

Seminar enterostomalne terapije

Holistična obravnavava pacienta v enterostomalni terapiji – od preventive do urgentnih stanj

Laško, 3. in 4. marec 2016

Zbornik prispevkov z recenzijo

Organizator:



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

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V ENTEROSTOMALNI TERAPIJI

Holistična obravnava pacienta v enterostomalni terapiji – od preventive do urgentnih stanj

Laško, 3. in 4. marec 2016

Zbornik prispevkov z recenzijo

Urednica:

Tamara Štemberger Kolnik

Recenzentki:

Katarina Babnik

Suzana Majcen Dvoršak

Organacijski odbor: Suzana Majcen Dvoršak, Majda Topler, Božica Hribar

Strokovni odbor: Tamara Štemberger Kolnik, Renata Batas, Anita Jelar Slatner

Lektorica: Tea Štoka

Grafično oblikovanje in priprava za tisk: Grafično oblikovanje Pfeifer

Založila in izdala:

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

Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji

Kraj in leto izida: Ljubljana, 2016

Naklada: elektronski vir dostopen na spletni strani: <http://www.zbornica-zveza.si/>

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

616.34-089.86(082) (0.034.2)

SEMINAR enterostomalne terapije (2016 ; Laško)

Holistična obravnava pacienta v enterostomalni terapiji – od preventive do urgentnih stanj [Elektronski vir] : zbornik prispevkov z recenzijo / Seminar enterostomalne terapije, Laško, 3. in 4. marec 2016 ; urednica Tamara Štemberger Kolnik. - El. knjiga. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 2016

ISBN 978-961-93253-4-6 (pdf)

1. Štemberger Kolnik, Tamara

283770880

KAZALO

1

Urgentna stanja v urologiji povezana z enterostomalno terapijo

Majda Topler, dipl.m.s.; Sašo Šumer, dipl. zn

2

Kaj so urgentna stanja pri pacientu z izločalno stomo

doc.dr. Zdravko Štor, dr.med., spec. kirurg

3

Spremembe v samopodobi in njihov vpliv na spolno življenje pri pacientu s stomo

Prodan Ines, dipl.m.s., ET

4

Pomen vadbe mišic medeničnega dna pri pacientih z urinsko inkontinenco po laparoskopsko radikalni odstranitvi prostate

Mojca Pfajfar, dipl.m.s., ET

5

Preventiva inkontinence s pomočjo modernih pripomočkov

doc.dr. David Ravnik

6

Kaj lahko naredimo za preventivo inkontinence

mag. Darija Šćepanović

7

Prisotnost urinske inkontinence med medicinskimimi sestrami

Ksenija Gornik, dipl.m.s., ET

8

Kaj so kompetence zdravstvenega tehnika na področju enterostomalne terapije

Suzana Zugan, mag.zdr.neg.

9

Poškodba kože na obrazu zaradi NIMV

Lojzka Prestor, dipl.m. s., Daša Makuc, dipl.m.s.

10

Nega kože pri pacientu z inkontinenco

Tadeja Krišelj, dipl.m.s., ET, univ.dipl.org.

11

Kako skrbim za svoje telo med delovnim časom

doc.dr. David Ravnik

12

Uporabimo čuječnost v vsakdanjem življenju

Maja Frencl, dipl.psihol., doc.dr. Boštjan Žvanut

13

Hrnilne stome in urgentna stanja

Polona Gorjup, dipl.m.s.

14

Sestrinski model pripreme pacijenta za pregled i pretrage u koloproktološkoj ambulanti klinike za kirurgiju KBC „Sestre milosrdnice“

Ivanka Gašparić, dipl.m.s., ET

15

Tjeskobe roditelja dijeteta sa stomom

Marija Hegeduš Matetić, dipl.m.s., ET

URGENTNA STANJA V UROLOGIJI POVEZANA Z ENTEROSTOMALNO TERAPIJO

UROLOGICAL EMERGENCIES RELATED TO ENTEROSTOMAL THERAPY

Majda Topler dipl.m.s.
Sašo Šumer dipl.zn.

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec
Oddelek za urologijo
majda.topler@sb-sg.si

Ključne besede: nujna stanja v urologiji, urinske drenaže, zdravstvena nega

IZVLEČEK

Ena od osnov v delovanju uropoetskega sistema je normalno odtekanje urina iz telesa. Če je odtekanje urina moteno, so pacienti napoteni v zdravstveno ustanovo in jih obravnavamo prednostno kot nujno stanje. Pri pacientih z zaporo sečevoda ali sečnice in posledično motnjo odtekanja urina zaradi različnih bolezenskih znakov je pogosta prva rešitev vstavitev ene izmed urinskih drenaž, odvisno od mesta zapore in patologije. Pacienti, ki pa že imajo vstavljenou eno izmed urinskih drenaž in so v domači ali socialno varstveni oskrbi, potrebujejo kontinuirano zdravstveno nego (obiski patronažne medicinska sestre, nasveti enterostomalnih terapevtov, povezava z urološkimi medicinskimi sestrami ...). Nemalokrat ugotavljamo, da so pacienti neustrezno oskrbljeni, slabo negovani in zato pripeljani v zdravstvene ustanove s hudimi komplikacijami.

Na področju urologije je še vrsta drugih urgentnih stanj, pacienti so pripeljani v bolnišnico za nujno obravnavo (hematurije, ledvične kolike, vnetja sečil, poškodbe, torzije testisov ...). Zdravstveni delavci moramo vsakega pacienta, ki je pripeljan v zdravstveno ustanovo s težavami, obravnavati odgovorno, opraviti ustrezno diagnostiko, da ugotovimo pravilno diagnozo in pričnemo s čimprejšnjim ustreznim zdravljenjem. Medicinske sestre/ zdravstveniki/zdravstveni tehnički se prvi srečamo s pacientom, bodisi na terenu ali v zdravstvenih ustanovah. Pri svojem delu moramo imeti dovolj znanja in izkušenj, da bomo znali pacientu pomagati oziroma ga napotiti k pravemu strokovnjaku. Z vidika zdravstvene nege jasno definiramo negovalne diagnoze, cilje in negovalni načrt. Izvedemo vse negovalne postopke in posege. Glede na postavljene cilje vrednotimo, ali smo cilj dosegli ali ne. S procesno metodo dela v zdravstveni negi bomo varno in celostno obravnavali paciente.

Key words: urological emergencies, urine drainage systems, nursing care

ABSTRACT

One of the basic principles in proper functioning of the uropoetic system is to normally flow urine out of the body. If the normal flow of urine is disrupted, patients are referred to a health care institution and are treated preferentially because of the urological emergency. For the patients with urethral obstruction and thus consequently interruption in eliminating of urine due to various symptoms the first solution is often insertion of one of the urethral drainage systems, depending on the place of obstruction and pathology. Patients who already have one of the urethral drainage systems inserted and are in home care or in a nursing home require continuing nursing care (home visits carried out by community nurses, advice given by enterostomal therapists and urology nurses ...). Very often we determine that the patients do not receive proper nor enough care and are later hospitalised with severe complications.

In urology, there are also other emergencies due to which patients are brought to hospital for emergency treatment (haematuria, renal colic, urinary tract infections, damages, testicular torsion etc.). Health care workers have to treat responsibly every patient with problems that is brought to a health care institution, they have to carry out appropriate diagnostics to determine the correct diagnosis, and start with an appropriate treatment as soon as possible. Nurses and health technicians are the first to encounter the patients inside and outside a health care institution. Our work requires from us that we have enough knowledge and experience to know how to help the patients or to refer them to the right specialist. With the help of nursing care we clearly define nursing diagnoses, objectives, and nursing care plans. After that, we perform all nursing procedures and interventions. According to the set objectives we evaluate whether these were achieved or not. The process method of work in nursing care provides a basis for safe and comprehensive treatment of patients.

Uvod

Urinarni sistem sestavlja ledvici, sečevoda, sečni mehur in sečnica. Anatomska zgradba in delovanje uropoetskega trakta sta v celoti prilagojena osnovnim funkcijam sečil, in sicer tvorbi, transportu in izločanju seča. Motnje v tvorbi seča, ki so posledica internističnih vzrokov na nivoju ledvičnega parenhima ali predledvičnih vzrokov, obravnava nefrologija, medtem ko urologija diagnosticira in zdravi motnje v tvorbi seča zaradi motenj transporta in izločanja. Posebej je vredno poudariti, da bolezenski proces, ki povzroči motnjo transporta in izločanja, lahko v določenem časovnem obdobju povzroči tudi začasno ali trajno motnjo tvorbe seča. Pravočasno zagotavljanje nemotenega transporta in izločanja seča je

zaradi tega izjemno pomembno in je ena glavnih prednostnih nalog urološke obravnave bolnika (Smrkolj, 2015).

V urologiji poznamo različna urgentna stanja, večina težav pa je povezanih ravno z motenim odtekanjem urina . Pri pacientih z zaporo sečevoda ali sečnice in posledično motnjo odtekanja urina iz ledvice v mehur ali iz mehurja zaradi različnih bolezenskih znakov je pogosto prva rešitev vstavitev ene izmed urinskih drenaž, odvisno od mesta zapore in patologije. Ta je lahko začasna ali stalna - doživljenjska. Ne glede na to, ali je prišlo do bolezenskih motenj v uropoetskem sistemu zaradi posledic poškodb ali patoanatomskih sprememb bolezni (prirojenih napak, vnetij, malignih obolenj ipd.), je pacient deležen posebnega zdravljenja. Velikokrat spremlja te bolezni zastoj urina, ki vodi do hidronefroze, ta pogojuje razvoj infekta in povzroča druge uničujoče spremembe v uropoetskem sistemu. Lahko pride tudi do odpovedi ledvic (Topler, Šumer 2012).

Z zdravstveno nego pacientov, ki imajo vstavljeni eno ali več urinskih drenaž, se srečujejo medicinske sestre v bolnišnici, patronažne medicinske sestre na terenu in tudi enterostomalni terapevti. Za pravilno delovanje in preprečevanje zapletov, ki se pojavljajo pri pacientih z urinskimi drenažami, je na prvem mestu temeljita in kontinuirana zdravstvena nega. Z doslednim izpolnjevanjem navodil in postopkov, ki so določeni v standardih zdravstvene nege, lahko preprečimo mnoge zaplete (Topler, Šumer, 2012).

Namen prispevka je prikazati nujna stanja v urologiji, izpostaviti pomen zdravstvene nege pacientov z urinskimi drenažami in prepoznati komplikacije.

Cilj prispevka je pridobiti dodatna znanja s področja urološke obravnave pacienta.

URGENTNA STANJA PRI PACIENTIH Z URINSKIMI DRENAŽAMI

Nefrostoma

Kadar je ovirano odtekanje urina iz ledvice ali sečevoda v mehur, govorimo o delni ali popolni zapori zgornjih sečil. Do zapore lahko pride zaradi kamnov v sečilih, različnih malignih tumorjev (uroloških, ginekoloških, abdominalnih), poškodb, retroperitonealne fibroze, brazgotinjenja (po operativnih posegih v področju sečevodov, vnetijh ...), pionefroze, hemoragičnega cistitisa, prirojenih anatomskeh anomalij (zoženega prehoda iz ledvičnega meha v sečevod ...). Pacienti so pripeljani v bolnišnico z bolečinami in pogosto z visoko temperaturo.

Vstavitev perkutane nefrostome (PN) je minimalno invazivna metoda, s katero omogočimo odtekanje urina iz ledvice. Najpogosteji vzrok za vstavitev PN je zapora zgornjih sečil, ki je ne uspelo razrešiti z manj invazivnimi načini. Poleg tega je PN tudi terapevtski ukrep, ki pri pionefrosu omogoči drenažo gnojne vsebine in uspešno antibiotično zdravljenje (Mihelič, 2015).

Zapleti pri pacientih, ki imajo vstavljeni PN, so lahko zgodnji po vstavitvi in pozni, ko je pacient že odpuščen iz bolnišnice.

Med zgodnje zaplete uvrščamo krvavitev, poškodbe trebušnih organov (črevesa,

jetri, vranice, trebušne slinavke) ali poškodbe v prsnem košu (pleure, pljuč), ki zahtevajo dodatne posege ali odprto operacijo. Pri pionefrozi lahko nastane tudi sepsa.

Pri pacientih, ki so v domači oskrbi, sta nega in oskrba PN zelo zahtevni. Zelo pomembna je kontinuirana zdravstvena nega, kar pomeni, da moramo pacienta ob odpustu predati patronažni medicinski sestri. Kljub temu se pogosto pojavijo zapleti v obliki zamašitve katetra, bolečine, izpada katetra, zatekanja ob katetru, prepognjenega katetra, vnetja kože ob vbodenem mestu, infekcije, visoke temperature, mrzlice. Vsa našteta stanja obravnavamo kot urgentna in sodijo v takojšnjo urološko obravnavo.

Cistostoma

Kadar je ovirano odtekanje urina iz mehurja, govorimo o delni ali popolni zapori spodnjih sečil. Vzroki zapore spodnjih sečil so različni (BHP, prostatitis, strikture sečnice, »falseroute«, kontrakture vratu mehurja po predhodnih operativnih posegih). Popolna zapora urina ali dolgotrajna delna motnja v odtekanju urina lahko privede do akutne ali kronične ledvične odpovedi. Takim bolnikom poskusimo uvesti stalni urinski kateter. Kadar vstavitev katetra ni uspešna, je najpogostejši izhod v sili perkutana vstavitev cistostomskega katetra – cistostome. Vstavitev cistostome je lahko potrebna tudi iz drugih razlogov, npr. pri zdravljenju zaplenenih okužb spodnjih sečil ali kadar je potrebna dolgotrajna derivacija urina (nevrogeni mehur ...). Pri poškodbi sečnice je vstavitev cistostome še posebej pomembna, saj je v primeru suma na poškodbo sečnice, vstavitev običajnega urinskega katetra kontraindicirana (Mihelič, 2015).

Zdravstvena nega pacienta s cistostomskim katetrom je podobno kot pri PN.

Zgodnji zapleti po vstavitvi cistostomskega katetra so redki. Običajno se pojavi krvav urin, ki se dokaj hitro zbistri. Možne so tudi poškodbe trebušnih organov. **Kasnejši zapleti** so zelo podobni kot pri PN. Tudi pri teh pacientih so zelo pomembni nega, pravilna fiksacija, da kateter ne izpade, skrb za nemoteno odtekanje urina in postopki za preprečevanje okužbe. Če pride do zamašitve katetra ali kateter izpade, ima pacient hude bolečine, ker se pojavi retanca urina, so taki pacienti napoteni z nujno napotnico k urologu. Pri zamašenem katetru ga lahko medicinska sestra prebrizga in izpere mehur s fiziološko raztopino. Če urin po katetru ne priteče, ga mora specialist urolog v najkrajšem možnem času zamenjati.

Urostoma

O urostomi govorimo takrat, ko je seč speljan po novi umetni poti na trebušno steno, kjer prosto odteka. Večina tovrstnih operacij je posledica malignega obolenja mehurja, ki ga v celoti odstranimo in naredimo novega iz dela tankega ali debelega črevesa, ki ga všijemo kot premostitveno cev, na enem koncu spojeno s sečevodom, na drugem pa izpeljano na kožo kot urostoma. Ponavadi je ta izpeljana na desnem spodnjem delu trebuha, kjer seč stalno izteka. Tehnik

operacij je več. Tako govorimo o:

Ureterokutanostoma je mokra urostoma. Sečevoda izpeljemo neposredno na kožo. **Ureteroileokutanostoma** je mokra urostoma. Sečevoda sta združeno ali ločeno všita v izdvojeno vijugo tankega (ileum - ureteroileocutanostomia sec. Bricker, jejunum) ali debelega črevesja. Drugi konec črevesne vijuge je speljan na kožo (Mihelič, 2015).

Kontinentna urostoma - Suha urostoma je majhna odprtina, ki predstavlja vrata v zbiralnik seča (rezervoar; angl. *pouch*). Rezervoar naredijo običajno iz ileocekalnega dela črevesa (40-50 cm) (Mihelič M., 2006-2007). Prek suhe urostome se pacient večkrat dnevno kateterizira. Pri tem naj bi vsaj na tri dni pacient uporabljal debelejši kateter (Ch 20 do 22), ker se po operaciji v takem rezervoarju nabira veliko sluzi. Poleg drugih medicinskih indikacij mora imeti tak pacient dobre psihofizične sposobnosti, da bo samokateterizacijo lahko izvajal. Ob sebi mora vedno imeti tudi izkaznico, na kateri so navedeni naslednji podatki: da ima suho stomo, tel. štev. zdravnika, ustanova, kjer je bil operiran, operator. Izkaznica je obvezna, ker je stoma zelo majhna in bi jo lahko prezrli (Batas, 2015).

Zapleti pri urostomah, kjer je potrebno nujno zdravljenje, so pogosti zaradi motenj v odtekanju urina, na nivoju kože, zapleti na steni, ob steni, zapleti zaradi okužbe.

Zapleti pri urinskih stomah na nivoju kože vidimo kot kirurške stenoza/striktura. Pri zdravi, dobro prekrvljeni urostomi je manj verjetno, da bo nastala zožitev.

Stena stome in stomalni kanal lahko deloma ali popolnoma propadeta. Zgodnje odmiranje je nujno stanje, ker lahko seč teče v trebušno votlino. Stoma je sivobela ali zelena, vlečljiva, krpasta in uvlečena. Ne krvavi. Potek je podoben pri ureterokutani stomi in ureteroileokutani ali kontinentni stomi. Modrikasta ureterokutanostoma ni nujno stanje za ukrepanje. Običajno takoj po operaciji zaradi otekanja pritisk v stomalnem kanalu ovira odtok venske krvi iz stome. Ko oteklina popusti, postane stoma rožnata. Zaradi slabe prekravavitve ali dlje časa trajajočega venskega zastoja se stoma in del črevesne prevodne vijuge brazgotinita in zožuje. Ta del predstavlja pomembno oviro v prevajanju seča.

Pri ureterokutanih stomah, ker je sečevod nežen in stisljiv, je prehod prek trebušne stene potencialno ovira, ki lahko povzroči zastajanje seča (hidronefroza) (Mihelič, 2015).

Znana komplikacija je tudi stomalna kila, ki povzroča težave pri odtekanju urina, pri kateterizaciji suhih stoma lahko povzroča tudi pasažne motnje črevesja. Pogosti so tudi vnetja kože (zaradi glivic, polipov, neustrezne nege, alergij ipd), zožitev stome, vgreznenje stome, parastomalne kile, prolaps - izpad stome, krvavitve iz stome, zastoj urina v stomi (zaradi tvorbe kamnov) (Batas, 2015). Del črevesja, iz katerega je narejen nov mehur, še naprej proizvaja sluz (67%). Prisotnost velike količine sluzi v novem mehurju ustvarja idealno gojišče za

kolonizacijo E. coli. Pacient lahko postane prizadet s povišano telesno temperaturo in se zelo slabo počuti (The European Association of Urology Nurses - EAUN, 2009). Sluz lahko tudi zamaši urostomo, pri čemer je pacient enako prizadet, ima bolečine, povišano telesno temperaturo, mrzlico.

