje delo. Zdravila naroča zdravnik pisno: predpiše zdravilo, odmerek, pogostnost aplikacije oz. časovne razmike med odmerki in način aplikacije. V izogib napakam ima medicinska sestra pravico zahtevati, da je naročilo napisano popolno, pravilno in čitljivo (Šmitek, 2007).

Dajanje zdravil je ena najpomembnejših vlog in odgovornosti medicinskih sester (Sung et al., 2008). Za varno dajanje zdravil je pomembno teoretično znanje, klinično znanje, farmakološko znanje in znanje izračuna matematičnih odmerkov (Koohestani, 2010). Pomembne so informacije o pacientovi diagnozi, starosti in stanju bolezni pacienta. Da bi lahko medicinske sestre varno aplicirale zdravila svojim pacientom, morajo znati natančno izračunati količino zdravila (Koohestani, 2010).

Infuzijske črpalke in izračun kapljic

Wong (2010) je v svoji raziskavi ugotovil, da ne bi prišlo do napak pri dajanju zdravil je pomembno, da imamo zdravstvene ustanove dobro programsko opremo, ki se uporablja za izračun odmerka zdravil oziroma elektronski sistem za predpisovanje terapije. Zdravnik in medicinska sestra se morata posvetovati s kliničnim farmacevtom. Poudarjen je postopek dvojnega preverjanja odmerka zdravila, pomembno je tudi da se v zdravstvenih ustanovah uporabljajo »pametne« infuzijske črpalke.

Gravitacijska infuzija je najosnovnejša oblika dajanja tekočine do pacienta. Daje se intravensko (v žilo) in se uporablja v primerih, ko infuzijskih črpalk za dajanje zdravil ni na voljo. Pri gravitacijskem infuzijskem sistemu je hitrost infuzije v celoti odvisna od gravitacije. Pretok merimo s štejetjem kapljic na minuto. Je priljubljena metod in tudi poceni. Zato je pomembno poznavanje korakov za izračun kapljic na minuto, da zagotovimo varnost in dobro počutje pacienta.



Matematični izračun je sestavljen iz več korakov. Prvi korak je pravilno odmerjenje na podlagi zdravnikovega naročila. Infuzijske steklenice imajo lahko volumen 50 ml do 2 litrov. Vsak gravitacijski infuzijski sistem ima različen volumen kapljic na minuto. Infuzijski sistemi so lahko 10, 15, 20 ali 60 kapljic na minuto. Za izračun predvidene hitrosti kapljanja gravitacijske infuzije, moramo razdeliti celoten volumen tekočine v mililitrih glede na skupni čas, potreben za aplikacijo v urah in nato pomnožiti s faktorjem kapljic na infuzijskem sistemu (število kapljic na mililiter). Ta izračun da skupno število potrebnih kapljic na uro, nato je potrebno deliti s 60 (iz ure dobimo minute).

Formula

$$\text{Kapljice na minuto} = \frac{\text{skupni volumen, ml}}{\text{skupni čas, h}} \times$$

Pri tej formuli je pomembno, da vse spremenljivke pretvorimo v pravilno mersko enoto (Davies et al., 2019).

Druga formula za izračun kapljic na minuto je hitrost infuzije (volumen, ml), delimo s časom v min in pomnožimo s faktorjem kapljic (kapljice /min) (Buonora, 2019).

Primer: Izračun za 500 ml infuzijske raztopine z 10 kapljicami na minuto, potrebno je aplicirati v 20 minutah.

$$\text{Kapljic na minuto} = (\text{volumen (ml)}/\text{čas (min)}) \times \text{faktor kapljic na minuto} \\ (500 \text{ (ml)} / 20 \text{ (min)}) \times 10 \text{ (kapljic na minuto)} = 250 \text{ (kapljic na minuto)}$$

Infuzijski sistemi z dodatkom regulatorja pretoka, se predvsem uporabljajo pri kirurških ali reanimacijskih ekipah. Regulatorji pretoka so naprave, ki so nameščene na gravitacijskem infuzijskem sistemu in izboljša nadzor nad pretokom tekočine v primerjavi z gravitacijskem infuzijskem sistemu brez regulatorjem pretoka. Pretok lahko nastavimo od 5 ml/h do 250 ml/h, vedno je potrebno preveriti pretok tudi s štetjem kapljic na minuto (Buonora, 2019).

Gravitacijski infuzijski sistem ima na cevi stišček, ki služi regulaciji pretoka, tako da je na njem kolešček, ki ga lahko premikamo. Na gravitacijske infuzijske sisteme lahko vpliva več faktorjev: temperatura, sprememba v krvnem tlaku, viskoznost tekočine v infuziji, položaj in premikanje pacienta, velikost perifernega venskega katetra in deformacija cevi, glede na večkratno prilagajanje hitrosti infuzije s stiščkom. Pri aplikaciji moramo biti zelo pozorni, ker lahko 1 do 2 kapljici povzročita 10% do 20% napako v celotnem času infuzije (Buonora, 2019).

Farmacevtski pripravki

Farmacevtski pripravki so sestavljeni iz več različnih sestavin. Sestavine so lahko v trdnem, tekočem ali plinastem stanju. Koncentracija je izraz razmerja količine ene sestavine do količine izdelka. Lahko se izrazi na več načinov:

- V primeru trdne sestavine v tekočem nosilcu je to razmerje izraženo kot prostorninska teža označena z m/v (na primer zrnca sladkorja, raztopljena v skodelici kave)
- Za tekočo sestavino v trdnem stanju je razmerje izraženo kot prostornina v masi, označena z v/w (na primer limonin sok, ki ga kapljaš na vrh torte)
- Če sta sestavina in sredstvo tekočina, je razmerje izraženo kot prostorninski volumen, označen z v/v (na primer mleko, dodano v skodelico kave)
- Ko sta obe sestavini v trdnem stanju, se izrazi razmerje kot teža v teži, označena s w/w (na primer borovnice kot delež celotnega borovničevega mafina) (McCarthy et al., 2009).

Običajno je opisana koncentracija farmacevtskih pripravkov jakost zdravila v pripravkih. V praksi je pomembno, da pacient prejme pravilno količino zdravila. Če pacient prejme preveč zdravila, bo verjetno imel stranske učinke; stranski učinki so povezani z odmerkom, zato večji kot je odmerek močnejši bo stranski učinek. Če pacient prejme premalo zdravila, je verjetno da bo zdravljenje manj učinkovito, to lahko privede do poslabšanje zdravstvenega stanja pacienta (McCarthy et al., 2009).



Dvojno preverjanje pred aplikacijo zdravila

Pri postopku dajanja zdravil, se izvajajo številne dejavnosti predno pride zdravilo do ciljanega pacienta. Od samega predpisa, do prepisovanja, vnosa naročil, priprave in do izdaje zdravila (Grisinger, 2012). V tem procesu lahko pride do napak in s tem je možno ogroziti varnost pacienta. V bolnišničnih ustanovah je ocena, da se 1 od 5 odmerkov zdravil daje nepravilno. Večje tveganje za napake so po navadi prekinjanje med nalogami, nejasen ali nečitljiv predpis, drobn tisk in slabo osvetljeno okolje ter vse višja starost medicinskih sester (Keers et al., 2013).

Schutijse (2019) je v raziskavi dvojnega preverjanja ugotovil, da je pomanjkanje časa glavna ovira za neizvajanje postopka dvojnega preverjanja pri dajanju zdravil. Medicinske sestre ocenijo stanje pacienta na oddelku in se odločijo ali je fizično dvojno preverjanje potrebno ali ne. Fizično dvojno preverjanje se izvaja, kadar se daje zdravilo, ki se ne daje pogosto. Izvajanje omenjene metode pri aplikaciji zdravil z visokim tveganjem predstavlja primer dobre prakse. Priporoča se osredotočenost na dvojno preverjanje izključno z digitalno uporabo ali čitalnikom črtnih kode.

Dvojno preverjanje pri dajanju zdravil je opredeljeno kot postopek, dva usposobljena zdravstvena delavca, po navadi medicinske sestre, ki neodvisno preverita zdravilo pred uporabo pri pacientu (Alsulami et al., 2012). Medicinske sestre dvojno preverjanje vidijo kot način preprečevanja napak pri dajanju zdravil (Schwappach et al., 2018).

Izračun količine zdravila

Ker se v pediatriji, odmerki po navadi preračunavajo glede na starost, telesno težo in klinično stanje otroka, obstaja velika verjetnost napak pri odmerjanju. Pri računanju in preračunavanju odmerkov, moramo poznati vsaj osnovne matematične operacije kot so: seštevanje, odštevanje, množenje in deljenje. Znati pa moramo tudi pretvorbe enot mase, volumna, časa in hitrosti (Sabadin et al., 2019).

Od izkušene medicinske sestre se pričakuje, da je sposobna dobro računati, saj je računanje ena od njenih ključnih kompetenc (McMullan et al., 2010).

Pomemben je pravilen izračun količine zdravil in s tem pravilno dajanje zdravil, da zagotovimo za pacienta varno zdravstveno nego. Renmarker & Carlson (2019) sta pri študentih zdravstvene nege na Švedskem ugotavljala kakšno je poznavanje izračunov za dajanje zdravil. Študentje so imeli na voljo učenje v predavalnicah in e-učenje s pomočjo platforme z videoposnetki in primeri izračunov. Raziskava je pokazala, da so študentje na koncu študija bolje izračunali količino zdravila, kot na začetku. Njihov izračun je temeljil na izračunu doze zdravila označena kot D, koncentracije zdravila kot K in volumen dobljenega zdravila V.

$$D = K \times V \text{ (doza zdravila = koncentracija zdravila krat volumen zdravila)}$$

Sklepni račun s katerim izračunamo neznanu količino iz dane množice znanih količin, predstavlja temelj za računanje v zdravstveni negi. Neznanu količino izračunamo z neposrednim sklepanjem ali s sklepno shemo

$$X_1 : X_2 = Y_1 : Y_2$$

$$Y_2 = \frac{x_2}{x_1} * Y_1$$

Primer 1

Predpisani odmerek Solu Medrola je 10 mg. Imamo vialo, ki vsebuje 2 ml raztopine za injiciranje ali infundiranje v kateri je 125 mg učinkovine.

$$X_1 = 125 \text{ mg}$$

$$X_2 = 2 \text{ ml}$$

$$Y_1 = 10 \text{ mg}$$

$$Y_2 = ?$$

$$Y_2 = \frac{2 \text{ ml}}{125 \text{ mg}} * 10 \text{ mg} = 0,016 \text{ ml} * 10 = 0,16 \text{ ml}$$



S pomočjo sklepnega računa lahko računamo (rešujemo) tudi bolj kompleksne in zahtevne naloge (račune), kjer se velikokrat srečamo s problemom pretvorb merskih enot (Anon, 2019).

Predpisani odmerki zdravil so lahko navedeni v različnih merskih enotah, kar je odvisno od osnovne enote v kakršni je zdravilo pripravljeno in od velikosti odmerka v katerem je zdravilo predpisano (npr. zdravilo Anaclosil 500 mg kapsule, odmerek 1,5 g). Pri preračunavanju moramo zato poznati tudi pretvornike med posameznimi enotami (Anon, 2019).

Največkrat pretvarjamo enote za težo (maso), volumen, čas in hitrost.

Najbolj pogost pretvornik je 1000, bodisi z njim množimo bodisi delimo (Anon, 2019):

mcg → mg → g → kg / mcl → ml → l delimo (÷) s 1000

kg → g → mg → mcg / l → ml → mcl množimo (*) s 1000

Pri pretvorbi enot za čas in hitrost pa množimo ali delimo s 60:

s → min → h delimo (÷) s 60

h → min → s množimo (*) s 60

s → h delimo (÷) s 3600

h → s množimo (*) s 3600 (Anon, n. d.).

Diskusija in zaključek

Pri sami pripravi zdravila mora biti medicinska sestra pozorna na sam predpis zdravila, ki ga predpiše zdravnik, pomembna je koncentracija zdravila in raztopina, ki jo predpiše. Priprava zdravil poteka v za to primernem prostoru. Medicinska sestra naredi izračun predpisanega odmerka, nato drugi zdravstveni delavec (zaželeno, da je to medicinska sestra) naredi dvojno preverjanje. Preveri vsa tveganja povezana z zdravili in na koncu pripravi ter aplicira zdravilo. Zdravilo lahko injicira intravenozno preko infuzijskega sistema, pri katerem mora biti pozorna na hitrost infundiranja, zato je pomembno poznavanje izračuna kapljic. Pri vsakem koraku lahko pride do nenamerne napake. Ocenjuje se, da se z uporabo robotske naprave za pripravo zdravil v bolnišnični lekarni zmanjšajo stroški zdravstva in napake povezane z zdravili (Urbine & Schneider, 2014).