Potrebno je takojšnje ukrepanje, s pomočjo katetra mehur izperemo, vzpostavimo nemoteno odtekanje urina, uvedemo antibiotično terapijo.

Trajni urinski kateter

TUK je najpogostejša oblika zunanje izpeljave seča. Vstavimo ga z aseptično metodo v sečni mehur za odvod urina pri zastoju, za odvzem vzorcev ali za aplikacijo intravezikalne terapije. Kateteriziramo lahko enkratno ali intermitentno ali pa pustimo kateter za daljše obdobje, nemalokrat tudi za stalno. Glede na namen in medicinsko indikacijo se odločimo za izbiro katetra. (Topler, Šumer, 2012)

Komplikacije

Okužbe sečil, povezane s kateterizacijo, sodijo med najpogostejše bolnišnične okužbe (40 % vseh bolnišničnih okužb) in kar 80 % pacientov z okužbo sečil ima vstavljen TUK. Zato urinski kateter odstranimo, kakor hitro ni več potreben.

Najpogostejša komplikacija je zamašitev katetra. Medicinska sestra lahko kateter prebrizga, izpere mehur. Če ji ne uspe vzpostaviti prehodnosti katetra, ga je treba zamenjati.

Pogoste komplikacije so krvavitve iz sečnice pri zmedenih, dementnih pacientih, ki si poskušajo kateter izpuliti in si pri tem poškodujejo sečnico. Pacienti so pripeljani kot nujno stanje z močnimi krvavitvami.

OSTALA NAJPOGOSTEJŠA NUJNA STANJA NA PODROČJU UROLOGIJE

Alshunaifi (n. d.) opisuje najpogostejša urgentna stanja v urologiji:

Hematurija

Prisotnost krvi v urinu. Ločimo makrohematurijo, kri je vidna v urinu in mikrohematurijo, kjer ugotovimo prisotnost eritrocitov v urinu. Alshunaifi (n. d.) opredeljuje v svojem prispevku, da ima 40 do 60 % pacientov z makrohematurijo maligno bolezen. Pogosto prvič srečamo paciente v urgentni ambulanti z motnjami v uriniranju zaradi masovne krvavitve.

Ledvične kolike

Pacienti z ledvičnimi kolikami so najpogostejši primeri nujne obravnave na uroloških oddelkih. So zelo prizadeti s hudo bolečino v ledvenem predelu, ki se širi naprej v področje ingvinalnega kanala, slabostjo in bruhanjem. Vzrok za tovrstne težave je običajno kamen v sečevodu.

Retenca urina

Akutna retenca urina je pogosta težava uroloških pacientov. Tudi ti pacienti pridejo s hudo bolečino v predelu mehurja in nezmožnostjo uriniranja. Po vstavitvi urinskega katetra bolečina povsem preneha. Vzroki so benigno povečana prostata, karcinom prostate, zožitev sečnice, kamni v sečnici ...

Akutni skrotum :

Torzija testisa - je zelo resno akutno stanje, ki se pojavi najpogosteje pri dečkih različne starosti. Testis se zavrti, motena je prekravitev in lahko pride do odmrtva testisa. Potrebna je takojšnja operacija.

Epididymitis - vnetje obmodka, **orhitis** - vnetje testisa.

Poškodbe

Poškodbe uropoetskega sistema se običajno obravnavajo v urgentnih ambulantah. Največkrat so to poškodbe ledvic zaradi udarcev, padcev, prometnih nesreč. Večkrat so poškodovani tudi spolni organi. Kadar je poškodba hujša ali kombinirana, se taki pacienti zdravijo v enoti intenzivne terapije, kadar pa je treba bolnika opazovati ali je indicirana izključno urološka obravnava, je sprejet na oddelek za urologijo.

NEGOVALNE DIAGNOZE

Negovalna diagnoza je rezultat sistematičnega zbiranja podatkov in njihove analize o potrebah po zdravstveni negi za posameznika kot tudi za družino ali za lokalno skupnost. Negovalna diagnoza daje osnovo za tisti del zdravstvene obravnave, ki je v odgovornosti medicinske sestre. Cilji zdravstvene nege, zastavljeni na osnovi negovalne diagnoze, so vedno usmerjeni k bolniku - varovancu kot človeku, zastavljeni so z njegovim sodelovanjem, ko načrtujemo potrebne aktivnosti in predvidevamo rezultate (Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego v Mariboru, 1993).

Primer negovalnih diagoz na področju urgentnih stanj v urologiji

Negovalna diagnoza: akutna bolečina

Definicija: stanje, ko oseba doživlja in izraža močno neugodje in neprijetne občutke.

Kazalci: izražanje bolečine, stokanje, nemirna hoja sem in tja, nemir na obrazu, pospešen pulz in krvni tlak, napetost mišic, slabost in bruhanje.

Cilji zdravstvene nege: bolečina bo prenehala, pacient bo pomirjen, vrednosti pulza in krvnega tlaka bodo normalne.

Načrt zdravstvene nege: po naročilu zdravnika pacientu apliciramo analgetik, najbolj učinkoviti so nesteroidni antirevmatiki - ampula Naklofena. Zagotovimo mu dovolj tekočine peroralno ali parenteralno, namestimo ga v posteljo, v položaj, ki

mu najbolj ustreza. Ob ponovni bolečini mu pravočasno apliciramo analgetik, tako preprečimo izbruh ponovnega hudega napada.

Negovalna diagnoza: motnje v uriniranju

Definicija: pogosto izločanje urina ob močnem občutku potrebe po uriniranju.

Povzročitelj: krvni strdki v mehurju, mehanična zapora urina.

Kazalci: pogosto uriniranje, krči sečnega mehurja, urin je pomešan s krvjo, prisotni so krvni strdki.

Cilj zdravstvene nege: pacient bo uriniral nemoteno.

Načrt zdravstvene nege: zdravniku asistiramo pri vstavitvi stalnega urinskega katetra, pacientu zagotovimo dovolj tekočine, ki naj jo uživa po požirkih do 2 l. Ob bruhanju nadomeščamo tekočino parenteralno. Ob napadu bolečine apliciramo analgetik. V primeru zelo krvavega urina mehur izperemo. Kadar se kateter maši, namestimo kontinuirano izpiranje - perfuzijo. Ko se stanje stabilizira, pacienta pripravimo za preiskave (cistoskopijo, TRUZ, UZ ...) in eventualni operativni poseg (Topler, Zupanc, Hajtnik, 2008).

Razprava

V članku smo želeli predstaviti najpogostejsa urgentna stanja na področju urologije. Medicinske sestre/zdravstveniki se pogosto srečujemo s težavami pri pacientih, ki so povezane z življensko aktivnostjo izločanja urina. Pacienti so pripeljani kot nujna stanja s težavami pri uriniranju, hudimi bolečinami in slabim počutjem. V večini primerov je potrebno vstaviti takoj eno izmed urinskih drenaž, odvisno od tega, kateri organ je prizadet. Poseg opravi zdravnik, medicinske sestre/zdravstveniki mu pri posegu pomagamo. Pri pacientih, ki pa že imajo vstavljenou rinsko drenažo, ugotavljamo, da s pravilno zdravstveno nego preprečimo komplikacije, pri manjših zapletih lahko probleme rešimo tudi sami. Skrbeti moramo za prehodnost katetra, aseptično oskrbo vgodnega mesta, pravilno fiksacijo in poskrbeti za ustrezno uporabo medicinsko tehničnih pripomočkov. Medicinske sestre/ zdravstveniki, ki se srečujemo s tovrstnimi pacienti, moramo imeti dovolj znanja s področja urologije, da bomo znali prepoznati komplikacije, jih v okviru svojih kompetenc reševali sami, vsekakor pa paciente pravočasno napotili k ustrezemu strokovnjaku. Z zagotavljanjem kontinuirane zdravstvene nege bomo pripomogli k varni in kakovostni obravnavi pacientov ter preprečili vrsto komplikacij.

Zaključek

Z urgentnimi stanji v urologiji se vsakodnevno srečujemo na uroloških oddelkih. Nemalokrat se s tovrstnimi problemi srečujejo patronažne medicinske sestre na terenu in tudi enterostomalni terapevti. Izvajalci zdravstvene nege moramo biti dovolj izobraženi tudi s področja urologije, kajti velikokrat lahko problem rešimo

sami, predvsem pa moramo prepoznati nujno stanje pri pacientu in ga napotiti k ustreznemu specialistu. Paciente obravnavamo celostno glede na njihove potrebe in težave, definiramo negovalne diagnoze, na osnovi katerih načrtujemo zdravstveno nego.

Literatura

Alshunaifi J. (n.d.) *Emergency in Urology*. Prevzeto januarja 2016. [www.ksums.net/.../1%20Emergencies%20in%20Urology%20\(2nd%20edition\).pdf](http://www.ksums.net/.../1%20Emergencies%20in%20Urology%20(2nd%20edition).pdf)

Batas, R. 2015. *Zdravstvena nega pacienta z urostomo, nefrostomo in cistostomo na domu*. Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije Ljubljana. Univerzitetni klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego in oskrbo, pp. 425 - 444.

Geng V., Cobussen-Boekhorst H., Fillingham S. et al. 2009. *Good Practice in Health Care-Incontinent Urostomy*. European Association of Urology Nurses; Drukkerij Gelderland Arnhem - The Netherlands, pp. 53-59.

Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego v Mariboru, 1993. *Uvod v študij negovalnih diagnoz*, pp. 3-26.

Mihelič M. 2006 - 2007. *Urinske stome pri odraslih, suhe stome, zapleti, pelvična eksenteracija*. Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije. Klinični center Ljubljana, p.p. 149 - 155.

Mihelič, M., 2015. *Urinske stome pri odraslih in otrocih*. Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije Ljubljana. Univerzitetni klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego in oskrbo, pp. 388 - 396.

Smrkolj T., 2015. *Boleznska stanja sečil in vrste operacij*. Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije. Univerzitetni klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego in oskrbo pp. 385 - 387.

Topler, M., Šumer, S., 2012. *Zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege pacienta s stalnim urinskim katetrom*. Jesen življenja - stoma, rana, inkontinenca. Zbornik predavanj z recenzijo, 16. in 17. marec 2012, Rimske Terme. Zbornica zdravstvene in babiške nege - zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenija, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, pp. 62 - 71.

Topler, M., Zupanc, D., Hajtnik, S., 2008. *Najpogostejše negovalne diagnoze pri urgentnih uroloških stanjih*. 4. Slovenski urološki kongres z mednarodno udeležbo. 7. Simpozij urološke zdravstvene nege Slovenije. Zbornik predavanj. Olimije 13.-15. November 2008. Združenje urologov Slovenije. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 100 - 102.

URGENTNA STANJA PRI BOLNIKIH S STOMAMI

EMERGENCIES ASSOCIATED WITH STOMA COMPLICATIONS

doc.dr. Zdravko Štor, dr.med., spec. Kirurg

Klinični center Ljubljana

Klinični oddelok za abdominalno kirurgijo

zdravko.stor@kclj.si

Ključne besede: kolostoma, ileostoma, zapleti, parastomalna kila, zapiranje stome

IZVLEČEK

V prispevku so prikazani zapleti pri izdelavi ileostom in kolostom. Pri izdelavi stome moramo upoštevati različne dejavnike. S primerno kirurško tehniko zmanjšamo število zgodnjih zapletov po operaciji in kasnejši nastanek parastomalnih kil. Obravnavani so tudi zapleti, ki nastanejo po zapiranju stom.

Key words: colostomy, ileostomy, complications, parastomal hernia, stoma closure

ABSTRACT

This article focuses on complications related to ileostomy and colostomy formation. Various factors are to be considered while creating a stoma. Selecting an appropriate surgical technique reduces the number of early and late postoperative complications, i. e. parastomal hernia. Complications associated with stoma closure are also considered.

Uvod

O stomi govorimo, kadar je črevo izpeljano skozi trebušno steno z namenom, da oblikujemo umetni anus. To izpeljavo lahko napravimo na črevesni vijugi ali pa je stoma končna izpeljava črevesa. Prve stome so bile narejene pred 200 leti. Prve stome so bile enterokutane fistule zaradi penetrantnih poškodb trebuha in zaradi vkleščenih kil. Prvi opisi kirurških stom segajo v 16. in 17. stoletje. Leta 1793 je Duret naredil stomo pri novorojenčku zaradi atrezije anusa. Indikacije za stome so bile v tistih časih ileus zaradi vkleščenih kil, atrezije anusa in poškodbe trebuha. Te

stome so bile običajno kolostome na pentlji (loop colostomy) (Juvan & Jelenc, 2006). Prvi je naredil končno kolostomo Hartmann v začetku 20. stoletja (Harday, 1989). Ileostomo je prvi naredil nemški kirurg Baum leta 1879. Turnbull in Weakley sta prva opisala ileostomo na pentlji (loop ileostomy) leta 1971 za razbremenitev debelega črevesa pri bolniku s toksičnim megakolonom. Kasneje so vpeljali ileostomo za zaščito anastomoze med ileumom in rektumom (Shipp JD, 1974). Idelava stome je pogosto zaključni del zahtevne operacije in je prepuščen manj izkušenim kirurgom. Zavedati se moramo, da se s skrbno narejeno stomo izognemo zapletom in izboljšamo kvaliteto življenja bolnikov, ki bodo morali živeti s stomo (Juvan & Jelenc, 2006).

Vrste kolostom

Kolostoma je lahko začasna ali trajna. Poznamo končne ali terminalne kolostome in kolostome na pentlji (loop colostomy).

Posebna oblika stome je cekostoma, ki jo včasih naredimo za začasno razbremenitev debelega črevesa pri ileusu. Naravna pot odvajanja blata ostane ohranjena. Črevesna vsebina v cekumu je tekoča in polna prebavnih encimov, ki dražijo kožo. Cekostome običajno ni potrebno zapirati, obstaja pa nevarnost zatekanja ob drenu in ne vedno zadovoljiva dekompenzacija črevesa. Čeprav večinoma predstavlja samo začasno stanje, je potrebna tako kot pri drugih stomah optimalna lega v desnem spodnjem kvadrantu trebuha.

Transverzostomo oblikujemo iz prečnega dela debelega črevesa. Lahko je enocevna ali dvocevna. Vsebina je še tekoča ali deloma formirana. Dvocevne kolostome so lahko začasne ali protektivne, kadar je anastomoza distalno na debelem črevesu. Dvocevne kolostome so tudi lahko trajne po paliativnih posegih pri neresektabilnih stenozantnih procesih v mali medenici (Omejc, 1996).

Sigmostoma je lahko oblikovana na črevesni vijugi, najpogosteje pa predstavlja končno izpeljavo črevesa. Zelo nizko ležeči rak danke predstavlja obolenje, kjer najpogosteje napravimo končno kolostomo. Pri nekaterih tumorjih spodnje tretjine danke je mogoče kljub preoperativni radioterapiji doseči zadostno radikalnost le ob hkratni eksciziji sfinktrov. Ta operacija je abdominoperinealna ekscizija danke. Ker pa je funkcija širokega črevesa predvsem shranjevanje črevesne vsebine in absorbcija vode ter elektrolitov, je gostota blata odvisna od obsega resekcije širokega črevesa. Pri neresektabilnih tumorjih danke lahko napravimo paliativno ali razbremenilno dvocevno sigmostomo.

Če obstaja kakršen koli dvom, da se primarna anastomoza ne bo zacelila, moramo prizadeti segment debelega črevesa zaradi perforiranega divertikla ali tumorja resecerati, proksimalni del pa izpeljemo navzven kot kolostomo. Distalni del pa slepo zapremo. Ta operacija se imenuje resekcija po Hartmannu. Oblikovanje stome ne sme ovirati kasnejšo rekonstrukcijo prebavnega trakta. Pri kreiranju stome moramo vedno upoštevati možnost, da bo stoma ostala za stalno. Od 25 do 40 odstotkov transversostom in 40 do 50 odstotkov kolostom po Hartmannu postane trajnih. Hartmannovo kolostomo, ki je narejena zaradi

divertikulitisa, pogosteje zapremo kot stome, narejene zaradi raka (Mealy, et al., 1996).

Indikacije za oblikovanje kolostom (Omejc, 1996):

1. Rak danke in anusa

- trajna kolostoma po abdominoperinealni ekskiziji danke
- zašasna kolostoma po resekciji po Hartmannu
- paliativna kolostoma po neresektabilnih procesih v mali medenici
- protektivna kolostoma pri dehiscenci anastomoze, distalno na debelem črevesu

2. Vnetna obolenja debelega črevesa in danke

- Mb. Crohn danke in anusa s fistulami
- ulcerozni kolitis in proktitis
- divertikulitis (perforacije, absces, difuzni peritonitis)
- psevdomembranozni enterokolitis

3. Poškodbe debelega črevesa, danke in perineja

4. Fistule (rektovaginalne, rektavezikalne)

5. Inkontinenca za blato

6. Paraplegija

Oblikovanje kolostome

Izbira optimalnega mesta stome je zelo pomembna za nego stome. Če je stoma izpeljana skozi trebušno steno na neprimerinem mestu, pogosto pride do odstopanja vrečke in draženja kože. Bolnik mora stomo videti, da jo lahko neguje. Najlažje izberemo mesto stome pred operacijo skupaj z enterostomalnim terapeutom. Mesto določimo tako, da opazujemo bolnika, ko stoji, se priogiba in sedi. Izberemo mesto na trebušni steni, ki ga bolnik vidi in je ravno, brez brazgotin in stran od prominirajočih kosti (Bass, et al., 1997). Pri nujnih posegih določimo mesto stome pred incizijo trebušne stene. Priporočajo kirurški pristop skozi mediano laparatomijo. Stomo naredimo tako, da speljemo črevo skozi mišico rektus abdominis. Najprimernejše mesto za stomo je meja med notranjo in srednjo tretjino črte med popkom in zgornjo sprednjo spinou iliako. Pri debelih bolnikih naredimo stomo nekoliko višje, da jo bolnik lahko vidi in nima težav z nego. Kadar moramo narediti dve stomi pri razširjenih posegih v mali medenici (kolostomo in urostomo), naredimo urostomo nekoliko višje kot kolostomo. Pri urostomi pogosto uporabljamo pas, zato je pomembno, da urostoma ni v isti višini kot kolostoma. Transverzostomo naredimo običajno v zgornjem delu trebuha. Izogibati se moramo kožnih gub in je ne smemo narediti preblizu rebrnega loka (Majno, et al., 1992). Optimalno mesto stome je prikazano na Sliki 3.

Enocevne, terminalne kolostome najpogosteje oblikujemo v spodnjem delu abdomna, na primerni razdalji od popka, zgornje spine iliake, dimelj in operativne

brazgotine kot terminalna sigmostoma po eksciziji danke ali po operaciji po Hartmannu.

Dvocevno kolostomo oblikujemo na vijugi debelega črevesa kot transverzostomo v desnem ali levem zgornjem kvadrantu trebuha ali pa kot sigmostomo v levem spodnjem kvadrantu. To kolostomo napravimo prek jahača. Jahača pustimo, dokler se stoma ne vraste, praviloma 8-10 dni.

V zadnjem desetletju se je v abdominalni kirurgiji uveljavila laparoskopska kirurgija. Kolostome lahko naredimo tudi laparoskopsko, pri tem moramo biti pozorni, da speljemo pravo vijugo skozi trebušno steno (Olineira, et al., 1997).

Zapleti pri izdelavi stom

Med najpomembnejše kirurške zaplete pri izdelavi stom prištevamo: neprimerno mesto stome, ishemično nekrozo, retrakcijo, stenozo, prolaps, peristomalne fistule, zapor tankega črevesa, pojav raka na mestu stome, absces ob stomi in napačna izpeljana vijuga. Med zaplete stom spadajo še dermatitis ob stomi, krvavitev iz varic ob stomi in dehidracija. Največ zapletov se pojavi v prvih petih letih po napravi stome, ne glede nato, ali je bila operacija programska ali nujna (Carlsen&Bergan, 1995). Pri bolnikih s stomo zaradi Crohnove bolezni je več zapletov, medtem, ko ni razlike med bolniki, ki so bili operirani zaradi raka ali divertikulitisa. Bolnike s kronični zapleti (kila, prolaps, stenoza) je pogosto potrebno večkrat operirati (Allen-Mersh&Thomson, 1988).

Neprimerno mesto stome

Izbira optimalnega mesta stome je zelo pomembna za nego stome. Če je stoma izpeljana skozi trebušno steno na neprimernem mestu, pogosto pride do odstopanja vrečke in draženja kože. Bolnik mora stomo videti, da jo lahko neguje. Najboljše je, če izberemo mesto stome pred operacijo skupaj z enterostomalnim terapeutom. Mesto določimo tako, da opazujemo bolnika, ko stoji, se pripogiba in sedi. Izberemo mesto na trebušni steni, ki ga bolnik vidi in je ravno, brez brazgotin in stran od prominirajočih kosti (Bass, et al., 1997). Pri nujnih posegih določimo mesto stome pred incizijo trebušne stene. Priporočajo kirurški pristop skozi mediano laparatomijo. Stomo naredimo tako, da speljemo črevo skozi mišico rektus abdominis. Najprimernejše mesto za stomo je meja med notranjo in srednjo tretjino črte med popkom in zgornjo sprednjo spinno iliako. Pri debelih bolnikih naredimo stomo nekoliko višje, da jo bolnik lahko vidi in nima težav z nego. Kadar moramo narediti dve stomi pri razširjenih posegih v mali medenici (kolostomo in urostomo), naredimo urostomo nekoliko višje kot kolostomo. Pri urostomi pogosto uporabljamo pas, zato je pomembno, da urostoma ni v isti višini kot kolostoma. Stome ne smemo nikoli narediti skozi laparatomjsko rano.

Nekroza stome

Edem stome in venski zastoj pogosto opažamo takoj po operaciji. Ishemija je lahko posledica prekratkega mezenterija ali pa slabe prekrvitve končnega dela črevesa.

Nekroza nastopi pogosteje pri debelih bolnikih in pri nujnih operacijah. Če odmre le nekaj mm črevesa, bolnika ni potrebno operirati. Če sega nekroza do fascije, moramo bolnika ponovno operirati in narediti novo stomo. Kadar odmre del črevesa in ni potrebna ponovna operacija, lahko nastane stenoza stome (Leenen & Kuijpers, 1989). Nekroza se pojavi v 1 do 10 odstotkov kolostom in pri 1 do 5 odstotkov ileostom (Kloo, et al., 1994). Ishemično nekrozo preprečimo tako, da ohranimo marginalno arterijo pri debelem črevesu in zadnjo arkado mezenterija tankega črevesa. Žile v steni črevesa prehranjujejo le 1cm končnega dela črevesa.

Pogreznitev stome

Stoma se pogrezne zaradi prekratkega mezenterija ali predhodne nekroze. Največkrat se to zgodi pri bolnikih s kronično vnetno boleznijo, ki se po operaciji zredijo in se stoma pogrezne zaradi zadebeljene trebušne stene. Za korekcijo stome moramo narediti laparatomijo. Črevo moramo sprostiti, da ga brez tenzije speljemo skozi trebušno steno. Pri kolostovah na levi strani moramo sprostitilienalno fleksuro in podvezati spodnjo mezenterično arterijo na izstopišču iz aorte, da dobimo sproščen zadost dolg del črevesa (Hebert, 1988).

Stenoza stome

Stenoza stome natopi v 2 do 10 odstotkih ileostom in kolostom, največkrat pri bolnikih s Crohnovo boleznijo. Stenozo v nivoju kože lahko oskrbimo z lokalno ekscizijo. Kadar je stenoza posledica Crohnove bolezni, ishemične nekroze ali tenzije, moramo narediti laparatomijo (Shellito, 1998).

Prolaps stome

Največkrat se pojavi pri transverzostomi. Pri večjem prolapsu pa nastopijo težave z nego stome. Lahko pride tudi do vkleščenja in starngulacije. Včasih pomaga ozmotsko zdravljenje z raztopino sladkorja, ki zmanjša edem. Prolaps se pojavi pri sedem do 25 odstotkov transverzostom, dveh do 3 odstotkih končnih kolostom in do 3 odstotkih ileostom (Shellito, 1998; Leong, et al., 1994). Večino prolapsov lahko oskrbimo lokalno z resekcijo dela črevesa in ponovnim všitjem v kožo. Prolabirano stomo na pentlji (loop ostomy) oskrbimo tako, da črevo prekinemo, naredimo končno stomo, distalni del pa kot mukozno fistulo speljemo ob stomi skozi trebušno steno (end loop ostomy).

Peristomalna fistula

Pojavi se ob ileostomi. Nastane lahko ob šivih, s katerimi je stoma prišita na kožo, če so ti šivi iz neresorbibilnega materiala. Fistule nastanejo pri sedem do 10 odstotkih bolnikov s Crohnovo boleznijo. Pri operaciji moramo resecirati del ileuma s fistulo (Leong, et al., 1994).

Ileus

Zapora tankega črevesa nastane zaradi zarastlin po predhodnih operacijah. Lahko ga povzročita tudi volvulus črevesa, ali pa notranja herniacija okrog vijuge črevesa, ki je speljana skozi trebušno steno. Zdravljenje ileusa je kirurško (Wecner, et al., 1993).

Rak na mestu stome

Rak se lahko pojavi na mestu stome, tako kot kjerkoli drugje na debelem črevesu. Če je bil bolnik že operiran zaradi raka črevesa, obstaja značilno večja verjetnost pojava metahronega raka kot pri ostali populaciji. Rak se lahko pojavi tudi na ileostomi, po operacijah zaradi ulceroznega kolitis in polipoze kolona (Carey, 1993). Zdravljenje je kirurško s široko ekscizijo in prestavljivjo stome.

Parastomalna kila

Parastomalna kilas se pojavi pri 2 do 20 odstotkih kolostom in 2 do 5 odstotkih ileostom. Podatki se razlikujejo zaradi tega, ker manjše kile pogosto ne povzročajo težav in so dolgo časa skrite. Z rentgenskim pregledom ali ultrazvočno preiskavo ugotovimo kile, ki jih pri kliničnem preledu ne najdemo ne povzročajo težav. Večina kil nastane v prvih dveh letih po operaciji. Parastomalne kile nastanejo pri starejših bolnikih in pri tistih, ki že imajo kilo v trebušni steni. Povečano tveganje za nastanek kile je pri bolnikih s povečano telesno težo, pri podhranjenih, bolnikih s kroničnim kašljem in vnetjem v rani (Shellito, 1998; Cheung, et al., 2001).

Rezultati operacij parastomalnih kil so slabi. Majhne kile so običajno asimptomatske in jih ni treba zdraviti. Operirati moramo bolnike z velikimi kilami, kjer je nega stome težavna in povzročajo bolečine. Absolutna indikacija za operacijo parastomalne kile je inkarceracija, ki je sicer izjemno redka. Kilo lahko oskrbimo z direktnim šivom fascije ali pa s protetičnim materialom (Gore-Tex, MarlexTM) in prestavljivjo stome na drugo mesto v trebušni steni. Po oskrbi kile z direktnim šivom fascije je nad 50 odstotkov ponovitev. Manj ponovitev je pri uporabi protetičnega materiala. Pri uporabi mreže moramo paziti, da ne pride do kontaminacije mreže s črevesno vsebino. Posledica okužbe je vnetje, zaradi katerega moramo mrežo odstraniti. Pri operaciji moramo stomo omejiti od incizijske rane (Carne, 2003).

Peristomalni dermatitis

Dermatitis se pogosteje pojavlja ob ileostomi. Preprečimo ga lahko z dobro narejeno stomo in nego stome. Ileostoma mora biti evertirana in dvignjena 2 do 3 cm nad ravno kožo. Blato, ki prihaja na kolostomo, ki je na levi strani je običajno formirano in ne draži kože, za razliko od tekoče vsebine ki prihaja na ileostomo, ki se razlije po koži in jo draži (Garcia-Botello et al., 2004).

Dehidracija

Dehidracijo opažamo pri bolnikih z ileostomo. Na ileostomo praktično vedno izteka tekoča vsebina. Nevarnost dehidracije je največja v prvih tednih in mesecih po operaciji, dokler se tanko črevo ne adaptira na izgubo absorpcijske sposobnosti debelega črevesa (Hallbook, 2002). Bolnikom moramo priporočiti pitje dosti tekočin, še posebej ob toplem vremenu.

Peristomalne varice

Pri bolnikih s cirozo je stoma povezava med portalno in sistemsko cirkulacijo in se lahko razvijejo kolaterale. Varice ob stomi lahko občasno krvavijo. Krvavitev zaustavimo s koagulacijo, sklerozacijo ali podvezanjem kolateral med sluznico in kožo. Ti postopki so začasni (Shellito, 1998; Roberts 1990). Portokavalna anastomoza ali transplantacija jeter je trajnejša rešitev.

Zapleti pri zaprtju stom

Najprimernejši čas za zaprtje stome je tri mesece po prvi operaciji, ko zarastline v trebušni votlini niso več tako čvrste. Tudi edema trebušne stene in stome ni več. Pred zaprtjem stome moramo pregledati črevo distalno od stome bodisi s kolonoskopom ali z rentgensko kontrastno preiskavo, da izključimo iztekanje iz anastomoze, stenozo črevesa ali pa sinhroni rak črevesa (Wong et al., 2005).

Pri zaprtju ileostome imamo včasih inkongruenco lumnov črevesa in naredimo lahko anastomozo stran s stranjo. Manj zapletov je takrat, ko reseciramo del črevesa s stomo, kot pa če le ekscidiramo del stene in defekt zašijemo. Kožo zašijemo situacijsko, da preprečimo vnetje v rani (Metcaif, 1989).

Pri rekonstrukciji po Hartmannovi operaciji moramo nareediti laparatomijo, si prikazati distalni del črevesa in nato nareediti anastomozo. V mali medenici naredimo anastomozo s cirkularnim spenjalnikom. Črevo moramo pri operaciji sprostiti, da je anastomiza brez tenzije.

Med zaplete po zaptju stome prištevamo vnetje v rani, dehiscence anastomoze, fistule, abscese v trebuhu in peritonitis (Bakx, et al., 2004).

Pozni zapleti so stenoze na anastomozi, ileus in pooperativna kila (Kaidar-Person, 27).

Zaključek

S tehnično pravilno narejeno kolostomo dosežemo dober funkcionalni rezultat in zmanjšamo možnost zapletov. Kolostomo moramo speljati skozi mišico rektus abdominis in ne lateralno.

Kolostoma pomeni velika psihična obremenitev za bolnika, toliko bolj, če to predstavlja definitivno stanje po neozdravljeni osnovni bolezni. Vsakega bolnika moramo pred operacijo seznaniti z možnostjo, da začasna kolostoma postane stalna. Trajna kolostoma pride v poštev kot definitivno stanje, kadar ni mogoče odvajanje blata po naravni poti, začasna kolostoma pa kadar je potrebno začasno izključiti odvajanje blata po naravni poti in je predvidena rekonstrukcija

prebavnega trakta. Pomembna je vloga enterostomalnega terapevta, ki skrbi za bolnika in mu nudi tudi psihološko podporo.

Literatura

Allen-Mersh TG, Thomson JP. Surgical treatment of colostomy complications. Br J Surg 1988;75:416-8.

Bakx R, Bisch OR, Bemelman WA, et al. Morbidity of temporary loop ileostomies. Dig Surg 2004;21:277-81.

Bass EM, Del Pino A, Tan A, Pearl RK, Orsay CP, Abcarian H. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? Dis Colon Rectum 1997;40:440-2.

Carey PD, Suvarna SK, Baloch KG, Guilou PJ, Monson JR. Primary adenocarcinoma in an ileostomy: a late complication of surgery for ulcerative colitis. Surgery 1993;113:712-5.

Carlsen E, Bergan A. Technical aspects and implications of end ileostomy. World J Surg 1995;19:632-6.

Carne PW, Robertson GM, Frizelle FA. Parastomal hernia. Br J Surg 2003;90:784-793.

Cheung MT, Chia NH, Chiu WY. Surgical treatment of parastomal hernia complicating sigmoid colostomy. Dis Colon Rectum 2001;44:266-70.

Garcia-Botello SA, Garcia-Armengol J, Garcia-Granero E, et al. A prospective audit of the complications of loop ileostomy construction and takedown. Dis Colon Rectum 2004;21:440-6.

Hallbook O, Matthiessen P, Leinskold T, et al. Safety of the temporary loop ileostomy. Colorectal Dis 2002;4:361-4.

Hardy KJ. Surgical history. Evolution of the stoma. Aust N Z J Surg 1989;59:71-7.

Hebert JC. A simple method for preventing retraction of an end colostomy. Dis Colon Rectum 1988;31:328-9.

Juvan R, Jelenc F. Kirurško zdravljenje zapletov stom. In: Repše S ed. Kirurgija raka debelega črevesa in danke. Kirurška šola. Ljubljana Kirurška klinika 2006; v tisku.

Kaidar-Person O, Person B, Wexner SD. Complications of construction and closure of temporary loop ileostomy. 2009;24:711-723.

Khoo RE, Cohen MM, Chapman GM, Jenken DA, Langevin JM. Loop ileostomy for temporary fecal diversion. Am J Surg 1994; 167:519-22.

Leenen Lp, Kuypers Jh. Some factors influencing the outcome of stoma surgery. Dis Colon Rectum 1989;32:500-4.

Leong AP, Londono-schommer EE, Phillips RK. Life table analysis of stomal complications following ileostomy. Br J Surg 1994;81:727-9.

Majno Pe, Lees VC, Goodwin K, Everett WG. Siting a transverse colostomy. Br J Surg 1992;79:576-7.

Majno Pe, Lees VC, Goodwin K, Everett WG. Siting a transverse colostomy. Br J Surg 1992;79:576-7.

Mealy K, O' Broin E, Donohue J, Tanner A, Keane FB. Reversible colostomy-what is the outcome? Dis Colon Rectum 1996;39:1227-31.

Metcaif AM, Dozois RR, Beart FW JR et al Temporary ileostomy for ileal pouch-anal anastomosis. Function and complications. Dis Colon Rectum 1986;29:300-3.

OliveiraL, Reismann P, Nogueras J, Wesner SD. Laparoscopic creation of stomas. Surg Endosc 1997;11:19-23.

Omejc M. Obhodne anastomoze in stome pri raku širokega črevesa in danke. In: Repše S ed. Kirurgija debelega črevesa in danke. Kirurška šola. Ljubljana Kirurške klinike KC, 1996; 149-52.

Roberts PL, Martin FM, Schoetz DJ Jr, Murray JJ, Coller JA, Veidenheimer MC. Bleeding stomal varices: the role of local treatment. Dis Colon Rectum 1990;33:547-9.

Shellito PC. Complications of abdominal stoma surgery. Dis Colon Rectum 1998;41:1562-72.

Shipp JD. Surgery for toxic megacolon experience with the Turnbull-Weakley technique. *Dis Colon Rectum* 1974;17:342-6.

Wexner SD, Taranow DA, Johansen OB. Loop ileostomy is a safe option for fecal diversion. *Dis Colon Rectum* 1993;36:349-54.

Wong KS, Remsi FH, Gorgun E, et al. Loop ileostomy closure after restorative proctocolectomy. Outcome in 1504 patients. *Dis Colon Rectum* 2005; 48:243-50.

SPOLNO ŽIVLJENJE PACINETOV S STOMO

SEXUAL LIFE OF PATIENTS WITH A STOMA

Ines Prodan, dipl.m.s.

Splošna in učna bolnišnica Izola

Abdominalni oddelok

ines.prodan@sb-izola.si

Ključne besede: stoma, spolnost, samopodoba, partner, enterostomalni terapevt

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Spolnost je pomemben del življenja vsakega posameznika. Pacientu, kateremu je narejena stoma, lahko njegova spremenjena fizična podoba in samopodoba močno vpliva na spolno življenje. Ravno to lahko vpiva na doživljanje lastne spolnosti, kot tudi spolnosti v odnosu do partnerja. Govoriti o spolnem življenju pri pacientih, ki so na zdravljenju ali na rehabilitaciji, je običajno stranskega pomena. Moči, znanje in izkušnje medicinskih sester so velikokrat usmerjene v zagotavljanje kakovostnega zdravljenja, ki pa ne zajema področja spolnosti. Razumeti je potrebno, da je spolnost področje, o katerem še dandanes težko spregovorimo tako zdravstveni delavci kot pacienti. Ljudje, ki dobijo stomo, se znajdejo v vrtincu zdravljenja, učenja, prilagajanja in sprejemanja svoje nove podobe. Ravno zato je pomembno, da so strokovnjaki, ki jim pomagajo na poti okrevanja, tisti, ki jim nudijo poleg njihovega znanja in izkušenj tudi posluh in pomoč na področju spolnosti, o katerem pacinetti s stomo težko spregovorijo.

Metode: Izvedli smo raziskavo, instrument za zbiranje podatkov so bili intervjuji, ki smo jih izvedli na podlagi pol strukturiranega vprašalnika. Za doseganje triangulacije smo izvedli intervjuje pri različnih skupinah udeleženih v tematiku, ki jo raziskujemo. Zajeli smo pacienta s stomo, partnerja pacienta s stomo in enterostomalnimi terapeutki v Sloveniji. Intervjuji so potekali v času med novembrom in decembrom 2015. Naredili smo transkripte podatkov in jih kategorizirali v štiri kategorije. Pridobili smo si vsa dovoljenja za izvedbo intervjujev od delovne organizacije ter od posameznih intervjuvancev.