Pri svojem delu naj bi medicinske sestre uporabljale več pripomočkov, kateri bi izboljšali proces dela. Po pregledu literature prihaja do manj napak, če zdravnik naredi predpis zdravila v elektronski sistem, medicinska sestra uporablja digitalno dvojno preverjanje in fizično dvojno preverjanje ter uporabo čitalnikov črtnih kod za pripravo zdravila.

Literatura

Alsulami, Z., Conroy, S. & Choonara, I., 2012. Double checking the administration of medicines: what is the evidence? A systematic review. *Arch Dis Child*, 97, pp. 833-837.

Anon, 2019. Dosage Help. Available at:

<http://www.dosagehelp.com/%20Helping%20Nursing%20Students%20Learn%20Dosage%20Calculation/> [10.11.2019].

Buonora, J. E., 2019. Management of Gravity Intravenous Infusions in an Austere Environment Using the Drip Assist Infusion Rate Monitor. *AANA J*, 87 (1), pp. 65-71.

Davies, M., Chamberlain, A., Thimbleby, H. & Lee, P., 2019. Managing Gravity Infusion using a Mobile Application, pp 1-5. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/b740/daca187b2a497443011229e078691233799e.pdf> [10.11.2019].

Grissinger, M., 2012. Safeguards for Using and designing automated dispensing cabinets. *P T*, Sep, 37(9): pp. 490-491, 530.



Keers, R.N., Williams, S.D., Cooke, J. & Ashcroft, D.M., 2013. *Causes of Medication Administration Errors in Hospitals: a Systematic Review of Quantitative and Qualitative Evidence*. *Drug Saf*, 36(11), pp. 1045–1067.

Koohestani, H. & Baghcheghi, N., 2010. *Comparing the effects of two educational methods of intravenous drug rate calculations on rapid and sustained learning of nursing students: Formula method and dimensional analysis method*. *Nurse Educ Pract*, 10, pp. 233-7.

McCarthy, M. W., Kockler, D. R., Wiffen, P., Mitchell, M., Snelling, M. & Stoner, N., 2009. *Clinical Pharmacy*. New York: Oxford University Press Inc, pp. 45-63.

McMullan, M., Jones, R. & Lea, S., 2010. *Patient safety: numerical skills and drug Registered Nurses*. *J Adv Nurs*, 66 (4), pp. 109-15.

Renmarker, E. & Carlson, E., 2019. *Evaluatin of Swedish nursing students' experience of a web-based platform for drug calculation*. *Nurse Educ Pract*, 38, pp. 89-95.

Sabadin, T., Rauter, K., Mihelič, T. & Čamernik, M., 2019. *Izračunavanje odmerkov zdravil in njihovo dajanje*. *Slov Pediatr*, 26 (2), pp. 72-76

Schwappach, D. L. B., Taxis, K. & Pfeiffer, Y., 2018. *Oncology nurses' beliefs and attitudes towards the double-check of chemotherapy medications: a cross-sectional survey study*. *BMC Health Serv Res*, 18, pp. 123.

Schutijser, B. C. F. M., Jongerden, I. P., Klotowska, J. E., Portegijs, S., de Brujine, M. C. & Wagner, C., 2019. *Double checking injectable medication administratin: Does the protocol fit clinical practice?* *Saf Sci*, 118, pp. 853-860.

Sung, Y. H., Kwon, I. G. & Ryu, E., 2008. *Blended learning on medication administration for new nurses: integration of e-learning face-to-face instruction in the classroom*. *Nurse Educ Today*, 28 (8), pp. 943-952.

Šmitek, J., 2007. *Priprava zdravil za parenteralno aplikacijo*. In: J. Šmitek, A. Krist, eds. *Venski pristopi, odvzem krvi in dajanje zdravil*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, pp. 109-115.

Urbine, T. F. & Schneider, P. J., 2014. *Estimated cost savings from reducing errors in the preparation of sterile doses of medications*. *Hosp Pharm*, 49, pp. 731-739.

Wong, I., 2010. *Ways to reduce drug dose calculation errors in children*. *J Health Serv Res Policy*, 15 (1), pp. 68-70.



OBLIKOVANJE VARNOSTNE KULTURE PRI RAVNANJU Z ZDRAVILI

Danijela Milanović, dipl.m.s.

Klinični oddelek za intenzivno terapijo otrok,
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Bohoričeva 20, 1000 Ljubljana

danijela.milanovic@kclj.si

Izveček

Odkloni pri ravnanju z zdravili so pri kritično bolnih otrocih pogosti, vendar se jih premalo sporoča. Ogrozijo lahko pacientov izid zdravljenja, podaljšajo hospitalizacijo in povečajo stroške le te. Otroci so podvrženi odklonom pri ravnanju z zdravili zaradi posebnosti v rasti in razvoju ter edinstvenih psiholoških in fizioloških karakteristik. Za zmanjševanje nadaljnjih odklonov pri ravnanju z zdravili je nujna implementacija dobrih praks ter razvoja varnostne kulture med zdravstvenim osebjem.

Ključne besede: odklon, zdravilo, medicinska sestra, otrok

Uvod

Zagotavljanje varnosti pri ravnanju z zdravili predstavlja v procesih zdravstvene obravnave kritično bolnih otrok za zdravstveno osebje velik izziv. Otroci so v bolnišničnem okolju zaradi svoje starosti ranljivi, pogosto tudi ne morejo aktivno sodelovati v procesu identifikacije, uporaba zdravil in aparatov je pri njih kompleksnejša kot pri odraslih bolnikih, hospitalizacije so pogosto dolgotrajne. Po podatkih iz literature je pogostost odklonov pri ravnanju z zdravili v intenzivni terapiji otrok od 22 do 59 odklonov na 1000 odmerkov zdravil, odklon pri ravnanju z zdravili pa utrpi 2,5% otrok, sprejetih v enoto intenzivne terapije (Nichter, 2008).

Fiziologija absorpcije, distribucije, metabolizma in izločanja zdravil je pri novorojenčkih in otrocih ključnega pomena. Novorojenčki so pogosteje dovzetni za odklone pri ravnanju z zdravili na vsaki stopnji procesa zdravljenja zaradi večje potrebe po preračunavanju odmerkov zdravil in dodatnih razredčitvah (Nguyen, et al., 2018).