Rezultati: V rezultatih prikazujemo pet kategorij, ki smo jih razvrstili vsebinsko: "doživljanja ob pridobitvi stome", "spremenjena telesna podoba", "odnos do spolnosti", "prilagoditve v spolnem življenju" in "težave s stomo v spolnem življenju". Z raziskavo smo pridobili vpogled v doživljanje spolnosti pri pacientih s stomo. Izkazalo se je, da v veliki meri vplivajo izkušnje v spolnosti, ki sta jih

partnerja imela pred operacijo. Nekoliko več težav z lastno samopodobo po operaciji navajajo ženske.

Razprava: Ugotovili smo, da je spolno področje pri pacientih s stomo v Sloveniji neraziskano in ponuja veliko možnosti za nadaljnje delo. Glede na to, da se še vedno kaže kot tabuizirano s strani pacientov in zdravstvenih delavcev, je smiselno o tem govoriti in pisati, saj je za kakovostno življenje pomembno tudi kakovostno spolno življenje. V zdravstvenovzgojnemu delu se je potrebno zavedati še metode dela, ki je smiselna za tovrsno tematiko in to je individualno delo.

Zaključek: Spolnost je pomembno področje v življenju posameznika. Hendersonova ga uvršča med 14 življenjskih aktivnosti, ki jih pri pacientu zagotavlja medicinska sestra. Enterostomalni terapevti so strokovnjaki na področju zdravstvenovzgojnega dela za področje enterostomalne terapije, kamor sodi tudi pacient z izločalno stomo. Njena naloga je pacientu s stomo nuditi potrebne informacije in pomoč pri reševanju morebitnih težav, kjer jih pacient potrebuje, prav tako na področju spolnosti in tako dvigniti kvaliteto življenja pacientov s stomo.

Key words: ostomy, sexuality, body image, partner, enterostomal therapist,

ABSTRACT

Theoretical background: Sexuality is an important part of everyone's life. A stoma may change the patient's physical appearance and so reduce the self-esteem significantly to the point that may affect the sexual life. The experience of their own sexuality and the sexuality in relation to their partner can be distorted. Discussing with these patients about the sex life is for nurses usually of a marginal importance. Power, knowledge and experience of nurses are often directed to ensuring the quality of treatment, but do not cover the field of sexuality. It is not easy for both the patient and the medical workers to start to talk about the sex life. Stoma patients are suddenly found in a new situation, which they must adapt to, learn new things and raise their self-esteem. This is why the experts are highly needed not only to teach the stoma related problems, but also to listen, talk and help with sexually related problems.

Method: We conducted a study, in which the basic instrument for data collection was the interview that was run through a half-structured questionnaire. To achieve triangulation we made the interviews with the various groups involved in the study. We interviewed the stoma patients, partners and the stoma therapists in Slovenia. The study was run in November and December 2015. On the basis of data transcripts we formed four categories. Every step in the study was done with the written consensus from working organization as well as from the interviewees.

Results: The results are presented in five categories according to content: "self-perception with a stoma", "changed self-esteem", "perception of their own sexuality", "changes in the sexual life" and "the problems with the stoma in the sexual life". With this research we have gained an insight into the experience of

the stome patients' sexuality. It was noticeable that everything mainly depends on the sexual life, which they had before the surgery and the partners' and the patients' attitude towards sexuality. More self-esteem problems after stoma operation are seen in the female population.

Discussion: Through this study we discovered that sexual life of patients' with a stoma in Slovenia is poorly researched and so it offers a lot of possibilities for studying further in the future. Such a topic is still considered as a taboo theme by both the patients and the medical workers. Therefore speaking and writing about this should help to improve the quality of life in patients' with a stoma and also their sexualy life. Due to this sensitive issue the medical workers should have a more individual approach with the stoma patients.

Conclusions: Sexuality is a significant part of people lifes, which is ranked among the 14 life activities by Henderson, which should be provided by the nurse. Enterostomal therapists are experts in the educating the patients with a stoma. Therapist should provide all the necessary information that patients need when it comes to the stoma, dealing with the new way of life and quality of it. Among that is definitively the sexual life.

Uvod

Spolnost je zapletena človekova dejavnost, ki ima svojo biološko osnovo (določa jo prek genov in hormonov kot spol: moški ali ženska) (Ziher, 2007). Na tej biološki osnovi se nato razvije duševni, vedenjski odnosi in družabni del spolnosti. Poenostavljeni rečeno: človekovo spolnost opredeljujejo spolna identiteta in spolna pripadnost, spolna usmerjenost, spolne fantazije in spolno vedenje (Ziher, 2007). Spolnost je predvsem odnos med dvema človekom. Kakovost partnerskega odnosa v bistvu določa tudi kakovost spolnega odnosa (v širokem pomenu besede) obeh. Bistvene sestavine kakovostnega partnerskega in s tem tudi spolnega odnosa so (Ziher, 2007): odnos do samega sebe, samopodoba oziroma samospoštovanje obeh partnerjev, ljubezen (kar ni isto kot zaljubljenost), komunikacija (sporazumevanje, sporočanje) med partnerjema (tudi in ali predvsem sporočanja čustev), enakost obeh partnerjev, znanje o spolnosti, zadovoljevanje potreb drug drugemu, odsotnost dlje trajajočih duševnih motenj in telesna zmogljivost. Vpliv stome na spolnost posameznika (tako spolno aktivne ali spolno ne aktivne),samske, homoseksualce ali heterosksualce, poročene, v kratki ali dolgi zvezi je ogromen. Težko je z zagotovostjo povezati, ali so spolne težave pri pacientu s stomo po operaciji psihogene ali organske (Turnbull, 2001). V veliki meri je spolnost pacienta s stomo odvisna od poteka same operacije,predhosnih izkušenj v spolnosti ter partnerja. Ko omenimo partnerja, mislimo na medsebojni odnos,ne samo njuno spolno življenje. Če je v tem odnosu prevladovala ljubezen, zaupanje, intimnost in usklajeno spolno življenje, potem ni videti nobenega problema v njunem spolnem življenju tudi po operaciji (Ziher, 2007). Oblikovanje stome zaradi operacije

predstavlja veliko spremembo v življenju osebe in vodi v zapletene čustvene, socialne in telesne pomislite, vključno s spolnostjo. Oblikovanje stome lahko vpliva na spolnost direktno z motnjo živčevja in prekrvavitve spolnih organov in indirektno, s spremenjeno podobo, samopodobo, mestom stome in težavo z upravljanjem s stomo med spolno aktivnostjo. Pomembno vlogo imajo strokovnjaki pri vzgoji (učenju) in svetovanju (Weerakoon, 2001). Po operaciji, ketere izid je stoma, postane življenje pacienta do določene stopnje negotovo. Posamezniki se srečujejo z mnogimi negotovostmi in strahovi, ki so povezani z bolezni, sedanjostjo, prihodnostjo, s spremenjemi odnosom do sebe, s spremenjem odnosom do sveta, do bližnjih, do dela itd. Te posledice so včasih še bolj obremenjujoče kot sama fizična bolečina. Ranljiva postane tudi človekova samopodoba. Pacient s stalno stomo mora za vse življenje sprejeti svojo podobo s stomo in iskati možnosti, da bo kljub stomi živel kakovostno. Torej ne gre le za začasno vlogo, temveč za trajen življenski položaj posameznika, ki mora živeti v svetu drugačnih, v svetu, kjer se večina ljudi s problemi, povezanimi s stomo, ne srečuje (Bavčar, Škrabl, 2009). Kakor pacienti s kronično bolezni in invalidne osebe morajo tudi pacienti s stomo po operaciji v svojem življenju obvladati naslednje strategije (Ule, 2003): najti smisel življenja kljub trajni invalidnosti, izdelati prilagoditev v vsakdanjem življenju, na novo oblikovati samopodobo (odnos do samega sebe). Pacienti potrebujejo čas za žalovanje, saj v kratkem času izgubijo veliko. Njihova intimna opravila so pred operacijo potekala v zasebnosti (uriniranje, izločanje blata, izločanje plinov) in potekajo sedaj brez njihovega nadzora, tudi vonj in hrup (Turnbull, 2001). Izguba nadzora telesa, ki smo ga skrbno pridobili v otroštvu, spremišča občutek sramu in zadrege (Wals et al, 1995). Izguba nadzora ustvari občutek, da niso sprejeti. Pacient postane bolj občutljiv na negativne reakcije drugih in zelo občutljivi na vse vrste zavrnitev svojih trenutnih ali bodočih partnerjev. Tak odmik od medosebnih odnosov, socialnih stikov in čustven umik vodi pogosto v to, da živijo kot v puščavi (Turnbull, 2001). Spalnica, zato postane test, kjer je sprejemanje partnerja dano na preiskus, saj je stoma izpostavljena, vidna in prizadet partner čuti povečano grožnjo do zavrnitve. Ravno v tovrstnih situacijah postanejo občutki privlačnosti, zaželenosti, ljubezni in spolnosti težavni za oba partnerja. V raziskavi oseb s stomo, starejših od 50 let (Mihalopoulos, Trunnel, Ball and Moncur, 1994) se je približno 8% anketirancev ločilo in 63 odstotkov ločenih so začeli ločitev po operaciji in verjamejo, da je operacija kriva za ločitev (Turnbull, 2001). V raziskavi, ki je bila narejan v Braziliji (Barco et al., 1996) so ugotovili, da devet in petdeset odstotkov intervjuvanih oseb poroča, da so spolni odnosi odsotni ali zmanjšani. Štiri in petdeset odstotkov meni, da so razlogi temu psihične težave ravno toliko pomembne kot fizične težave po operaciji in šest in štirideset odstotkov meni, da niso povezani s postoperativnim okrevanjem. V sorodni raziskavi partnerjev oseb s stomo (Andrade et al., 1996), je 66 odstotkov anketirancev navedlo, da je bila glavna sprememba, ki jo povzroči stoma, odsotnost spolnih odnosov predvsem zaradi nerešenih psiholoških težav med partnerjema.

Spolnost je del aktivnosti življenja posameznika. Pri pacientu s stomo se ob operativnem posegu, kjer je kirurg naredil stomo, zgodita dva pomembna dejavnika. Eden je okrnjena samopodoba pacienta, drugi dejavnik - poškodbe živčevja v medeničnem delu, ki vplivajo na kakovost spolnega življenja pacienta. Ker je rehabilitacija pacienta po operaciji velikega pomena, ne samo v smislu menjave pripomočka, temveč predvsem socializacije in kakovosti življenja, smo se odločili raziskati področje spolnosti kot kakovosti življenja pacienta s stomo. Namen raziskave je proučiti področje spolnega življenja pri pacientih s stomo. Raziskovalna vprašanja, ki smo si jih zastavili so: "V kolikšni meri vpliva speljava stome na patientovo kakovost spolnega življenja", "Kateri so razlogi za težave v spolnem življenju pacienta s stomo", Na kakšen način lahko patient s stomo izboljša kakovost lastnega življenja s stomo."

Metode

V raziskavi smo za pridobivanje podatkov uporabili kvalitativni pristop. Kot raziskovalni instrument smo uporabili pol strukturiran vprašalnik z vprašanji odprtega tipa, ki je vseboval deset vprašanj. Vprašalnik nam je služil kot usmeritev za izvedbo intervjujev. Vprašanja smo oblikovali na podlagi pregleda literature in pregleda rezultatov kvalitativnega dela raziskave izvedene v okviru Zbornice Zvezе, Sekcije medicinskih sester v enterostomalni terapiji, ki je leta 2008 izvedla intervjuje s patienti s stomo. V nekem delu so se v intervjuji dotaknili tudi področja spolnosti. Podatki so bili obdelani in le delno objavljeni (Štemberger Kolnik, Majcen Dvoršak, 2010). Za uporabo transkriptov izvedenih intervjujev smo si pridobili soglasje strokovne sekcije.

V vzorec smo zajeli dve osebi s stomo (moški s trajno kolostomo starim 51 let in žensko z začasno ileostomomo, staro 32 let), dva partnerja patientov s stomo, dve enterostomalni terapevtki, ki se redno srečujeta s patienti s stomo.

Za izvedbo intervjujev smo pridobili soglasja organizacije, v kateri sta bila paciente operirana, posebej pa smo za izvedbo in objavo pridobili soglasje vseh udeležencev v intervjujih (izjavo so udeleženci pisno podpisali). Intervjuji so bili izvedeni med novembrom in decembrom 2015 in so potekali brez posebnosti. Nekateri niso stekli na dan prvega srečanja, ampak so udeleženci potrebovali več časa, da spregovorijo o občutljivi temi, zato smo se s posameznikom dobili večkrat. Na intervjuju je vedno sodeloval le en intervjuvanec. Za vodilo pri izpeljavi intervjujev smo imeli pripravljen strukturiran vprašalnik, vendar je pogovor nanesel tudi na doživetja posameznika.

Rezultati

Iz pridobljenih rezultatov smo identificirali pet večjih skupin podatkov, ki smo jih razvrstili v kategorije:

- doživljanja, ki jih opisujejo ob pridobitvi stome,
- spremenjena telesna podoba,

- odnos do spolnosti,
- spremembe v spolnem življenju,
- težave s stomo v spolnem življenju.

Izvedenih je bilo šest intervjujev, ki jih bomo kodirali z znaki: PS1, PS2, PA1, PA2, ET1, ET2.

Vse tri skupine udeležencev (pacient s stomo, partner pacienta s stomo, enterostomalna terapeutka) so odgovorili na zastavljena vprašanja, ki so se nanašala na grupirana področja. Pri intervjuvancu s trajno kolostomo opazimo, da nima nikakršnih zadrškov pri podajanju odgovorov. Na zastavljena vprašanja odgovarja pred partnerjem. S spolnostjo ni imel težav, ne pred operacijo in ne po njej. Pri drugem intervjuvancu se razbere, da so bile po operaciji prisotne težave, predvsem s skrbjo zaradi partnerjeve sprejetosti. Navaja obremenjenost z okolico. Oba s partnerjem sta dobila informacije s strani zdravnika, eden, da bo stoma nujno potrebna, drugi, da je lahko izid operacije stoma. Stoma s strani pacienta ni bila pričakovana, ker je bilo predstavljen kot najbolj črn scenari poteka operacije. Po posegu je bila na trebuhi pacienta ileostoma. En intervjuvanec je imel trajno kolostomo, drugi začasno ileostomo. Pri analizi odgovorov ni razbrati, da bi intervjuvancu z ileostomo povzročalo težave praznjenjem vrečke, predvsem se izkaže kot moteča stoma na trebuhi, strah pred odzivom partnerja. Intervjuvanec s kolostomo ne navaja težav s sprejemanjem svojega telesa po operaciji. Spremembo v spolnem življenju je zaznati v obdobju takoj po operaciji. Po nekaj mesecih navajajo potrebo po spolnosti, ki je privedla do pogovorov med partnerjema in ureditvijo spolnega življenja. Težave, ki so se pojavljale, so reševali sproti. Tako s strani patientov kot s strani partnerja zaznamo potrebo po pogovoru s strokovnjakom. Intervjuvanci se zavedajo pomena dobre komunikacije in razumevanja s partnerjem, saj vedo, da bi bilo v nasprotnem primeru težje. Intervjuvancu z ileostomo je bil partner v veliko pomoč, prek pogovora in z razumevanjem sta premagala ovire, ki so se pojavile na poti. Intervjuvanec s kolostomo se je težav največkrat lotil sam in jih uspešno premagal. Intervjuvanim partnerjem stoma pri partnerju ni povzročala večjih težav. Morda je bil najtežji trenutek prvo srečanje s stomo. S časom jim je postala stoma nekaj vsakdanjega. Enterostomalni terapeutki, ki dnevno delata s pacineti s stomo, opisujeta spolnost kot potrebo, ki se izkaže po končani rehabilitacijski in pacinetu v začetni fazi ni pomembna. Povedo, da se večina izogiba pogovoru o spolnosti. Drži pa dejstvo, da je vsekakor odvisno, v katerem življenjskem obdobju je pacinet s stomo, ali je še spolno aktiven, ali je samski ali v zvezi. Tudi z njihove strani dobimo potrditev, da je partner v odnosu do spolnosti pomemben, da partnerji želijo biti vključeni v rehabilitacijo pacienta s stomo. Podrobnejše prikazujemo pregled pridobljenih podatkov v Preglednici 1.