Predpisovanje zdravil

Predpisovanje zdravil mora temeljiti na Centralni bazi zdravil (CBZ), ki jo urejata Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke in Zavod za zdravstveno zavarovanje (ZZZS) Slovenije. CBZ je temeljna zbirka podatkov, ki je redno osvežena za potrebe strokovnega spremljanja in obračunavanja porabe zdravil v Sloveniji (ZZZS, 2018). Preprost in zmogljiv informacijski sistem, ki podpira celotni proces upravljanja z zdravili v bolnišnici, omogoča optimizacijo delovnih procesov ter boljšo komunikacijo med zdravstvenim osebjem (Ammenswerth, et al., 2008). Na Kliničnem oddelku za intenzivno terapijo otrok (KOITO) Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKCL) uporabljamo predpisovanje terapije v kliničnem informacijskem sistemu. Le ta omogoča predpisovanje in naročanje zdravil za posameznega bolnika z možnostjo neposredne povezave na referenčno bazo podatkov o zdravilih in njihovih stranskih učinkih. Z letom 2018 smo prešli na poskusno skeniranje črtnih kod zdravil. Uporaba črtnih kod pri aplikaciji zdravil lahko zmanjša odklone tudi za 47% (Morriss, et al., 2009). Proces predpisovanja zdravil pri kritično bolnih otrocih (zlasti nedonošenčkih in novorojenčkih) je zapleten - odmerke zdravil je potrebno, zaradi dnevne spremembe telesne mase, neprestano prilagajati. Tveganja pri predpisovanju zdravil med drugim predstavljajo ne preverjanje laboratorijskih izvidov, neupoštevanje telesne mase otroka, ne preverjanje alergij, predpis brez celovitega poznavanja zdravila, ipd.



Priprava zdravil

Bolnišnica bi morala zagotoviti na vsakem bolnišničnem oddelku ustrezen prostor z dovolj veliko delovno površino za kakovostno in varno pripravo zdravil. Na KOITO poteka priprava vseh zdravil za parenteralno aplikacijo v sobi s komoro z laminarnim tokom, kjer se medicinske sestre med samo pripravo ne prekinja. Tako imenovano območje brez prekinjanja (ang. "no interruption zone") prihaja iz letalske industrije, kjer je bilo leta 1981 uvedeno pravilo, ki prepoveduje nepomembna opravila in komunikacijo s piloti na višini pod 10.000 čevlji, ko se izvajajo postopki vzleta ali pristanka. Na ta način so zmanjšali prekinjanje pilotov v času kritičnih letalskih operacij in s tem zagotovili večjo varnost potnikov (Anthony, et al., 2010). Pri pripravi zdravil moramo vedno upoštevati navodila (izpodrivni volumen, zaščita pred svetlobo, skladnost z nosilno raztopino, uporaba filtrov za steklovino ipd.). Tveganja pri pripravi zdravil predstavljajo hkratna priprava zdravil za več pacientov, prekinjanje medicinske sestre med pripravo zdravil, nepopolno označevanje vial, neupoštevanje navodil za pripravo zdravil, ipd.

Aplikacija zdravil

Medicinske sestre imajo glavno vlogo pri aplikaciji zdravil, zato nosijo veliko odgovornost za preprečevanje napak pri ravnanju z njimi. Od njih se pričakuje, da znajo ravnati z zdravili ustrezno, tudi s kompleksnejšimi in takšnimi, s katerimi se prvič srečajo. Pri delu porabijo povprečno 40% svojega časa za aplikacijo zdravil (Huynh, et al., 2016). Pri tem so pogostokrat prekinjene s strani sodelavcev, svojcev, aparatur, monitorjev, infuzijskih črpalk - v povprečju tudi do 6,3-krat na uro (Biron, et al., 2009). Medicinske sestre se motečih dejavnikov, prekinitev in njihovih posledic pogostokrat premalo zavedajo. Ob vsaki prekinitvi se poveča možnost za postopkovno napako za 12,1% in za klinično napako za 12,7% (Barclay, 2010). Tveganja pri aplikaciji zdravil vključujejo neustrezen ročni preračun odmerka zdravila, neustrezna predaja službe, neupoštevanje pravil 10 P, "vzemi in pojdi" (angl. "grab and go"), utrujenost, ipd.

Kultura varnosti

Kultura varnosti pomeni, da se vsak zaposleni vedno zaveda, da gre do stvari lahko narobe, in deluje tako, da ugotavlja tveganja ter o odklonih poroča odprto in pošteno; na ta način se zaposleni učijo iz napak. Za kulturo varnosti v zdravstveni ustanovi je odgovorno vodstvo, ki je zgled za vse zaposlene, hkrati pa podpira učenje, spodbuja dobro komunikacijo, timsko delo, inovativnost ter se osredotoča na varnost bolnikov. Kulturo varnosti lahko opišemo kot patološko (»Briga nas, dokler nas ne ujamejo.«), reaktivno (»Varnost je pomembna. Veliko naredimo, ko pride do napake.«), preračunljivo (»Imamo vzpostavljene sisteme za obvladovanje vseh tveganj.«), proaktivno (»Obravnavamo probleme, ki jih odkrijemo.«) in tvorno (»Varnost je vpeta v vsakdanje delo, v vsako našo aktivnost.«) (Parker et al., 2006).

Oblikovanje varnostne kulture pri ravnanju z zdravili na KOITO:

Na KOITO želimo zmanjšati tveganja pri ravnanju z zdravili in s tem izboljšati varnost kritično bolnih otrok:

1. Izboljšave na področju predpisovanja zdravil:

- Pisna navodila za pripravo standardnih koncentracij zdravil v trajni infuziji (KOITO), pisna navodila za pripravo zdravil za parenteralno aplikacijo (Lekarna UKCL), pisna navodila o kompatibilnosti raztopin elektrolitov in nosilnih infuzijskih raztopin (Lekarna UKCL). Zaposleni so z novjšimi izdajami navodil sproti seznanjeni po službeni pošti in na rednih mesečnih timskih sestankih.
- Predpisovanje zdravil v kliničnem informacijskem sistemu – terapija se predpisuje glede na referenčno telesno težo, ki se ažurira enkrat tedensko. Zdravniki imajo organizirane delavnice na temo predpisovanja zdravil v KIS.



2. Izboljšave na področju priprave zdravil:

- Priprava zdravil v sobi z brezprašno komoro – priprava zdravil poteka v dvoje v komori z laminarnim tokom. Občasno pri pripravi sodeluje tudi eden izmed zdravnikov specializantov.
- Natančna priprava zdravil (upoštevanje izpodrivnega volumna, ustreznost topil, zaščite pred svetlobo, ipd.). Vsi zaposleni upoštevamo najnovejšo izdajo navodil za pripravo zdravil Lekarne UKCL.
- Ustrezno skladiščenje zdravil. Zdravila s podobno ovojnino skladiščimo ločeno, prav tako skladiščimo ločeno zdravila in brizgalke za peroralno aplikacijo.
- Izvajanje nadzorov nad roki sterilnosti zdravil, porabo zdravil, porabo rezervnih antibiotikov (vodenje evidence).
- Nadzor nad narkotiki (shranjevanje v trezorju, odgovorne osebe, vodenje evidence, izbrizgavanje ostanka narkotikov v absorber in beleženje).