Preglednica 1: Prikaz grupiranja podatkov po kategorijah

<u>SKUPINA</u>	<u>DOŽIVLJANJA, KI JIH OPISUJEJO OB PRIDOBITVI STOME</u>	<u>SPREMENJENA TELESNA PODOBA</u>	<u>ODNOS DO SPOLNOSTI</u>	<u>SPREMENBE V SPOLNEM ŽIVLJENJU</u>	<u>TEŽAVE S STOMO V SPOLNEM ŽIVLJENJU</u>
OSEBE STOMO S	<p>PS1: Nisem imel nobenih težav s sprejemanjem stome.</p> <p>PS1: ...si nisem belil glave...</p> <p>PS2: ...ker mi je predstavljal samo praznjenjetorej dodatno delo...</p>	<p>PS1: Vedel sem, da je to del mene.</p> <p>PS1: ...razen spremembe na trebuhu...</p> <p>PS2: ...kako to prikriti...</p> <p>PS1: ...s časom sprejmeš telo in veš, da brez stome ne bi bil več na tem svetu.</p> <p>PS2: ...telo sem doživiljal z občudovanjem, kaj vse lahko prenesemo.</p> <p>PS2: ...nisem polagal veliko pozornosti telesu, razen temu kako prikriti stomo...</p>	<p>PS1: ...težav nisem imel takrat in niti sedaj...</p> <p>PS1: Isti sem kot prej, samo nege sem se moral naučiti.</p> <p>PS1: Na začetku smo se morali navaditi, vse se da rešit, če je volja.</p> <p>PS2: Do spolnosti sem s stomo bil zelo zadržan, ker se nisem takoj sprek, vendar sva imela veliko pogovorov na to temo, sem se pa hitro sprostil.</p>	<p>PS1: Spremeba je...</p> <p>PS1: Pred operacijo je bilo vsak dan.</p> <p>PS2: Spremenilo se je v moji glavi.</p> <p>PS2: ...še težje se je pred partnerjem sleč...</p> <p>PS2: Nekaj časa nisva imela veliko "akrobacij" pri sponem odnosu, s časom pa ni bilo nobenih težav...</p>	<p>PS1: ...večjih ni bilo, mogoče to, da priteče malo blata, pa je neprijetno..</p> <p>PS1: Pa tako je, če želiš vse narediš.</p> <p>PS2: ...ugotoviš hitro, da obstajajo vrečke, ki prikrijejo stomo...</p> <p>PS2: Veliko pogovora je bilo treba s partnerjem, da sem se sprostil, res smo zakompleksani...</p>
PARTNERJI	<p>PA1:...najraje bi umrel...</p> <p>PA1: Na začetku je ni hotel pogledati, kot, da ni njegova.</p> <p>PA2: ...fizično težko, še bolj pa psihično...</p> <p>PA2: ...ranjeno, manj vredno...</p>	<p>PA2: ...sram...</p> <p>PA2: ...počutil prizadeto...</p> <p>PA1: Sram ga je bilo hoditi med ljudi.</p> <p>PA2: ...zaradi komentarjev, s i se zredil...</p>		<p>PA1: Na začetku ni bilo govora o tem, dolgo, dolgo ne.</p> <p>PA1: ...pogogarjat ampak na smešen način...</p> <p>PA1: V bistvu spolnega življenja ni bilo.</p> <p>PA2: ...po 2-</p>	<p>PA1: Spolnih odnosov več nimava.</p> <p>PA1: ...najdla sva drug način....Z doditiki, objemi, poljubčki.</p> <p>PA2: Partner je stomo skrival, ker ni zgledala lepo.</p> <p>PA2: Ena izmed težav je bila sproščenost. ...na začetku je bila težava v bolečih odnosih..</p>

PARTNERJI	<p>PA1:...najraje bi umrel...</p> <p>PA1: Na začetku je ni hotel pogledati, kot, da ni njegova.</p> <p>PA2: ...fizično težko, še bolj pa psihično...</p> <p>PA2: ...ranjeno, manj vredno...</p>	<p>PA2: ...sram...</p> <p>PA2: ...počutil prizadeto...</p> <p>PA1: Sram ga je bilo hoditi med ljudi.</p> <p>PA2: ...zaradi komentarjev, s i se zredil...</p>		<p>PA1: Na začetku ni bilo govor o tem, dolgo, dolgo ne.</p> <p>PA1: ...pogorljat ampak na smešen način...</p> <p>PA1: V bistvu spolnega življenja ni bilo.</p> <p>PA2: ...po 2-3 mesecih so se počasi uredili...</p> <p>PA2: ...manj kot pred operacijo...</p>	<p>PA1: Spolnih odnosov več nimava.</p> <p>PA1: ...najdla sva drug način....Z doditiki, objemi, poljubčki.</p> <p>PA2: Partner je stomo skrival, ker ni zgledala lepo.</p> <p>PA2: Ena izmed težav je bila sproščenost.</p> <p>...na začetku je bila težava v bolečih odnosih..</p>
ENTEROST OMALNI TERAPEVT	<p>ET1: Osebe s stomo doživljejo svoje telo kot nekaj nenavadnega, tujega.</p> <p>ET2: Nekteri so zadržani, ne komentirajo.</p> <p>ET2: ...nekaterim se situacija gnjusi....</p> <p>ET2: ...nekateri izražajo presenečenje ...</p> <p>ET2: ...nočejo imeti opravka s stomo...</p> <p>...sovražim stomo, sovražim svoje telo.</p> <p>ET1: V začetku je osebe s stomo</p>	<p>ET1: ...kaj bodo drugi rekli...</p> <p>ET1: Mnogi se počutijo umazani, kužni.</p> <p>ET1: ...s časom se nekako sprijeznejo s tem, strah izginja...</p> <p>ET1: ...se veliko pogovarjajo o svojem telesu, o stomi...o zunanjem videzu, predvsem ali se kaj opazi pod obleko...</p> <p>ET2: Pogovor o telesu je usmerjen v točno določen predel, kjer imajo stomo....</p> <p>ET2:</p>	<p>ET1: ...se žal malo pogovarjajo ...</p> <p>ET1: ...se temu izogibajo ali pa kažejo, rečejo, da jim to ni tako pomembno..</p> <p>ET1: ...da se temu področju pričnejo posvečati šele mesec ali celo leto ali več po operaciji...</p> <p>ET2: ...ne začenjajo te teme...</p> <p>ET1: ...pogojeno s tem kakšen odnos sta imela partnerja že pred</p>	<p>ET1: Po operaciji je osebi s tomo spolno življenje popolnoma na stranskem tiru.</p> <p>ET1: ...precej pogojeno tudi s tem kakšna je bila spolnost prej in kakšno pozornost ji namenijo.</p> <p>ET2: Verjetno jim do seksa ni preveč, intimnosti, nežnosti si pa želijo.</p> <p>ET2: Marsikdo se izogiba telesnim stikom.</p>	<p>ET1: ...jih vedno skrbi kaj če bo vrečka popustila, ali lakh stomo poškodujejo.</p> <p>ET1: ...rešujejo tako, da si vrečkopred spolnostjo izpraznijo...</p> <p>ET1: ...si preko namestijo kakšno ruto...</p> <p>ET2: Pri istospolnih usmerjnih moških s stomo, predstavlja odstranitev rektuma problem pri izpeljavi spolnega odnosa.</p> <p>ET2: Nasveti...izprazni, za menjaj vrečko, dodaj sredstvo za preprečevanje vonja v vrečko, uporabi majhno vrečko, prekrij vreško z blagom,....</p> <p>ET2: ...bolečine pri</p>

Razprava

S pomočjo raziskave smo želeli pridobiti vpogled na področje spolnosti pri pacinetih s stomo. Med operativnim posegom, pri katerem kirurg izpelje črevesje na trebušno steno, lahko pride do zapletov, pri katerih je izražena poškodba živčevja v medeničnem dnu. Kot posledica se pokaže motnja v erekciji in-ali ejakulaciji pri moškem in moteno senzibilitete nožnice pri ženskah (Bernini et al., 2011). Prav tako se pri pacientih, pri katerih med operativnim posegom ni prišlo do omenjenih zapletov, pojavi zmanjšana želja ali celo odsotnost spolnih odnosov.

Ljudje imajo fiziološko prisotno potrebo po spolnosti skozi vse življenje ne glede na morebitno invalidnost ali bolezen. Spolnost je sestavni del našega življenja in našega biti (Weerakoon et al., 2001). Potreba po spolnosti se izraža na različne načine, kot recimo PS2: "Do spolnosti sem s stomo bila zelo zadržana, ker se nisem takoj sprejela, vendar sva imela veliko pogovorov na to temo, sem se pa hitro sprostila." in PS1: "Težav nisem imel takrat in niti sedaj".

Pri obravnavi spolnosti je potrebno zaobjeti več dejavnikov. Pojem je širok in ne vključuje samo spolnih odnosov, temveč tudi odnos med partnerjema, do sebe in okolice. Dotika se intimnega okolja posameznika in je ravno zato področje, ki se ga težko dotaknemo in kolikor se ga, je to le bežno. Kakor pravi raziskava (Štemberger Kolnik, Majcen Dvoršak, 2010) večino informaciji pacineti s stomo dobijo v bolnišnici, bodisi od enterostomalne terapevtke bodisi od zdravnika operaterja. Velik delež informiranja pripada patronažni medicinskim sestrar oziroma enterostomalnim terapeutom na terenu, najmanj informacij pa pacineti s stomo dobijo od osebnega zdravnika in medicinske sestre v zdravstvenih domovih.

Področje spolnosti pri pacientih s stomo v Sloveniji ni raziskano. Delno se ga je dotaknila raziskava informiranosti kot ključno vodilo do kakovosti življenja pacinetov s stomo iz leta 2008 (Štemberger Kolnik, Majcen Dvoršak, 2010).

Veliko tujih raziskav nam poda podatke, da po operaciji so poleg telesnih težav tudi psihološke. Razvidno je, da se po tem, ko pacient dobi stomo, spolnost zmanjša oziroma je ni več. V naši raziskavi je razvidno, da je veliko odvisno od spolnosti, ki jo je pacient imel pred operacijo, od starosti pacienta s stomo in odnosa med partnerji. Zajeli smo dva stomista, ki sta bila spolno aktivna pred operacijo in tudi po njej, saj smo le tako lahko razskali njihovo doživljjanje spolnosti s spremembami, ki jih je prinesla stoma.

Če se dotaknemo raziskave iz leta 2008, Kakovost življanja pacinetov s stomo v Sloveniji (Bavčar in Škrabl, 2009) vidimo, da je povprečna kakovost življenja slovenskih pacientov s stomo ocenjena z 51,5 in je nižja kot pri pacinetih s stomo v drugih evropskih državah. Velikokrat slišimo, da je na podorčju nege stome vse že narejeno, preučeno, pa menim, da ni. Ne gre samo za rehabilitacijo in pravilno uporabo pripomočkov v grobem smisli, temveč za dvig kvalitete življenja pacinetov s stomo, ki si to zaslužijo.

Telesna samopodoba je način, kako "vidimo" sebe in kakšen odnos imamo do našega telesa. Naša telesa se sicer s časom spremenjajo, ker pa so te spremembe postopne, se jih naučimo sprejeti in vključiti v našo podobo o sebi. Nenadna

sprememba telesne podobe, do katere privede stoma, pa je za pacienta težje sprejemljiva. Ta sprememba je povezana tudi s predstavo o delovanju lastnega telesa - o njegovi funkciji. Nenadni pojav "biti" in "delovati" drugače se lahko posledično kaže v različnih negativnih konotacijah v odnosu do sebe, povezanih s telesno samopodobo, spolno samopodobo in s samospoštovanjem, s čimer se pacinet težko sooča (Weerakoon, 2001).

Področje, ki smo se ga dotaknili v naši raziskavi, je za posameznika pomembno in vredno naše obravnave. Drži, da je veliko odvisno od posameznika samega in izida operacije, pa vendar je del tudi na nas strokovnjakih, ki smo ob pacientu. Veliko težav, sodeč po pridobljenih odgovorih, ki nastanejo po operaciji izvirajo iz same stome, kot so vonj, pretakanje in uhajanje iz vrečke. Kot pravi PS1: "Da priteče malo blata, pa je neprijetno.."

Raziskava je pokazala, da partnerja nimata težav s stomo, da jih ne obremenjuje in jim ne povzroč težav, sodeč po izjavah, PA2: "...vendar sem se s časom na stomo navadil in razen specifičnega vonja nisem imel večjih težav..." in PA1: "Nimam nobenih težav z njo". Razlike se pokažejo med težavami, ki jih doživlja ženska in moški. Ženske so bolj obremenjene z svojo podobo, PS2: "...kako prikriti vse skupaj..." ravno zato težje sprejmejo to spremembo in so nekoliko bolj v zadregi s partnerjem. Med pogovorom s PS2 se mi zdi pomemben stavek " Bolje je sprejel kot jaz, bolj je bil sproščen in vsakič mi je rekel, da me sprejme in da sem mu všeč cela, da ga stoma ne omejuje oziroma ne odvrača od tega, da bi se me želet." , ki dokazuje dejstvo, da je pri spolnosti izjemnega pomen odnos s partnerjem. Če poskusimo odgovoriti na zastavljeni vprašanje "V kolikšni meri vpliva izpeljava stome na pacientovo kakovost spolnega življenja?", bi lahko rekli, da precej. Sama stoma na trebuhu predstavlja veliko spremembo v življenju in ravno tako v spolnem življenju. Neizogibno je, da se z njo morajo ukvarjati, se ji prilagajati in iskati optimalne rešitve. Zato lahko trdimo, da stoma vpliva na spolnost posameznika.

Raziskava, ki je bila narejena v Italiji leta 2010 (Bernini et al, 2015), nam potrdi dejstvo, da je izjemnega pomena odnos med partnerjema. V raziskavi kar 63% udeležencev se ni nikoli dotaknilo teme spolnosti, ne pred operacijo in niti po operaciji. Samo 23% se je o temi pogovarjalo po operaciji. Med tistimi, ki so povedali, da o spolnosti niso nikoli govorili, jih je kar 60%, ki bi si o tem želeti govorit. Enterostomalna terapeutka je v 73% tista strokovna oseba, ki je omogočila pogovor o spolnosti. In tudi ta raziskava nam poda podatek, da so ženske imele več težav.

Ravno to, se je izkazalo v naši raziskavi, pacientka s stoma je imela večje težave s svojim telesom kakor moški. Oba sta imela partnerja pred operacijo in sta z istim partnerjem še dandanes. Oba sta jima stala ob strani, ju sploh pa na začetku negovala in s stomo nista imela težav. Kakor tudi literature navaja, imajo ženske nekoliko več težav, ki pa jih lahko z ljubečim partnerjem premagajo. Težave se pojavijo v spolnosti že z sprejemanjem same stome in predvsem sprejemanje težav, ki jih stoma lahko povzroča. Gre za izloček, vonj in zvok, ki so pri stomi bolj

izraženi, vidni, slišni in velikokrat jih presenetiti neprijeten vonj. Eno večjih težav jim predstavlja uhajanja izločka izpod pripomočka med spolnim odnosom.

Velikega pomena je pogovor, razumevanje in sprejemanje, ki omogoči, da se oseba s stomo ne počuti manjvrednega, neprivlačnega in kakor velikokrat slišimo umazanega. Zato menim, da je bistvenega pomena zdravstveno-vzgojno delo, pa ne samo pacientov, temveč tudi partnerjev. Informacije naj bodo dane profesionalno, naj vključujejo vse življenske aktivnosti in ker smo dokazali, da je spolno življenje za posameznika tako zelo pomembno, naj se spolno področje ne zanemari.

Pacient s stomo lahko izboljša kakovost lastnega življenja s spoznavanjem samega sebe, svoje stome, težav in rešitev. Predvsem jim je pomembno, da imajo ob sebi strokovnjake, ki jim pomagajo in jim svetujejo ob morebitnih težavah. Potrebujejo pogovor in čas, ki jima pomagata pri urejanju njihovega novega življenja. Vsak posmeznik je poseben in pomemben in ima pravico do kakovostne obravnave, zato se moremo zavedati metode dela, ki je smiselna za tovrstno tematiko in to je individualno delo.

Zaključek

Operacija, ki ima kot končni rezultat speljano stomo, vedno povzroči preobrat v življenu posameznika. Ženska ali moški, samski/-a ali poročen/-a, ne glede na spolno usmerjenost, lahko dobi stomo zaradi različnih vzrokov, običajo pa sledijo podobne težave in problem.

Vredno je opozoriti na zdravstvenovzgojno delo, ki ga je deležen naš pacient. Začne s prvim stikom pred operacijo in se nadaljujejo, dokler to naš pacient potrebuje. Več informacij, ki jih bo pridobil, višjo kvaliteto življenja bo lahko imel.

Nedvomno je pomembno, da vključimo tudi spolnost. Da lahko tovrstne informacije ponudimo, je pogoj, da je kader, ki dela s pacienti s stomo, izobražen na področju spolnosti in da o tem spregovori. Največkrat so to enterostomalni terapevti in zdravnik operater, ki bi morali pacientu tovrstne informacije podati in biti na razpolago pacientom, ki take informacije potrebujejo.

V Sloveniji je področje spolnosti neraziskovano, zato ponuja možnost, da na tem področju naredimo nekaj več za naše paciente. Intimnost je za posameznika zelo pomembna, mladega ali starejšega. Razumevanje in spoštovanje, dotik, objem, bližina ljubljenega in vse ostalo, kar združuje spolnost, je za vsakogar izjemno pomembna. Ne smemo dovoliti, da bi področje spolnosti ne vključili v proces izobraževanja naših pacientov in tako dvignili kvaliteto življenja pacientom s stomo.

Literatura

Andrade, V., Maler, F.S., Ferreira, A.M., Barco, R.S., Goes, F.C.G., Loureiro, S.C.C. & Santos, V.L.C. de G., 1996. An ostomist's sexuality: The partner's point of view. In: *Biennial Congress of the World Council of Enterostomal Therapist*. Libertyville, IL: Hollister Incorporated pp. 81-91.

Barco, R.S., Ferreira, M., Escorce, P.R., Andrade, V. & Santos, V.L.C. de G. 1996. Ostomates sexuality; a trajectory of changes. In: *Biennial Congress of the World Council of Enterostomal Therapist*. Libertyville, IL: Hollister Incorporated pp. 166-175.

Bavčar, K., Škrabl, N., 2009. Kakovost življenja pacinetov s stomo. *ObzorZdrN*. 2009; 43(4), pp. 253- 260.

Bernini, C., Vaccari, C., Lami, N., Ferri, P., 2011. La sessualità del paziente stomizzato: analisi del suo vissuto. *L'Infermiere* 2011; 5, pp. 19-21.

Kladivec, S., Kiger, A.M. et al. Sustainable development of nursing in today's society - research-based development of nursing : proceedings of lectures with peer review = Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi - na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege : zbornik predavanj z recenzijo / 3rd International Scientific Conference on Research in Nursing and Health Care = 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, September 16-17, 2010, Ljubljana, Slovenia. Jesenice: Visoka šola za zdravtveni nego, pp. 79-89.

Mihalopoulos, N.G., Trunnel E.P., Ball, K. & Moncur, C., 1994. The psychologic impact of ostomy surgery on person 50 years of age and older. *Journal of WOCN*, 21, pp. 149- 155.

Štemberger Kolnik, T. & Majcen Dvoršak, S., 2010. Zdravstveno vzgojno delo pacientov s stomo ima različne temelje : analiza intervjujev nacionalne klinične študije o kakovosti življenja paciente s stomo v Sloveniji. V: Skela-Savič, B., Kaučič, B.M., Zurc, J., Hvalič Touzery, S., Kadivec, S., Kiger, A.M. et al. Sustainable development of nursing in today's society - research-based development of nursing : proceedings of lectures with peer review = Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi - na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege : zbornik predavanj z recenzijo / 3rd International Scientific Conference on Research in Nursing and Health Care = 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, September 16-17, 2010, Ljubljana, Slovenia. Jesenice: Visoka šola za zdravtveni nego, pp. 79-89.

Trrnbull, G., 2001. Sexual Counselin: The Forgotten Aspect of Ostomy Rehabilitation. Jornal of sex education and therapy 2001; 26 (3), pp. 189-195.

Ule, M., 2003. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristelj.

Weerakoon, P., 2001. Sexuality and the patient whit stoma. Sexuality and Disability, 19(2), pp. 121- 129.

Ziher, S., 2006- 2007. Spolno življenje ljudi s stomo. In: Gavrilov, N., et al.eds. *Zbornik predavanj sole enterostomalne terapije*. Ljubljana: Klinični center, pp. 211- 220.

POMEN VADBE MIŠIC MEDENIČNEGA DNA PRI PACIENTIH Z URINSKO INKONTINENCO PO LAPAROSKOPSKO RADIKALNI ODSTRANITVI PROSTATE

THE IMPORTANCE OF PELVIC FLOOR MUSCLE EXERCISES FOR PATIENTS SUFFERING FROM URINARY INCONTINENCE AFTER LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY

Mojca Pfajfar, dipl.m.s.

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec
Oddelek za urologijo

mojca.pfajfar@gmail.com

Ključne besede: urinska inkontinenca, radikalna odstranitev prostate, mišice medeničnega dna

IZVLEČEK

Uvod: Rak prostate je eden od najpogostejših rakov pri moških in v 90% se ga odkrije v lokalizirani fazi. Poznamo več načinov zdravljenja raka na prostati. Eden od teh načinov je tudi laparoskopska radikalna odstranitev prostate. Pacienti se po odstranitvi prostate nemalokrat soočajo s težavami, kot je stresna urinska inkontinenca. Stresna urinska inkontinenca je posledica slabega delovanja medeničnega dna in vpliva na slabšo kakovost življenja pacienta. Prva metoda pri zdravljenju stresne urinske inkontinence je vadba mišic medeničnega dna.