3. Izboljšave na področju aplikacije zdravil:

- Brezrokavnik z napisom “Ne moti – delim zdravila” med aplikacijo zdravil,
- Ažuriranje referenčne teže v perfuzorjih in črpalkah,
- Skeniranje črtnih kod (na identifikacijski zapestnici bolnika in na zdravilu).

4. Ostale izboljšave:

- Izobraževanje zdravstvenega osebja. Zaposleni KOITO se redno izobražujejo na različnih delavnicah in seminarjih, hkrati so o novostih sproti obveščeni po službeni pošti.
- Sporočanje odklonov, ki nastanejo pri ravnanju z zdravili. Zaposlene motiviramo h sporočanju odklonov, pri vsakem sporočenem odklonu izvedemo varnostne pogovore, se pogovorimo o korektivnih ukrepih, katerih izvedbo tudi preverimo.
- Sodelovanje kliničnega farmacevta na dnevnih raportih. Izboljšano sodelovanje med zdravniki in kliničnim farmacevti lahko prepreči 47,4% vseh odklonov (Fortescue, et al., 2003). Klinični farmacevt se vsakodnevno udeleži jutranjega raporta na KOITO, kjer obvesti zaposlene glede novosti pri zdravilih, morebitnih posebnosti glede priprave in nekompatibilnosti.
- Strukturirana predaja službe zdravstvenega osebja. Na KOITO poteka predaja neposredno ob pacientu, KIS in ostali dokumentaciji. Medicinske sestre predajajo s pomočjo opomnika.

Zaključek

Kritično bolni otroci so najranljivejša populacija pacientov, pri katerih pride do odklonov pri ravnanju z zdravili še vedno prepogosto. Zavedanje o njihovem obstoju v vsakodnevni klinični praksi in sodelovanje vseh članov multidisciplinarnega tima vodi h boljšemu razumevanju odklonov, posledično pa h kakovostnejši oskrbi kritično bolnih otrok. Zaposleni se morajo zavedati možnih tveganj in stremeti h razvijanju varnih praks ravnanja z zdravili, s čimer lahko zagotovijo kritično bolnim otrokom kakovostno in varno bivanje v bolnišnici.

Literatura

Ammenswerth, E., Schnell-Inderst, P., Machan, C., Siebert, U., 2008. *The effect of electronic prescribing on medication errors and adverse drug events: a systematic review. J Am Med Inform Assoc, 15(5), pp. 585-600.*

Anthony, K., Wienczek, C., Bauer, C., Daly, B., Anthony, M.K., 2010. *No interruptions please: Impact of a no interruption zone on medication safety in intensive care units. Crit Care Nurse, 30(3), pp. 21-29.*

Biron, A.D., Loiselle, C.G., Lavoie-Tremblay, M., 2009. *Work interruptions and their contribution to medication administration errors: an evidence review. Worldviews Evid Based Nurs, 6(2), pp. 70-86.*



Barclay, L., 2010. Interruptions linked to medication errors by nurses. *Archives of Internal medicine*, 170, pp. 683-692.

Fortescue, E.B., Kaushal, R., Landrigan, C.P., McKenna, K.J., Clapp, M.D., Federico, F., et al, 2003. Prioritizing strategies for preventing medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *Pediatrics*, 111, pp. 722–729.

Huynh, N., Snyder, R., Vidal, J.M., Sharif, O., Cai, B., Parsons, B., et al., 2016. Assessment of the nurse medication administration workflow process. *J Health Eng*,

<http://dx.doi.org/10.1155/2016/6823185>

Morriss, F.H., Jr, Abramowitz, P.W., Nelson, S.P., Milavetz, G., Michael, S.L., Gordon, S.N., et al., 2009. Effectiveness of a barcode medication administration system in reducing preventable adverse drug events in a neonatal intensive care unit: A prospective cohort study. *J Pediatr*, 154(3), pp. 363-368.

Nichter, M.A., 2008. Medical errors affecting the pediatric intensive care patient: incidence, identification, and practical solutions. *Pediatr Clin North Am*, 55(3): pp. 757-777, xii.

Nguyen, M.R., Mosel, C., Grzeskowiak, L.E., 2018. Interventions to reduce medication errors in neonatal care: a systematic review. *Ther Adv Drug Saf*, 9(2), pp. 123-155.

Parker, D., Matthew Lawrie, M., Patrick Hudson, P., 2006. A framework for understanding the development of organisational safety culture. *Saf Sci*, 44(6), pp. 551–562.

ZZZS. Centralna baza zdravil. Dosegljivo 19.10.2019 na https://partner.zzs.si/wps/portal/portali/aizv/e_poslovanje/centralna_baza_zdravil/.



PRAVILO 10 P GA POZNAME IN UPOŠTEVAMO? – REZULTAT PILOTNE RAZISKAVE

Simona Martinšek, dipl. m. s., mag.zdr.nege

Tina Sabadin, dipl. m. s., mag.zdr.nege

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika,
Bohoričeva 20, 1525 Ljubljana

simona.martinsek@kclj.si

Izveček

Odkloni vezani na ravnanje z zdravili sodijo med najpogosteje poročane odklone na Pediatrični kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Slednji lahko pri otrocih, ki zaradi svoje edinstvene fiziologije in razvojnih posebnosti predstavljajo najranljivejšo skupino, poslabšajo izid zdravljenja ali podaljšajo hospitalizacijo. Namen pilotne raziskave je bil ugotoviti ali diplomirane medicinske sestre na Pediatrični kliniki UKC Ljubljana poznajo pravilo 10-P in ga pri svojem delu upoštevajo ter identificirati najpogostejše odklone vezane na ravnanje z zdravili. Kvantitativno pilotno raziskavo z anketiranjem smo izvedli v novembru 2019. Sodelovalo, je 25 diplomiranih medicinskih sester zaposlenih na Pediatrični kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Medicinske sestre poznajo pravilo 10-P in ga pri svojem delu uporabljajo. Najpogostejši odkloni vezani na ravnanje z zdravili se nanašajo na napačno količino zdravila ali čas.