V prispevku želimo bližje predstaviti urinsko inkontinenco in kakšen je pomen vadbe za krepitev mišic medeničnega dna pred in po laparoskopski radikalni odstranitvi prostate.

Metode: Pri izdelavi prispevka je bil opravljen pregled relevantne strokovne in znanstvene literature. Iskanje literature je bilo izvedeno s pomočjo elektronskih podatkovnih baz: google in proquest. Za iskanje po bazah so bile uporabljene ključne besede v angleškem in slovenskem jeziku. V angleškem jeziku so bile uporabljene carcinoma prostatae, and prostatectomy, and urinary incontinence, and muscle training in training pelvic muscle. V slovenskem jeziku so bile uporabljene ključne besede: kakovost po odstranitvi prostate, Darija Šćepanović in vadba mišic medeničnega dna, urinska problematika in ozaveščenost in vadba mišic medeničnega dna.

Rezultati in diskusija: Pregledana literatura navaja, da ima pred in po operativno izvajanje vaj za krepitev mišic medeničnega dna pozitivne učinke pri preprečevanju urinske inkontinence, vendar v kasnejšem obdobju po operativnem posegu teh razlik ni več opaznih. Opisujejo tudi pozitivne učinke skupinske vadbe

pri izvajanju vaj za krepitev mišic medeničnega dna. ZAKLJUČEK: Na področju urinske inkontinence po laparoskopski odstranitvi prostate bi bilo potrebno izvesti več študij o vplivu treninga mišic medeničnega dna, skupinski vadbi ter o vadbi pred in po operativnem posegu.

Key words: urinary incontinence, radical prostatectomy, pelvic floor muscles

ABSTRACT

Introduction: Prostate cancer is one of the most common cancers in men, and 90% of it is detected in the localised stage. Several methods are known for the treatment of prostate cancer. One of these methods is laparoscopic radical prostatectomy. After the removal of prostate, patients often face problems in the form of stress urinary incontinence. Stress urinary incontinence results from improper functioning of the pelvic floor and influences and impairs the patients' quality of life. The first method for treating urinary incontinence is to train the pelvic muscles. The article presents urinary incontinence and the importance of pelvic floor muscle exercises before and after laparoscopic radical prostatectomy.

Methods: During the preparation of this article, we scanned relevant professional and scientific writings. The search for scientific writings was performed with the help of electronic databases (Google and Proquest). We searched the databases for key words in English and in Slovenian language. While searching in English, we used the following key words: carcinoma prostetae, prostatectomy, urinary incontinence, muscle training, and training pelvic muscle. In Slovenian we used the following key words: kakovost po odstranitvi prostate, Darija Šćepanović in vadba mišic medeničnega dna, urinska problematika in ozaveščenost, and vadba mišic medeničnega dna.

Results and discussion: According to the scientific writings, pre-operative and post-operative pelvic floor exercises have positive effect in prevention of urinary incontinence, however, later on after the surgery these differences are no longer visible. Pelvic floor exercises groups have also proven to be very efficient.

Conclusion: For a more detailed approach to urinary incontinence after laparoscopic prostatectomy, it would be advisable to carry out a few studies on the effects of pelvic floor muscle exercises, group exercises, and pre-operative and post-operative exercises.

Uvod

Rak prostate je eden od najpogostejših rakov pri moških, ki ga diagnosticiramo med 45 in 89 letom starosti, s povprečno starostjo 72 let (Malati et al., 2006). Incidenca raka pri nas in po svetu raste, deloma zaradi staranja populacije, predvsem pa zaradi zgodnje diagnostike raka s Prostate - Specific Antigen (PSA) - testom.

Najpomembnejše metode za diagnostiko raka prostate so digitorektalni pregled, določanje koncentracije PSA v serumu in transrektalna ultrazvočna preiskava prostate. Vendar je za dokončno diagnozo vedno potrebna biopsija in histopatološki pregled (Grošelj, 2014).

Zdravljenje raka prostate je odvisno od štirih glavnih kategorij, in to so vrednost PSA, lokalna omejitev raka, oddaljenih zasevkov (najpogosteje vozla ali kosti) in kombinacija obeh. Iz praktičnega vidika je odkrivanje mesta bistvenega pomena za določitev optimalnega zdravljenja (Pasquale, et al., 2011). Zdravljenje pacientov z lokaliziranim rakom je lahko kirurško (prostatektomija), obsevalno, hormonsko, s kombinacijo neštetih metod ali pa paciente samo spremljamo. Le prostatektomija in obsevanje nudita možnost ozdravitve (Grošelj, 2014).

Radikalna prostatektomija predstavlja kirurško zdravljenje prve izbire pri moških s klinično lokaliziranim rakom prostate, ki vključuje odstranitev celotne žleze prostate med sečnico in sečnim mehurjem ter odstranitev obeh semenskih mešičkov, skupaj z dovolj okolice, da se dosežejo čisti resekcijski robovi. Kirurško zdravljenje se je v zadnjem desetletju razširilo iz odprtih operacij v nove minimalno invazivne pristope, z laparoskopijo oz. robotsko tehniko (Grošelj, 2014; Rabenalt, et al, 2010; Glazener, et al., 2011).

Urinska inkontinenca in erekтивna disfunkcija sta najpogostejši in neželeni komplikaciji laparoskopske radikalne prostatektomije (Grošelj, 2014).

Normalna funkcija sečnega mehurja vključuje dve glavni fazi, polnjenje in praznjenje sečnega mehurja. Urinska inkontinenca (UI) je posledica disfunkcije v eni od teh faz. Pomanjkljivosti v nadzoru mehurja je posledica anatomskeh, fizioloških, patoloških in zunanjih dejavnikov (Fanning Parker, 2007).

UI je definirana kot vsakršno nehotno uhajanje urina, ki posamezni osebi povzroči socialni in higienski problem (Hlebš, 2008). Simptomi vključujejo nujnost, pogostost, nokturno ter nehotno uhajanje urina (Fanning Parker, 2007).

Poznamo več vrst urinske inkontinence (Fanning Parker, 2007):

- Urgentna UI (pri prekomerno aktivnem sečnem mehurju) je povezana z nenadno velikansko potrebo po uriniranju. Povzroča jo neprostovoljno krčenje detruzorja, preden je mehur napolnjen.
- Stresna UI je nehotno uhajanje urina med kašljanjem, kihanjem, smehom ali drugimi telesnimi aktivnostmi.
- Overflow UI je nehotno uhajanje urina po kapljicah zaradi prekomerno polnega sečnega mehurja.

Funkcionalna UI je neprostovoljno uhajanje urina zaradi zunanjih dejavnikov, ki preprečujejo, da bi pacient dosegel stranišče pravočasno. Dejavniki so zmanjšana mobilnost, ovire v okolju, spremembe kognitivnih

- funkcij ali uporaba alkohola oz. drog, ki imajo negativni učinek na sečni mehur.
- Kombinirana UI.

UI negativno vpliva na kakovost življenja. Z njo so povezani nastanek stresa in depresije, socialna izolacija, stigmatizacija, osamljenost, slabše splošno počutje, zmanjšana samozavest ter neodvisnost posameznika. Da je UI resen zdravstveni problem, kažejo tudi visoki stroški za obravnavo inkontinentne osebe (Hlebš, 2008).

Za uspeh obravnave oseb z UI je nujna celostna obravnavna. Cilj ni samo spopadati se s posledicami, ampak predvsem spremeniti stanje. Priporočila tretjega mednarodnega posveta o inkontinenci iz leta 2005 navajajo, da mora biti oseba z UI najprej vključena v začetno obravnavo, ki obsega konzervativno in medikamentozno zdravljenje. Če konzervativno zdravljenje ni uspešno, zdravnik specialist odredi specialistično obravnavo, najpogosteje operativno zdravljenje. Konzervativna obravnavna je odvisna od tega, kateri simptomi UI prevladujejo, in vključuje postopke za spodbujanje zdравega življenjskega sloga oz. svetovanje o spremembah načina življenja (npr. uživanje določenih tekočin, opustitev kajenja, pomen telesne aktivnosti, primerna telesna teža), trening mišic medeničnega dna, magnetno stimulacijo, trening sečnega mehurja, pripomočke za nego kože, pripomočke za prestrezanje in zbiranje urina ter ureditev življenjskega okolja (Hlebš, 2008). Cilj teh ukrepov je predvsem zmanjšati pritisk v trebušni votlini in tako preprečiti poslabšanje stanja (Šćepanović, 2010). Uspeh zdravljenja je odvisen od več dejavnikov, in sicer od oblike UI, stopnje UI in spremljajočih bolezni (Hlebš, 2008).

Namen prispevka je bližje predstaviti urinsko inkontinenco in kakšen je pomen vadbe za krepitev mišic medeničnega dna pred in po laparoskopski radikalni odstranitvi prostate.

Metodologija

Pri izdelavi je bi opravljen pregled relevantne strokovne in znanstvene literature. Iskanje literature je bilo izvedeno s pomočjo elektronskih podatkovnih baz: GOOGLE in PROQUEST. Za iskanje po bazah so bile uporabljene ključne besede v angleškem in slovenskem jeziku. V angleškem jeziku so bile uporabljene »carcinoma prostetae« (141876 zadetkov), AND »prostatectomy« (13963 zadetkov), AND »urinary incontinence« (1457 zadetkov), AND »muscle training« (304 zadetkov) AND »raining pelvic muscle« (257 zadetkov). V slovenskem jeziku so bile uporabljene ključne besede: »kakovost po odstranitvi prostate« (198.000 zadetkov), »Daria Šćepanović in vadba mišic medeničnega dna« (284 zadetkov), »urinska problematika (348.000 zadetkov) in ozaveščenost (16.100 zadetkov) in vadba mišic medeničnega dna« (268 zadetkov).

Pri izboru literature so bili uporabljeni kriteriji: starost literature (od leta 2005 do 2015), članek s polnim besedilom, primernost članka glede na temo.

Vsa literatura, ki je bila najdena preko elektronskih podatkovnih baz, je bila pregledana ročno.

Rezultati in diskusija

Pregled literature predstavljamo v Preglednici 1.

Preglednica 1: Pregled uporabljenih člankov

AVTOR	LETNICA ČLANKA	NASLOV	METODOLOŠKI PRISTOP	VZOREC	KLJUČNE UGOTOVITVE
Bizilj Ines, Šćepanović Darija	2007	Zavedanje pomena vaj za mišice medeničnega dna med študenti visoke šole za zdravstvo	Deskriptivna oz. opisna metoda (polstrukturiran vprašalnik)	Študenti tretjih letnikov fizioterapije, delovne terapije, zdravstvene nege in babištva	Pomanjkljivo poznavanje in zavedanja pomena vaj za mišic medeničnega dna
Castagna, Giulia, et al.	2014	Radical prostatectomy: a focus on urinary continence	Zgodovinska metoda oz. analiza virov	Moški s karcinomom na prostati	Pri radikalni prostatektomiji je potrebno upoštevati pacientovo starost, sestavo telesne mase, volumen prostate, glede na to se odločijo za način operacije, kar vpliva tudi na po operativno okrevanje (zdravila, trening mišic medeničnega dna).
Fanning Parker Kirsten	2007	The management of urinary incontinence	Zgodovinska metoda oz. analiza virov		V večini primerov se urinska inkontinenca izboljša s kombinacijo

Glazener, C., et al	2011	Urinary incontinence in men after formal one - to - one pelvic - floor muscle training following radical prostatectomy or transurethral resection of the prostate (Maps): two parallel randomised controlled trials	Deskriptivna oz. opisna metoda	Pacienti po radikalni prostatektomiji, ki so bili inkontinentni	Informacije o TMMD so široko dostopne, terapija s fizioterapeutom ima lahko efektivne in delno . efektivne rezultate
Grošelj, A	2014	Kakovost življenja pacienta po laparoskopski radikalni prostatektomiji	Deskriptivna oz. opisna metoda (anketiranje)	67 pacientov po laparokopski radikalni prostatektomiji	Pri 36% pacientov pojavi urinske inkontinence, 35% erektilna disfunkcija, 3% se zelo redko počuti mirne in sproščene ter 13% se jih počuti obupano in potrto.
Hlebš, S	2008	Ozaveščenost slovenskih zdravstvenih delavcev o osnovni problematiki urinske inkontinence	Deskriptivna oz. opisna metoda (anketiranje)	120 fizioterapeutov, 150 medicinskih sester, 160 zdravnikov	Rezultati so pokazali nizko ozaveščenost o osnovni problematiki urinske inkontinence med slovenskimi zdravstvenimi delavci ter da so mlajši preiskovalci bolj ozaveščeni kot starejši.
Malati, T., Rajani Kumari, G., et al.	2006	Prostate specific antigen in patients of benign prostate hypertrophy and	Eksperimentalna	583 zdravih moških, 1090 pacientov s benigno povečano	Zelo pomembno se je zvišala koncentracija PSA pri bolnikih s benigno

Malati, T., Rajani Kumari, G., et al.	2006	Prostate specific antigen in patients of benign prostate hypertrophy and carcinoma prostate.	Eksperimentalna	583 zdravih moških, 1090 pacientov s benigno povečano prostato ter 651 pacientov s karcinomom prostate.	Zelo pomembno se je zvišala koncentracija PSA pri bolnikih s benigno povečano prostato in s karcinomom prostate v primerjavi z zdravimi moškimi.
Pasquale Martino, Vincenzo Scattoni, et al	2011	Role of imaging and biopsy to assess local recurrence after definitive treatment for prostate carcinoma (surgery, radiotherapy, cryotherapy, HIFU)	Zgodovinska metoda oz. analiza virov		Velika verjetnost da so bo v veliki meri v prihodnje uporabljalo slikanje za odkrivanje in lokaliziranje raka na prostatni.
Rabenalt Robert, Arsov Christian, Giessing Markus, Winter Christian, Albers Peter	2010	Extraperitoneal laparo - endoscopic single - site radical prostatectomy: first experience.	Eksperimentalna	74 - letni moški z lokaliziranim rakom prostate	Ni bilo nobenih komplikacij po operaciji. Dva tedna po operaciji so pacienti preventivno uporabili samo eno predlogo za inkontinenco.
Resel- Folkersma Luis, Salinas- Casado Jesus, Moreno- Sierra Jesus	2014	Post - prostatectomy stress urinary incontinence: a review of contemporary surgical treatments	Zgodovinska metoda oz. analiza virov		Predstavljen kirurško zdravljenje urinske inkontinence pri moških
Šćepanovi ć Darija	2013	Osnovni principi vadbe mišic medeničnega dna	Zgodovinska metoda oz. analiza virov		Opisani glavni elementi TMMD in pogoste napake.

Wang Wei, et al.	2014	Effectiveness of preoperative pelvic floor muscle training for urinary incontinence after radical prostatectomy: a meta - analysis.	Zgodovinska metoda oz. analiza virov		Analiza je pokazala, da dodatno predoperativno izvajanje TTMD ni imelo učinkov na urinsko inkontinenco po radikalni odstranitvi prostate, po šestih mesecih ter tudi ne po enem letu po op.
Xiaoying Fan	2012	Mens experiences of urinary incontinence after prostatectomy. Cancer Nursing Practice,	Zgodovinska metoda oz. analiza virov		Moški imajo negativne izkušnje s katetrizacijo, s seznanitvijo o urinski inkontinenci ter z odstranitvijo urinskega katetra.
Yu Ko F. Wellam, et al	2008	Understanding urinary incontinence after radical prostatectomy: a nursing framework	Zgodovinska metoda oz. analiza virov		Kljud razvoju inovativnih tehnik radikalne odstranitve prostate, se veliko moških še vedno sooča z urinsko inkontinenco.
Zhang Y. Amy, et al.	2007	Effects of combined pelvic floor muscle exercise and a support group on urinary incontinence and quality of life of postprostatectomy	Deskriptivna oz. opisna metoda	29 moških po prostatektomiji z urinsko inkontinenco	Študija kaže obetavne dokaze o pozitivnem vplivu TMMD na urinsko inkontinenco in kvaliteto življenja

Urinska inkontinenca se pojavlja v 25 % - 70 % pri pacientih, ki so doživeli radikalno prostatektomijo. Čeprav večina moških pridobi nazaj urinsko kontinenco v obdobju do enega leta po operaciji, ima večina od njih izkušnje z urinsko inkontinenco. Moška kontinenca je pred operacijo varovana z notranjim in zunanjim sfinktrom. Pri radikalni odstranitvi prostate se odstrani prostata, prostaticni del sečnice ter pogosto tudi vrat mehurja. Mehur je nato neposredno prišit na distalni del sečnice, zato se mehanizmi za kontinenco po operaciji, zanašajo samo na zunanji sfinkter. Po operaciji je zunanji sfinkter oslabljen, kar vodi v stresno urinsko inkontinenco. Urin uhaja med stresnimi dogodki, kot so kašelj ali dvigovanje težjih bremen. Percepcija urinske inkontinence lahko sega od blagega uhajanja, nekaj kapljic, do popolnega pomanjkanja nadzora nad uhajanjem (Zhang, et al, 2007; Yu Ko & Sawatzky, 2008).

Prvi cilj pri moških po radikalni odstranitvi prostate je pridobiti ponovni nadzor nad uriniranjem po odstranitvi katetra. Urinsko inkontinenco takoj po odstranitvi katetra moški dojemajo kot del procesa celjenja in ne kot nekaj, kar bi šlo narobe. UI sama po sebi tem moškim prinaša občutek sramu, obupa, zadrege in nenormalnost. Zato je potrebno iztisniti vse možne napore za ohranitev urinske kontinence, ob upoštevanju dejstva, da se urinska kontinenca ob okrevanju po navadi doseže v 12 mesecih po operativnem posegu. Skoraj 10 % pacientov v tem časovnem obdobju ne vzpostavi urinske kontinence, tako da na koncu potrebujejo zdravljenje UI (Castagna, et al, 2014).

Trening mišic medeničnega dna (TMMD) je metoda prvega izbora za obravnavo večine oblik disfunkcije mišic medeničnega dna (MMD). Za uspeh TMMD je ključno, da oseba zna pravilno krčiti mišice medeničnega dna. Te mišice imajo nevidno lokacijo znotraj medenice. Pri pravilnem krčenju ni vidnega gibanja medeničnega obroča ali ostalih delov telesa. TMMD priporočamo za vzdrževanje optimalne funkcije MMD. Raziskave so pokazale, da ustna in pisna navodila za izvajanje TMMD ne predstavljajo zadostne informacije za pravilno in hoteno krčenje MMD pri osebi, ki šele začenja izvajati program treninga. Ena tretjina posameznikov mišic medeničnega dna ne krči pravilno, kljub izčrpnim navodilom, zato je pred začetkom izvajanja nujno potrebno oceniti, ali oseba pravilno krči mišice. Ko je oseba sposobna pravilno krčiti MMD, se šele začne resnični TMMD. TMMD v skupini je lahko eden od načinov motiviranja posameznikov za redno izvajanje vadbe (Šćepanović, 2013).

Namen vadbe MMD pri stresni urinski inkontinenci je trojen. Prvič, hoteno, učinkovito krčenje MMD pred naporom (kašelj, kihaje, dvigovanje težjih bremen) in med njim »stisne« uretro, poveča uretralni pritisk in prepreči uhajanje urina. Drugič, če je vrat sečnega mehurja dobro podprt z močnimi MMD, bo to preprečilo gibanje navzdol med naporom, kar bo preprečilo uhajanje urina. Tretjič, MMD se aktivirajo skupaj s krčenjem m. transversus abdominis, kar nakazuje na pomembnost koordinacije mišične aktivnosti v medeničnem obroču in okrog njega med vsakodnevnimi aktivnostmi. Torej je namen vadbe MMD pri stresni urinski inkontinenci izboljšati časovno usklajenost krčenja, moč in mišično togost (Šćepanović, 2010).

O uporabnosti in učinkovitosti vadbe mišic medeničnega dna pred in po radikalni odstranitvi prostate so v vsej literaturi napisana različna mnenja, za ohranitev in izboljšanje urinske inkontinence.

Castagna s sodelavci (2014) v svojem članku opisuje različne študije več avtorjev.

- Mednarodna skupina za kontinenco je izvedla primerjavo med pacienti, ki so izvajali vadbo mišic medeničnega dna pred radikalno prostatektomijo in so jo nato nadaljevali tudi po operativnem posegu in med pacienti, ki so začeli vadbo izvajati po operativnem posegu. Pokazali so se boljši rezultati pri pacientih, ki so z vadbo začeli že pred operativnem posegom in so z njo nadaljevali tudi po njem.
- Castagna s sod. (2014) cit. po Terzoni s sodelavci (2013), je dokazal, da so pacienti po treh mesecih po radikalni prostatektomiji s TMMD zmanjšali simptome urinske inkontinence, kot pri pacientih, kateri niso dobili nobenih informacij o TMMD. V šestih mesecih po operativnem posegu ni bilo opaziti nobene razlike več.
- Castagna s sod. (2014) cit. po Patel (2013) je s sodelavci primerjal dve skupini. V prvi skupini so pacienti skupaj s fizioterapeutom pričeli izvajati TMMD 4 tedne pred radikalno prostatektomijo. Na drugi strani pa je bila skupina, ki je prejela ustna navodila s strani kirurga. Po operativnem posegu so vsi pacienti prejeli navodila o TMMD s strani fizioterapevta. TMMD program s fizioterapeutom 4 tedne pred operativnim posegom je znatno zmanjšal trajanje in resnost zgodnje urinske inkontinence v 6. tednih. Po treh mesecih po operativnim posegom med skupinama ni bilo več večjih razlik.

Nasprotno so pokazale druge študije, da TMMD ni tako učinkovit pri ohranjanju in pri izboljševanju urinske kontinence.

- Castagna s sod. (2014) cit. po Dijkstra - Eshuis s sodelavci (2013) je dokazala, da ni bistvenih razlik pri izboljševanju urinske inkontinence med moškimi, ki so izvajali TMMD enkrat tedensko štiri tedne pred laparoskopsko radikalno prostatektomijo in pri pacientih, ki so prejeli standardno oskrbo.

Castagna s sod. (2014) cit. po Mungovan s sodelavci (2013), je dokazal da večja stopnja fizične aktivnosti, za zaščito pred urinsko inkontinenco, ni

- bistvena razlika med predoperativno stopnjo fizične aktivnosti in po operativno stopnjo fizične aktivnosti, na stopnjo in resnost UI.

Resel - Folkersma s sodelavci (2014), v svojem članku navajajo, da je predoperativno in takojšnje po operativni TMMD pokazal precejšnjo izboljšanje kontinence po operativnem posegu, vendar pa se ta razlika ne pokaže več po 12. mesecih po operativnem posegu. Niti se ni povečala učinkovitost TMMD v kombinaciji z biofeedbackom. Vendar tudi on navaja, da je to najbolj smiselna možnost, vendar pa ne obstajajo močni dokazi, ki bi podpirali TMMD.

Wang s sodelavci (2014) navaja, da njihova analiza ni pokazala nobene koristi v izvajanju TMMD v predoperativnem času pri pacientih z urinsko inkontinenco po radikalni odstranitvi prostate v prvem, tretjem, šestem in dvanajstem mesecu, ki so zastopane v začetni, vmesni in pozni fazi okrevanja. So pa moški, ki so izvajali TMMD pred operacijo, pokazali višjo stopnjo zadovoljstva, tako da priporočajo izvajanje TMMD kot glavno strategijo za preprečevanje in zdravljenje UI. UI je najbolj huda v zgodnji po operativni fazi. V zgodnji po operativi fazi je izvajanje TMMD, občutno zmanjšala trajanje in resnost zgodnje urinske inkontinence po radikalni odstranitvi prostate.

Ali ima vadba MMD kakšno vrednost pri zdravljenju urinske inkontinence pri odraslih moških po kirurški odstranitvi prostate je težko oceniti, saj je le nekaj študij dokazalo koristi zdravljenja urinske inkontinence z vadbo MMD (Šćepanović, 2010).

Dokazi, da lahko vadba ojača zunanji sfinkter in s tem izboljšajo urinsko kontinenco pri moških, se povečujejo. Kljub temu dokazi v zvezi s prakso zdravstvene nege in vadbo mišic medeničnega dna še vedno manjkajo. Pilotna študija zdravstvene nege, ki so jo izvedli v dveh bolnišnicah v Ohaju, je pokazala, da je skupinska vadba povečala in izboljšala pacientovo inkontinenco in kvaliteto življenja precej bolje kot samostojno izvajanje TMMD. Skupinska vadba bi bila lahko tudi ena od intervencij zdravstvene nege, saj ugotovitve kažejo, da vključevanje socialne podpore izboljša izid TMMD v praksi (Zhang, et al., 2007).

Xiaojing Fan s sodelavci (2012) je opredelil sedem strategij, ki jih moški uporabljajo za uravnavanje urinske inkontinence. Ena od teh je bila osredotočena na TMMD. Bistvenega pomena je zagotoviti moškim dovolj ustreznih informacij in šolanja o TMMD. Izobraževanje jim lahko pomaga občutiti bolj pozitivne simptome urinske inkontinence kot potencialno začasnom stanju. Ob odpustu lahko medicinska sestra tudi okrepi prakso TMMD.

Medicinske sestre so ključnega pomena pri spodbujanju vedenja, ki bi izboljšale upravljanje urinske inkontinence po radikalni odstranitvi prostate. Prav tako naj bi

spodbujale izvajanje TMMD za nadaljnjo izboljšanje urinskega nadzora na UI. Vendar pa mora medicinska sestra pacienta tudi opozoriti, da izvajanje TMMD včasih ne zagotovi povrnitve urinske kontinence (Yu Ko & Sawatzky, 2008).

Kljub dejству, da trenutno v literaturi ni zadostnih dokazov, da je trening mišic medeničnega dna učinkovit kot preventiva ali pri zdravljenju po radikalni prostatektomiji pri moških z urinsko inkontinenco, se ga priporoča tudi njim (Bizilj & Šćepanović, 2007).

Zaključek

Na področju treninga mišic medeničnega dna je narejenih nekaj študij o učinkovitosti treninga pred in po radikalni odstranitvi prostate. Pacienti, ki so izvajalni trening pred in neposredno po operativnem posegu, so pokazali boljše rezultate glede ohranjanja urinske kontinence. Pacientom bi bilo potrebno omogočiti skupinsko vadbo ter v prihodnje izvesti študijo o vplivu treninga mišic medeničnega dna pred in po radikalni prostatektomiji ter o vplivu skupinske vadbe na urinsko inkontinenco.

Literatura

- Bizilj,I., Šćepanović, D.,2007. Zavedanje pomena vaj za mišice medeničnega dna med študenti visoke šole za zdravstvo. *Obzornik zdravstvene nege*, 41 (2/3), pp. 85 - 91.
- Castagna, G., Capogrosso, P., Ventimiglia, E., Colicchia, M., Boeri, L., Mirone, V., Damiano, R., Montorsi, F., Salonia, A., 2014. Radical prostatectomy: a focus on urinary continence. *Clinical Practice*, 11(6), pp. 737 - 748.
- Fanning Parker K., 2007. The management of urinary incontinence. *Drug Topics*, 151(18), pp. 69 - 78.
- Glazener, C., Boachie, C., et al., 2011. Urinary incontinence in men after formal one - to - one pelvic - floor muscle training following radical prostatectomy or transurethral resection of the prostate (Maps): two parallel randomised controlled trials. www.thelancet.com, vol 378, pp. 328 - 337.
- Grošelj, A., 2014. *Kakovost življenja pacienta po laparoskopski radikalni prostatektomiji:* diplomsko delo visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje zdravstvene nege. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 1 - 4.
- Hlebš, S., 2008. Ozaveščenost slovenskih zdravstvenih delavcev o osnovni problematiki urinske inkontinence. *Obzornik zdravstvene nege* ,42(4), pp. 261 - 72.
- Malati, T., Rajani Kumari, G., Murthy, P.V.L.N., Ram Reddy, Ch., Surya Prakash, B., 2006. Prostate specific antigen in patients of benign prostate hypertrophy and carcinoma prostate. *Indian Journal of Clinical Biochemistry*, 21(1), pp. 34 - 40.

Pasquale, M., Vincenzo, S., B. Galosi, A., Consonni, P., Trombetta, C., Palazzo, S., Maccagnano, C., Liguori, G., Valentino, M., Battaglia, M., Barozzi, L., 2011. Role of imaging and biopsy to assess local recurrence after definitive treatment for prostate carcinoma (surgery, radiotherapy, cryotherapy, HIFU). *World Journal of Urology*, 29, pp. 595 - 605.

Rabenalt, R., Arsov, C., Giessing, M., Winter, C., Albers, P., 2010. Extraperitoneal laparo-endoscopic single - site radical prostatectomy: first experience. *World Journal of Urology*, 28, pp. 705 - 708.

Resel - Folkersma, L., Salinas - Casado, J., Moreno - Sierra, J., 2014. Post - prostatectomy stress urinary incontinence: a review of contemporary surgical treatments. *Reviews in Clinical Gerontology*, 24, pp. 191- 204.

Šćepanović, D., 2013. Osnovni principi vadbe mišic medeničnega dna. In: Šćepanović, D., et al. Eds. *Inkontinenca - pogosto prikrita težava: zbornik predavanj*. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti, Ljubljana 14. februar 2013, pp. 49 - 54.

Šćepanović, D., 2010. Konzervativna obravnavna motenega delovanja medeničnega dna pri odraslih osebah. *Rehabilitacija*, 9 (1), pp. 40 - 47.

Wang, W., Mei Huang, Q., Ping Liu, Feng., Qi Mao, Q., 2014. Effectiveness of preoperative pelvic floor muscle training for urinary incontinence after radical prostatectomy: a meta - analysis. *BioMed Central Urology*, 14(99), pp. 1 -8.

Xiaoying, F., 2012. Mens experiences of urinary incontinence after prostatectomy. *Cancer Nursing Practice*, 11 (9), pp. 29 - 34.

Yu Ko F, W., Sawatzky V, J., 2008. Understanding urinary incontinence after radical prostatectomy: a nursing framework. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12 (4), pp. 647 - 654.

Zhang Y, A., Strauss J, G., Siminoff A, L., 2007. Effects of combined pelvic floor muscle exercise and a support group on urinary incontinence and quality of life of postprostatectomy. *Oncology Nursing Forum*, 34 (1), pp. 47 - 53.

PREVENTIVA URINSKE INKONTINENCE S POMOČJO MODERNIH SPOLNIH PRIPOMOČKOV

PREVENTIVE OF URINARY INCONTINENCE WITH MODERN SEXUAL DEVICES

doc. dr. David Ravnik, ph. dr., dipl. fiziot.

Fakulteta za vede o zdravju

Univerza na Primorskem

david.ravnik@fvz.upr.si

Ključne besede: vibrator, dildo, vaginalne kroglice, preventiva

IZVLEČEK

Uvod: Obstaja veliko spolnih pripomočkov, med katerimi so bolj znani vibratorji, dildoti ter venevine kroglice. Spolni pripomočki so bili primarno razviti za zdravljenje "razdraženih ženskih genitalij" ter ženske histerije. Danes pa so nepogrešljiv pripomoček vsake druge ženske, ki jih uporabljajo predvsem rekreativno, nekatere pa tudi v preventivne namene.

Metode: Namen je predstaviti pregled literature s področja uporabe izbranih spolnih pripomočkov v zdravstveno-preventivne namene, predvsem delovanja na urinsko inkontinenco. Pregledana je bila znanstvena literatura iz mednarodnih baz ter strokovna in poljudna literatura, pridobljena iz večinoma komercialnih spletnih strani, vse na tematiko spolnih pripomočkov, zgodovine izdelave in njihove uporabe v različne namene. Uporabljeno je bilo tudi besedilo predstavitev dizajna treh vibracijskih spolnih pripomočkov, predstavljenih na znanstveni konferenci v Slovenj Gradcu leta 2015.

Zaključek: Uporabnost spolnih pripomočkov je lahko krepitev mišic medeničnega dna, preventiva pred nastankom stresne in starostne urinske inkontinence ter stimulacija ožilja in živčevja. Seveda pa so potrebne dodatne znanstvene raziskave.

Key words: vibrator, dildo, vaginal balls, preventive

ABSTRACT

Introduction: There are many sexual devices, of which the most famous are vibrators, dildos, and Venus's balls.

treatment of "nervous female genitalia" and women's hysteria. Today, they are indispensable tools for almost half of women, who use them primarily for recreational, as well as for some preventive purposes.

Methods: The purpose of this paper is to present a literature review of the scope of sexual devices in health treatments, especially urinary incontinence. Scientific literature from international databases as well as professional and popular literature, derived largely from commercial websites, all on the theme of sexual devices and their use for different purposes have been reviewed. Materials for presentation of the design of three vibrating sexual devices, presented at a scientific conference in Slovenj Gradec 2015, have been used.

Conclusions: The aim of the product is to strengthen the pelvic floor muscles, prevention before the occurrence of stress and elderly incontinence, and stimulation of vascular and nervous system.

Uvod

Obstaja veliko spolnih pripomočkov, med katerimi so bolj znani vibratorji, dildoti ter venerine kroglice. Javnost jih povezuje predvsem z erotičnostjo, saj se le-ti prodajajo na tržnih straneh namenjenim popestritvi spolnosti. S prispevkom želimo razširiti poznavanje njihove uporabe tudi v zdravstveno-preventivne in kurativne namene, predvsem v primeru urinske inkontinence. Trenutno nastaja velik korak v razvoju pripomočkov na področju dizajna in ergonomije, manj pa na prepoznavnosti le-teh v zdravstvene namene (Ravnik, et al., 2015).

Pripomočki so se zgodovinsko posledično razvili kot odgovor na Hipokratovo teorijo o *histeriji*, ki je veljala skoraj do današnjih dni. Trdil je, da žensko zanemarjanje maternice (*hystera*) povzroča bolezen t.i. histerijo, pri čemer maternica potuje po telesu in povzroča različne težave. Kot terapijo je priporočal masažo rodit, ki se je zaključila z »napadom«. Do spoznanja, da tu ne gre za napad, temveč za orgazem, je trajalo stoletja. Zgodovinski pregled histerie je detajlno opisala Tesca s sodelavci (Tesca, et al., 2012). V sami terapiji nihče ni videl nič seksualnega, izvajalo se jo je v domačem okolju, v 19. stoletju so slednje začeli izvajati zdravniki, tako z rokami kot pripomočki. Zgodovinsko gledano, so že v prazgodovini ljudje v množičnih orgijah uporabljali tudi pripomočke. Arheologi so v Nemčiji našli kamnit falus, ki je bil izklesan pred več kot 28.000 leti (Amos, 2005). Materiali so se z leti in glede na družbeno postavitev spreminjači, bogati so imeli pripomočke iz slonovine, bolj revni iz lesa, gline ali usnja. Danes v ospredje prihajajo materiali, ki so najblžje občutku naravnega, pomembna je ergonomija ter tudi fiziološki dejavniki (oponašanje

pulzacije pri ejakulaciji, toplota pripomočka, vlažnost - lubrikacija, elektrostimulacija...) (Ravnik, et al., 2015).

Moško prepričanje, da ženske nimajo spolnega poželenja in zadovoljstva, je imelo za posledico vse večje seksualne frustracije pri ženskah (histerija), ki se je kazala kot nespečnost, anksioznost, razdražljivost, nervoznost, erotične fantazije, vlažnost med nogami in drugimi znaki (Lloyd, 2005). Kot terapija se je poleg »domače« masaže predlagalo povečanje moževega poželenja, kar pa veliko ni pomagalo, saj raziskave kažejo, da le 15-35% žensk doživi orgazem z vaginalnim spolnim aktom (Lloyd, 2005). Šele v 50. letih prejšnjega stoletja je ameriški zdravnik Howard Kinsey izdal članek z naslovom *“Seksualno obnašanje človeške samice”*, kjer je ugotavljal, da je ženska vzdražna na klitorisu (ščegetalčku) in ne v vagini (The Kinsey Institute, 2003), s čimer se histerija črta iz seznama bolezni. Ženske potrebujejo stimulacijo klitorisa, katerega pa vaginalni spolni akt ne stimulira dovolj, zato so priporočali jezdenje konj (kar lahko stimulira klitoris). Ravno povečanje spolnega poželenja in stimulacija orgazma s pomočjo vibratorja se danes priporoča pri seksualnih težavah, kakor tudi pri določenih vaginalnih bolečinah (Phillips, 2000) ter pri *“vaginizmu”*, kjer prihaja do spazma mišic vagine (Macey, et al., 2015).

Posledica slabih mišic medeničnega dna (tudi slabega orgazma) je lahko tudi urinska inkontinenca različne etiologije, ki je v porastu. Prevalenca se giblje med 1,8–30,5% med prebivalci Evrope, 1,7–36,4% med prebivalci Amerike, ter 1,5–15,2% med prebivalci Azije, kjer je prevalence odvisna od spola in starosti (Milsom, et al., 2014). Tu se lahko priporočajo pripomočki v preventivno-kurativne namene (Mitchell, 2012, Vickova, 2013). Zaradi teh trditev je namen prispevka preučiti dostopne podatke glede uporabnosti in učinkovitosti pripomočkov v preventivno-kurativni namen tudi pri urinski inkontinenci.