Ključne besede: varna aplikacija, zdravila, odklon, varnostna kultura, medicinska sestra

Uvod

Medicinske sestre imajo pomembno vlogo in odgovornost pri pripravi, aplikaciji in spremljanju učinka zdravila (Elliott & Liu, 2010). V zadnjih dvajsetih letih dajemo v zdravstvu in v družbi velik poudarek na zagotavljanje varnosti pacientov. Direktorat Evropske komisije za javno zdravje ocenjuje, da se v Evropi varnostni zapleti zgodijo pri 8% do 12% vseh hospitalizacij. Napake pri ravnanju z zdravili so najpogostejši preprečljivi vzroki neželenih dogodkov. Predstavljajo resen problem varnosti pacientov (Priporočilo Rec, 2006). Napake pri ravnanju z zdravili lahko nastanejo v procesu predpisovanja, pripravljanja, dajanja zdravil ali spremljanja učinkov danega zdravila. Pomembno vlogo v tem procesu imajo zaposleni v zdravstveni negi, saj predstavljajo zadnjo linijo obrambe, hkrati pa so potencialni storilci napake (Hughes & Blegen, 2008).

V zdravstveni negi v okviru dajanja zdravil prištevamo tudi pravilno pripravo in spremljanje zdravila. Z namenom zagotavljanja varnosti pacientov medicinske sestre pri dajanju zdravil upoštevajo pravila imenovana 10-P: pravo zdravilo, prava količina, pravi čas, pravilen način, pravi pacient, pravilo informiranja, pravilo pristanka, pravilo dokumentiranja, pravilo opazovanja in pravilo vrednotenja (Berman et al., 2008; Elliott & Liu, 2010).

1. Pravo zdravilo

Pred aplikacijo zdravila moramo preveriti, če imamo pravo zdravilo. Etiketo primerjamo z dokumentacijo pacienta, kjer je zdravilo predpisano. Zdravilo, ki ga pripravimo za vsakega pacienta, mora tisti, ki ga je pripravil tudi aplicirati (Berman et al., 2008).

2. Pravi odmerki

Kadar ne uporabljamo v naprej pripravljenih oblik zdravil, moramo preveriti pravilen odmerek in pravilno koncentracijo vsaj dvakrat izračunati. Uporabljamo standardne merske enote. Ko zdravilo



pripravimo ga moramo tudi ustrezno označiti in zapisati njegovo koncentracijo (na primer v mg/ml). Poznati moramo tudi standardne odmerke za zdravilo. Kadar je predpisan neobičajen odmerek moramo večkrat preveriti, če je odmerek pravilen in na to opozoriti tudi zdravnika, ki je zdravilo predpisal (Berman et al., 2008).

3. Pravi čas

Nekatera zdravila je potrebno aplicirati v določenem časovnem razmiku (antibiotiki), druga morajo pacienti vzeti pred obrokom ali po obroku. Zdravila dana 30 minut pred predpisanim časom in 30 minut po predpisanem času se smatrajo, da so dana v pravem časovnem obdobju (Berman et al., 2008)

4. Pravilen način

Aplikacija zdravila na predpisan način je odvisna od posebnosti in želenega učinka zdravil. Na način aplikacije zdravila vpliva tudi pacientovo psihično in fizično stanje (Berman et al., 2008).

5. Pravi pacient

Identiteto pacienta preverimo na zapestnici in tako, da pove svoje ime in priimek, ki ga nato primerjamo z dokumentom predpisanega zdravila (Berman et al., 2008).

6. Pravilo informiranja pacienta

Pacientu moramo podati informacije o zdravilu (zakaj ga mora dobiti, kaj lahko pričakuje...) (Berman et al., 2008).

7. Pravilo dokumentiranja

Takoj po aplikaciji moramo aplikacijo zdravila zabeležiti in sicer ime zdravila, odmerek, čas, način aplikacije in podpis. Če zdravilo ni bilo dano, bilo pa je predpisano moramo tudi zapisati zakaj zdravila nismo dali, ali pa če smo ga dali izven ustreznega časa (Berman et al., 2008).

8. Pravilo pristanka

Pacient lahko odkloni vsako zdravilo. Naloga tistega, ki aplicira zdravilo je, da je pacient seznanjen z možnimi posledicami, ki jih lahko prinese takšna odločitev. Seznaniti je potrebno tudi zdravnika, ki je zdravilo odredil (Berman et al., 2008). Le ta lahko odredi tudi aplikacijo zdravila proti volji pacienta v skladu z Zakonom o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008).

9. Pravilo opazovanja

Nekatera zdravila so specifična in potrebujejo merjenje vitalnih funkcij, laboratorijske izvide pred aplikacijo zdravila. Naročilo o aplikaciji zdravila je lahko povezano z pacientovim zdravstvenim stanjem (Berman et al., 2008).

10. Pravilo vrednotenja

Opazujemo in dokumentiramo, če je dosežen učinek zdravila oz. če so se pri pacientu pojavili kakšni neželeni učinki? Vse to opazujemo in zapišemo (Berman et al., 2008)

Odkloni vezani na ravnanje z zdravili

Dejstvo je, da se naredi več odklonov, kot se jih sporoči (Hajibabae, et al., 2014). Medicinskih sestre ocenjujejo, da se pri dajanju zdravil sporočile med 37,4 % in 67 % odklonov. Glavni razlogi za ne sporočanje so strah pred odzivi nadrejenih in sodelavcev (Mayo & Duncan, 2004) pomanjkanje pozitivnih odzivov ali pohval za pravilno dajanje zdravil (Wakefield, et al., 1996), obtoževanje ter osredotočanje na posameznika namesto na sistem kot potencialen vzrok za odklon (Stratton, et al., 2004) ter proces poročanja (Groves, 2014).

Namen pilotne študije je izvesti raziskavo s ciljem ugotavljanja primernosti in razumljivosti



vprašalnika za področje pediatrične zdravstvene nege. Cilj izvedbe ankete je ugotoviti ali diplomirane medicinske sestre (v nadaljevanju DMS) poznajo pravilo 10-P, ter identificirati najpogostejše odklone vezane na ravnanje z zdravili.

Metode

Raziskava temelji na kvantitativni paradigmi raziskovanja, in sicer v prvem delu je bila izvedena presečna - pilotna raziskava. Podatki za izvedbo pilotne raziskave so bili zbrani v novembru 2019 s pomočjo anonimnega vprašalnika, ki so ga diplomirane medicinske sestre Pediatrične klinike UKCL prejele na raportu. Sodelovanje v anketi je bilo prostovoljno. Anonimnost je bila zagotovljena, saj anketa ni vsebovala vprašanj s podatki, iz katerih bi lahko razbrali identiteto anketirancev.

Razdeljenih je bilo 27 vprašalnikov, prav tako je bilo vrnjenih 27 vprašalnikov, vendar sta bila dva vprašalnika neveljavna, kar pomeni, da je bila udeležba 93 % (25 veljavnih vprašalnikov), kar predstavlja 20 % vseh zaposlenih DMS na Pediatrični kliniki.

Odgovoriti je bilo potrebno na vprašanja o poznavanju pravila 10 P in odklonih vezanih na ravnanje z zdravili (11 vprašanj zaprtega tipa ter 2 vprašanja odprtega tipa).

Vzporedno je bila narejena retrospektivna analiza odklonov vezanih na odklone v povezavi z zdravili, ki so bili sporočeni v Sistem za sporočanje odklonov in tveganj UKC Ljubljana v obdobju od januarja 2018 do novembra 2019 za področje pediatrične klinike.

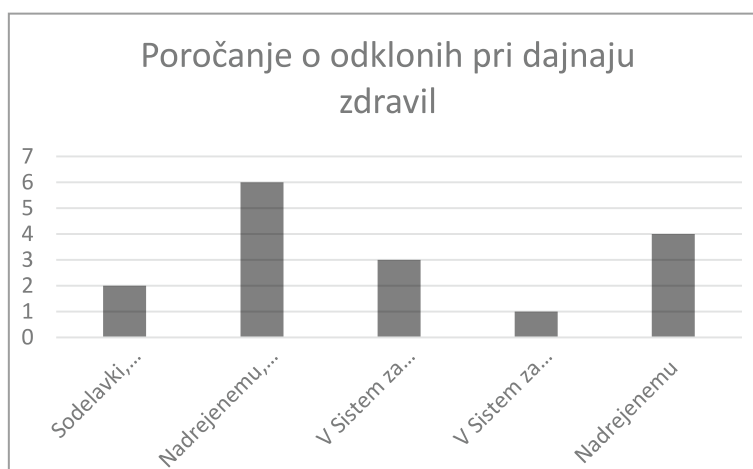
Rezultati

Devet DMS (36 %) ima manj kot pet let delovne dobe, 10 DMS (40 %) ima več kot 5 let in manj kot 20 let delovne dobe, ter 6 DMS (24 %) je na Pediatrični kliniki zaposlenih več kot 20 let.

Na vprašanje, ki je zahtevalo zapis 10 pravil za varno dajanje zdravil, so vse (N=25) diplomirane medicinske sestre vključene v anketo zapisale »pravo zdravilo«, v 96 % so navedle pravo količino in čas, v 92 % pravi način in pravi pacient. Pravilo dokumentiranja je navedlo 68 % vključenih, pravilo opazovanja in pristanka 48 %, 36 % je navedlo pravilo vrednotenja in le 24 odstotkov pravilo informiranja.

Le 16 DMS (64 %) je odgovorilo, da so v času zaposlitve v UKC Ljubljana naredile napako v povezavi z ravnanjem z zdravili. Od tega 83 % medicinskih sester, ki so zaposlene več kot 20 let, 67 % tistih, ki so zaposlene manj kot 5 let in 40 % tistih medicinskih sester ki so zaposlene več kot 5 let in manj kot 20 let.

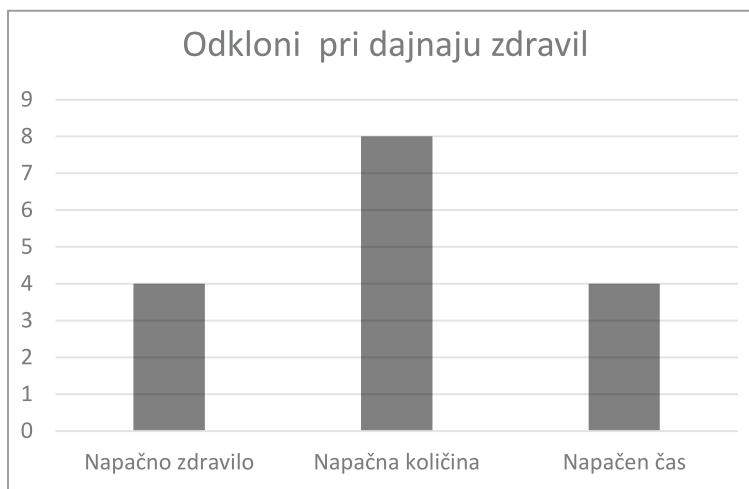
O napaki vezani na ravnanje z zdravili je poročalo 64 % medicinskih sester, najpogosteje so poročali nadrejenemu (50 %), v 44 % so poročali v Sistem za sporočanje odklonov in tveganj UKCL in v 6 % so poročali sodelavcem (Slika 1). Medicinske sestre, ki so v anketi sodelovale menijo da je najpogosteje napaki botrovala preobremenjenost (44 %), v 19 % je do napake prišlo zaradi utrujenosti, v 6 % zaradi neznanja in 25 % zaradi površnosti.



Slika 1: Poročanje o odklonih pri dajnanju zdravil



Najpogostejša napaka vezana na ravnanje zdravili med anketiranimi DMS je bila aplikacija napačne količine zdravila (50 %), v enakem deležu (25 %) sledita napaki vezani na napačen čas aplikacije zdravila in na aplikacijo napačnega zdravila (zamenjava zdravila) (Slika 2).



Slika 2: Odkloni pri dajanju zdravil

Na vprašanje »Ali pacienta in/ali starše pred aplikacijo informirate o zdravilu« je 100 % sodelujočih odgovorilo pritrdilno. Pav tako vse (N=25) sodelujoče upoštevajo pravilo dokumentiranja. DMS, ki so v anketi sodelovale so v 88 % poročale, da pri svojem delu upoštevajo pravilo pristanaka, in pravilo opazovanja. O uporabi pravila vrednotenja pa so respondenti poročali v 64 %.

V Sistem za sporočanje odklonov in tveganja UKCL je bilo v obdobju od januarja 2018 do oktobra 2019 sporočenih 34 odklonov vezanih na ravnanje z zdravili. Od tega jih je bilo 82 % (N=28) neposredno vezanih na neupoštevanje pravil 10-P. V 11 % (N=3) je prišlo do aplikacije napačnega zdravila (zamenjava antibiotika s podobnim imenom, priprava zdravila z napačno nosilno raztopino, zamenjava signatur na mešanicah za istega pacienta). V 46 % (N=13) je šlo za aplikacijo napačne količine zdravila in v 43 % (N=12) za napačen čas aplikacije.

Kljub temu, da so nekateri odkloni paciente dosegli, niso povzročili neželenih posledic za paciente.

Diskusija

Z analizo odklonov sporočenih v Sistem za sporočanje odklonov in tveganja UKCL za področje Pediatrične klinike v obdobju januar 2018 do november 2019 smo ugotovili, da so najpogostejše napake vezane na ravnanje z zdravili povezane z neupoštevanjem pravila 10 P, neposredno v delu pravo zdravilo, prava količina in pravi čas. Rezultati ankete kažejo, da visok delež zaposlenih 92 % (N=23) pozna pravilo 5-P: pravo zdravilo, prava količina, pravi čas, pravilen način, pravi pacient. Kljub temu, da so v sorazmerno nizkem odstotku navedli pravilo 10-P v celoti, so v nadaljevanju ankete poročali da 100 % pri svojem delu paciente in /ali starše pred aplikacijo informirajo in aplikacijo dokumentirajo, v 88 odstotkih pacienta informirajo in opazujejo ter v 64 % učinke zdravila vrednotijo. Respondenti pa so poročali, da je napaki v povezavi z ravnanjem z zdravili najpogosteje botrovala preobremenjenost, utrujenost in površnost.

V literaturi so opisani najpogostejši vzroki oziroma dejavniki, ki prispevajo k napakam pri dajanju zdravil, kakovost predpisovanja, odkloni od standardnih postopkov, motnje tekom dajanja zdravil, preobremenjenost z delom, pomanjkanje kadra in znanje medicinskih sester o zdravilih (Brady, et al., 2009). Pogosto je vzrok tudi neupoštevanje pravila 5-P, utrujenost, izčrpanost, podobnost v embalaži zdravil, pomanjkljive veščine računanja doz zdravil oz. matematične veščine medicinskih sester (O'Shea, 1999).

Neupoštevanje standardov je velikokrat posledica kulture oddelka in preobremenjenosti z delom. Pri pravilu 5-P pride velikokrat do neupoštevanja pravila »pravo zdravilo«, in sicer v primeru, ko



medicinske sestre dajo pacientu zdravilo, ki ga niso same pripravile. V primerih, ko je frekvenca dajanja zdravil na oddelku velika, medicinske sestre ene izmene pripravijo zdravila za naslednjo izmeno, na primer nočna izmena pripravi tablete za dopoldanski čas (Vrbnjak, 2017).

Med pomembne organizacijske dejavnike spadajo kultura, sistem sporočanja in stil vodenja. Kultura bolnišnice in kultura oddelka. Enako velja za sistem sporočanja, še posebej če od zaposlenih zahteva preveč dela in časa, če je kompliciran in vključuje obsežno dokumentiranje, kar zaposlenim predstavlja breme in napor (Vrbnjak, 2017).

Diplomirane medicinske sestre, ki so sodelovale v anketi so v visokem odstotku (36 %) odgovorile, da v času zaposlitve niso naredile napake v povezavi z ravnanjem z zdravili, med tistimi, ki so zaposlene med 5 in 20 let je bil delež še višji (60 %).

Eden izmed pomembnejših elementov izboljševanja varnosti pacientov v zadnjem desetletju je izboljševanje kulture varnosti pacientov (Groves, 2014). Strokovnjaki poudarjajo, da je za varnost pacientov poleg kulture varnosti, pomembna kultura skrbi, v kateri ljudje skrbijo za počutje in varnost drugih s pogumom, sočutjem, ki omogoča vzpostavljanje varnega okolja (Groves, 2014). Kultura skrbi se nanaša na vrednote, prepričanja in norme zaposlenih o skrbi v zdravstvenih ustanovah (Hesselink, et al., 2013).

Zaključek

Poznavanje vzrokov za napake pri pripravi in aplikaciji zdravil, ovire sporočanja ter ocene sporočanja so pomembni dejavniki za zagotavljanje kakovostne in varne obravnave pacientov. Še posebno je pomembno poznavanje in dosledno upoštevanje pravil za varno aplikacijo zdravil pri bolnih otrocih, ki predstavljajo najranljivejšo skupino pacientov. Zdravstveno osebje in vodstvo bolnišnice morajo stremeti k razvijanju varnih praks predpisovanja, priprave in aplikacije zdravil. Le tako se lahko zagotovi varna in kakovostna zdravstvena obravnava.

Literatura

Brady, A.M., Malone, A.M. & Fleming S. A., 2009. Literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *Journal of Nursing Management*, 17(6), pp. 679–697.

Elliott, M. & Liu, Y., 2010. The nine rights of medication administration: an overview. *British Journal of Nursing*, 19(5), pp. 300–305.

Groves, P.S., 2014. The relationship between safety culture and patient outcomes: results from pilot meta-analyses. *Western Journal of Nursing Research*, 36(1) pp. 66–83.

Hajibabae, F., Joolae, S., Peyravi, H., Alijany-Renany, H., Bahrani, N. & Haghani, H., 2014. Medication error reporting in Tehran: a survey. *Journal of Nursing Management*, 22(3), pp. 304–310.

Hesselink, G., Kuis, E., Pijnenburg, M. & Wollersheim, H., 2013. Measuring a caring culture in hospitals: a systematic review of instruments. *British Medical Journal Open*, 3(9):e003416. Available at https://www.researchgate.net/publication/257072357_Measuring_a_caring_culture_in_hospitals_a_systematic_review_of_instruments [11. 11. 2019].

Hughes, R.G. & Blegen, M.A., 2008. Medication Administration Safety. Patient safety and quality. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2656/> [11.11.2019].

Mayo, A.M. & Duncan, D., 2004. Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(3), pp. 209–217.

O'Shea, E., 1999. Factors contributing to medication errors: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 8(5), pp. 496–504



Stratton, K.M., Blegen, M.A., Pepper, G. & Vaughn, T., 2004. Reporting of medication errors by pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 19(6) pp. 385–392.

Svet Evrope. Priporočilo Rec (2006)7 Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Available at: <https://www.prosunt.si/content/uploads/2018/08/Svet-Evrope-Varnost-Pacientov-1.pdf> [11. 11. 2019].

Vrbnjak, D., 2017. Skrb za paciente in varnost pri dajanju zdravil v zdravstveni negi: doktorska disertacija. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 11-13.

Wakefield, D.S., Wakefield, B.J., Uden-Holman, T. & Blegen, M.A., 1996. Perceived barriers in reporting medication administration errors. *Best Pract Benchmarking Healthcare*, 1(4), pp. 191–197.

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 77/08.





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.

Majda Oštir, dipl. m. s.,
Predsednica Sekcije medicinskih sester in
zdravstvenih tehnikov v pediatriji

VELENJE, 22. in 23. november 2019