Metode dela

Za namen članka je bila pregledana znanstvena literatura iz baze Medline/PubMed ter strokovna in poljudna literatura, pridobljena iz večinoma komercialnih spletnih strani, vse na tematiko spolnih pripomočkov, zgodovine izdelave in njihove uporabe v različne namene, med njimi tudi urinske inkontinence. Komercialne strani so bile uporabljenе zaradi pomanjkanja znanstvene literature na to temo in predvsem zaradi razširjenosti - popularnosti proizvodov na komercialnih spletnih straneh. Uporabljeno je bilo tudi besedilo predstavitev dizajna treh vibracijskih spolnih pripomočkov, predstavljenih na 5. znanstveni konferenci z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih in socialnih ved v Slovenj Gradcu (Ravnik, et al., 2015).

Pregled literature in diskusija

Statistično je visok delež žensk, ki uporabljajo spolne pripomočke, najpogosteje vibratorje. Češka študija STEM/MARK izkazuje celo 75% delež uporabe (Ona.Idnes.cz, 2011). Žal se pripomočki prepogosto kupujejo iz radovednosti ali pa zaradi partnerja, manj zaradi dokazanih zdravstvenih učinkov. Pri Američanh je bila uporaba vibratorja pri 1/3 anketirancev (Maines, 1999), v raziskavi, ki je bila opravljena leta 2008 pa je bila uporaba vibratorja pri ženskah 52,5% ter 44,8% pri moških (Herbenick, et al., 2009), medtem ko je uporaba dilda nekoliko manjša (32,3%). Zanimiv je tudi rezultat, ki nakazuje, da je bila uporaba vibratorja pri moških, ki so heteroseksualni 44,5%, med homoseksualci 50% ter 66,7% med biseksualnimi moškimi (Reece, et al., 2009). Zadnje raziskave kažejo na pozitiven odnos anketirancev do uporabe vibratorja, prav tako pa se potrjuje prepričanje, da je njegova uporaba lahko del zdravega odnosa (veze) (Herbenick, et al., 2011). Področja uporabnosti vibratorjev in dildov ter vaginalnih kroglic je opisana v nadaljevanju.

Vibratorji in dildoti

Vibratorji ter dildoti se razlikujejo po velikosti, obliki, materialih, glede na energijo, ki jih poganja ter glede na namen uporabe (področje, kjer se uporabljajo - vaginalni, klitoralni, analni, za stimulacijo G-točke...) (Hernebick, et al., 2011). Izum vibratorja nima nič skupnega s seksualnostjo (Maines, 1999), saj so jih zdravniki izumili, da bi preprečili "poklicno bolezen" njihovih rok, ki so bile utrujene od dela s »histeričnimi ženskami« - t.i. krempljasti prsti in boleče roke zaradi pogostih terapij. Zdravniki so potrebovali vzdržljivost, da pa so dosegali želene rezultate, so se izumljala nadomestila za roke, predhodniki današnjih vibratorjev ter dildov (Castleman, 2013).

Spolna zadovoljivost je zgolj ena indikacija uporabe spolnega pripomočka. Krepitev mišic medeničnega dna je lahko naslednja indikacija uporabe spolnega pripomočka. Ženske, ki trpijo zaradi urinske inkontinence ali prolapsa uterusa, lahko vadijo njihove *pubococcygealne* mišice s pomočjo vaj za mišice medeničnega dna. Slednje lahko izboljšajo ali dopolnijo z uporabo pripomočkov. Tudi pri moških se kažejo potrebe po uporabi spolnih pripomočkih, predvsem za masažo prostate, ki je iz zdravstvenega stališča pomembna (Mitchell, 2012). Dokazano je, da se tudi število orgazmov lahko s pomočjo vibratorja poveča, kakor se tudi poveča njihova jakost (Marcus, 2011). Lahko se uporabljajo tudi črpalki za penis ter klitoris, ki prav tako povečuje prekravavitev in navlažitev (lumbrikacijo) (Tsai, 2007).

Četudi se vsi ti pripomočki uporabljajo predvsem rekreacijsko, imajo lahko vpliv na izboljšanje spolne funkcije ljudi, ki imajo določene težave, kot so npr. diabetes in multipla skleroza, kjer je prizadet živčni prenos, kar zmanjša spolno zaznavo. Tudi

osebe, ki uživajo zdravila proti visokemu krvnemu tlaku in depresiji, imajo lahko kot stranski učinek zmanjšan spolni odgovor. Pri hormonskih spremembah se lahko pojavijo spremembe v zaznavi, zato je pomembno dodatno draženje splovil, pomembna pa je tudi prekrvavitev in ohranitev elastičnosti, kar lahko dosežemo z uporabo pripomočkov (Bloomenjoyyourself.com, 2015). Ena izmed indikacij uporabe spolnega pripomočka je tudi Mayer Rokitansky Kuster Hauser sindrom, pri katerem je ena izmed stvari tudi nerazvita vagina in maternica. Vibrator je tukaj ključen, saj mora dekle, zlasti po operaciji - plastiki vagine, redno dilatirati阴道, da ne pride do konstrikcije le-te (Center for Young Women's Health, 2014). Nekaj indikacij in učinkov uporabe spolnih pripomočkov v zdravstvene namene je povzetih na Sliki 1 (Ravnik, et al., 2015).

Venerine kroglice

Venerine kroglice so primarno služile kot pripomoček za krepitev medeničnega dna, pri čemer se jih lahko uporablja za preventivo urinske inkontinence. Slednje se lahko doseže prek mehanskega učinka, ko notranjost kroglice vibrira, te sile se prenašajo na vaginalno steno, to pa osebo stimulira ter ji omogoča, da s časom podzavestno obdrži kroglice v sebi. Mišičje se okrepi, izboljša se prekrvavitev in senzibilnost, to pa ima lahko preventivni učinek na urinsko inkontinenco, na samo kvaliteto spolnega življenja ter se lahko prepreči tudi kakšno ginekološko operacijo (Vickova, 2013). K oslabelosti mišic medeničnega dna lahko pride tudi zaradi prekomernega sedenja, saj čvrste mišice medeničnega dna izboljšujejo stabilizacijo celega telesa. In ravno zaradi pozitivnega učinka na medenično dno, se jih uporablja kot zdravstvene pripomočke pod imenom "*vaginalne kroglice*". Uporablja se jih lahko v času dnevnih aktivnosti ali pa med izvajanjem vaj za krepitev mišic medeničnega dna (Sayer, 2015). Z ergonomskega stališča je pomembna oblika, da so bolj elipsoidne oblike, saj se tako bolje anatomsko prilegajo. Zaradi predsodkov in pomanjkanja informacij pripomočki nimajo uveljavljenega zdravstvenega učinka. Enako kot pri ostali telesni vadbi, zdravstveni učinek ni takojšen, zato je potrebna redna vadba.

	<u>Indikacije</u>	<u>Učinki</u>
Vibrator	<ul style="list-style-type: none"> • Spolni odnos • Vpliv na orgazem • Vaginalni spazem – krč • Slabost mišic medeničnega dna • Prolaps uterusa • Manjše delovanje prostate • Moška ejakulacija • Zmanjšana senzorna zaznava • Slaba prekravitev • Urinska inkontinence • Slaba kakovost spolnega življenja • Sramovanje lastnega telesa • Mayer Rokitansky Kuster Hauser sindrom • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Popestritev spolnega življenja • Močnejši in pogostejši orgazmi • Sprostitev nožničnega kanala • Krepitev mišic medeničnega dna • Stabilnost opore uterusu • Stimulacija prostate • Večja sekrecija prostate • Stimulacija senzornih receptorjev • Izboljšanje prekravavitve • Kontrola nad zadrževanjem urina • Povečana kakovost spolnega življenja • Povečanje samozavesti • Ohranitev dilatacije vagine • ...
Vaginalne kroglice		
Dildo		

Slika 1. Indikacije in učinki uporabe spolnih pripomočkov v zdravstvene namene (*črna kocka predstavlja še druge dejavnike, ki niso tu zajeti)
(Ravnik, et al., 2015)

Glede na pregledano literaturo, ki je v velikem deležu strokovna ali poljudna, ter ne znanstvena, je sicer verjetno, da pripomočki pomagajo pri preprečevanju in zdravljenju urinske inkontinence. Za najbolj uspešne so se izkazale vaje za krepitev mišic medeničnega dna, ostale kombinacije pa so nepreverljive (Berghmans, et al., 1998). Iz literature je razvidno, da je zaradi heterogenosti vrst inkontinence, metod intervencije in rezultatov težko enoznačno narediti zaključke, ki bi podprli trditev, da pripomočki pomagajo kot samostojna intervencija ali pa v kombinaciji. Dumoulin in Hay-Smith (2010) ugotavlja, da uspešnost, predvse vaj, lahko merimo le v skupini, ki je vadila pod nadzorom vsaj 3 mesece. Potrebne bodo torej poglobljene in znanstvene raziskave.

Zaključek

V samih prodajnih ponudbah je premalo informacij glede uporabnosti spolnih pripomočkov, indikacij ter potencialnih kontraindikacij, skoraj nič pa se ne omenja njihova zdravstvena preventivna ter kurativna vloga. Uporabnost pripomočkov v zdravstvene namene nam lahko svetujejo ustrezno izobraženi zdravniki, spolni terapevti, fizioterapevti in drugi strokovnjaki, ki lahko vibrator priporočajo v sklopu svoje terapije, predvsem pa za doseg kvalitetnega orgazma (Marcus, 2011) in za optimizacijo delovanje medeničnega dna. Uporabnost je zelo odvisna od tega, kakšno stališče ima oseba do samih pripomočkov (Herbenick, et al., 2011). Kljub vsemu pa je potrebno biti z uporabo previden, treba je poznati kontraindikacije za posamezen proizvod ter z lubrikanti zmanjšati trenje. V ZDA so bili celo proizvajalci zakonsko prisiljeni, da opredelijo uporabnost kot zdravstveno, torej neke vrste ortopedski

pripomoček, saj jim drugače zakonodaja ni omogočala prodaje (npr. v Texasu in Alabami) (Texas Government, 2003).

Literatura in viri

Amos, J., 2005. Ancient phallus unearthed in cave. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/science/nature/4713323.stm> <dostopno 12.04.2015>

Berghmans, L.C., Hendriks, H.J., Bo, K., Hay-Smith, E.J., de Bie, R.A., van Waalwijk, van Doorn, E.S., 1998. Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *Br J Urol.* 82 (2): 181-91.

Bloomenjoyyourself.com, 2015. Menopause and Sexual Health. <http://www.bloomenjoyyourself.com/sex-101/menopause-and-sexual-health> <dostopno 20.04.2015>

Castleman, M., 2013. »Hysteria« and the Strange History of Vibrators. <https://www.psychologytoday.com/blog/all-about-sex/201303/hysteria-and-the-strange-history-vibrators> <dostopno 18.04.2015>

Center for Young Women's Health, 2014. MRKH: All Guides. <http://youngwomenshealth.org/mrkh-all-guides> <dostopno 22.04.2015>

Dumoulin, C., Hay-Smith, J., 2010. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 20; (1): CD005654. doi: 10.1002/14651858. CD005654.pub2.

Herbenick, D., Barnhart, K.J., Beavers, K., Benge, S., 2015. Vibrators and Other Sex Toys are Commonly Recommended to Patients, But Does Size Matter? Dimensions of Commonly Sold Products. *J Sex Med.* 12 (3): 641-5.

Herbenick, D., Reece, M., Sanders, S., Dodge, B., Ghassemi, A., Fortenberry, J.D., 2009. Prevalence and characteristics of vibrator use by women in the United States: results from a nationally representative study. *J Sex Med.* 6 (7): 1857-66.

Herbenick, D., Reece, M., Schick, V., Jozkowski, K.N., Middelstadt, S.E., Sanders, S.A., Dodge, B.S., Ghassemi, A., Fortenberry, J.D., 2011. Beliefs about women's vibrator use: results from a nationally representative probability survey in the United States. *J Sex Marital Ther.* 37 (5): 329-45.

Lloyd, E., 2005. The case of the female orgasm: Bias in the science of evolution. Boston: Harvard University Press.

Macey, K., Gregory, A., Nunns, D., das Nair, R., 2015. Women's experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed as vaginismus: a qualitative interview study. BMC Womens Health. 15: 49. doi: 10.1186/s12905-015-0201-6.

Maines, R., 1999. The Technology of Orgasm: "Hysteria," The Vibrator, and Women's Sexual Satisfaction. Johns Hopkins University Press.

Marcus, B.S., 2011. Changes in a woman's sexual experience and expectations following the introduction of electric vibrator assistance. J Sex Med. 8 (12): 3398-406.

Milsom, I., Coyne, K.S., Nicholson, S., Kvasz, M., Chen, C.I., Wein, A.J., 2014. Global Prevalence and Economic Burden of Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review. European Urology, 65: 1: 79-95.

Mitchell, D., 2012. Prostate Massage Therapy for Sexual Health. <http://www.prostate.net/2012/latest-news-articles/prostate-massage-therapy> <dostopno 20.04.2015>

Ona.Idnes.cz, 2011. Vibrátor používá většina žen, důvodem je ale jejich partner. http://ona.idnes.cz/vibrator-pouziva-vetsina-zen-duvodem-je-ale-jejich-partner-pom-/zdravi.aspx?c=A110420_103359_zdravi_pet <dostopno 05.04.2015>

Phillips, N.A., 2000. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. Am Fam Physician. 62 (1): 127-36, 141-2.

Ravnik, D., Ketiš, Ž., Gerjol, N., Čosić, J., Miftaraj-Binc, S., Štravs, P., 2015. Predstavitev vibracijskih spolnih pripomočkov v zdravstveno preventivne namene V: 5. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih in socialnih ved, 15. september 2015. Železnik, D. (ur.), Železnik, U. (ur.). Vrednote posameznika - ogledalo družbe: vpliv vrednot na obravnavo uporabnikov zdravstvenih in socialnih storitev: zbornik predavanj z recenzijo Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede. 118-125.

Reece, M., Herbenick, D., Sanders, S.A., Dodge, B., Ghassemi, A., Fortenberry, J.D., 2009. Prevalence and characteristics of vibrator use by men in the United States. J Sex Med. 6 (7): 1867-74.

Sayer, L., 2015. Do I have weak pelvic floor muscles? <http://www.rubycup.com/blog/do-i-have-weak-pelvic-floor-muscles> <dostopno 05.02.2016>

Tasca, C., Rapetti, M., Carta, M.G., Fadda, B., 2012. Women and hysteria in the history of mental health. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 8: 110-119.

Texas Government, 2003. Penal code. Title 9. Offenses against public order and decency. Chapter 43. Public indecency. Subchapter A. Prostitution. <http://www.statutes.legis.state.tx.us/Docs/PE/htm/PE.43.htm> <dostopno 18.04.2015>

The Kinsey Institute, 2003. The Kinsey Report of 1953: Media Reaction to Sexual Behavior in the Human Female. <http://kinseyinstitute.org/services/2003/media-reaction.html> <dostopno 25.03.2015>

Tsai, M., 2007. A Sex Toy a Day Keeps the Doctor Away? The medical uses of dildos and vibrators. http://www.slate.com/articles/news_and_politics/explainer/2007/10/a_sex_toy_a_day_keeps_the_doctor_away.html <dostopno 16.04.2015>

Vickova, I., 2013. Chystáte se na porod? Kupte si venušiny kuličky! <http://zena.centrum.cz/deti/clanek.phtml?id=772454> <dostopno 18.04.2015>

KAJ LAHKO NAREDIMO ZA PREVENTIVO URINSKE INKONTINENCE

WHAT CAN WE DO FOR PREVENTION URINARY INCONTINENCE

viš. pred. mag. Darija Šćepanović, viš. fiziot.

Univerzitetni klinični center Ljubljana
Ginekološka klinika

darija.scepanovic@kclj.si

Ključne besede: urinska inkontinenca, dejavniki tveganja, preventiva

IZVLEČEK

Poleg osebne stiske, urinska inkontinenca predstavlja tudi veliko finančno breme za državo. Zaradi teh in še drugih razlogov je urinska inkontinenca opredeljena tudi kot socialna bolezen, saj lahko osebo močno ovira ali jo celo onemogoča v njenem vsakdanjem delu in življenju. Iz rezultatov epidemioloških študij so razvidni različni dejavniki tveganja v povezavi z urinsko inkontinenco. Namen prispevka je predstaviti spremenljive dejavnike tveganja za urinsko inkontinenco in izpostaviti predvsem tiste, na katere lahko z različnimi ukrepi vplivamo in tako preprečimo urinsko inkontinenco.

Key words: urinary incontinence, risk factors, prevention

ABSTRACT

In addition to personal distress, urinary incontinence represents a significant financial burden on the country. Due to these and other reasons, urinary incontinence is defined as a social disease because the person can greatly hinder or even impossible in its everyday work and life. From the results of epidemiological studies showing the various risk factors, in conjunction with urinary incontinence. The purpose of this paper is to present the modifiable risk factors for urinary incontinence and stress in particular those that can be influenced by a variety of lifestyle measures in order to prevent urinary incontinence.

Uvod

Urinska inkontinenca (UI) je najpogostejša posledica nepravilnega delovanja medeničnega dna in se lahko pojavlja v vseh starostnih obdobjih. Pogostnost UI narašča s starostjo in je pogostejša pri ženskah. Ocenjujejo, da UI prizadene približno eno tretjino žensk po 60. letu (Abrams, et al., 2013). Predpostavlja se, da se bo zaradi naraščajoče populacije in večanjem števila starejših povečala prevalenca UI za 20 % do leta 2018 (Abrams, et al., 2013). Urinska inkontinenca je še vedno tabu tema. Redki posamezniki svoje težave zaupajo svojim bližnjim in le tretjina, ki ima težave z nehotenim uhajanjem urina, poišče strokovno pomoč. Poleg osebne stiske urinska inkontinenca predstavlja tudi veliko finančno breme za državo. Zaradi teh in še drugih razlogov je UI opredeljena tudi kot socialna bolezen, saj lahko osebo močno ovira ali jo celo onemogoča v njenem vsakdanjem delu in življenju (Andersson, et al., 2004). Nekatere študije dokazujejo, da UI podvoji tveganje za sprejem v dom starejših občanov – ne glede na samostojnost ali prisotnost spremljajočih obolenj (Thom, et al., 1997). Urinska inkontinenca naj bi bila tudi dejavnik tveganja za zlom kolka (Colon-Emeric et al., 2003; Johansson, et al., 1996).

Vsa omenjena dejstva o UI kličejo po boljši edukaciji kontinence, promociji in preventivnim ukrepom vsepovsod po svetu (Gemmell & Wells, 2010). Preventivni ukrepi morajo vključevati edukacijo o dejavnih življenjskega sloga in vedenjskih vzorcih, ki povečajo verjetnost za nastanek UI, o urogenitalnih in gastrointestinalnih poteh, razvojnih in pričakovanih spremembah v povezavi s staranjem, zdravih navadah za zdrav sečni mehur in črevo, vadbi mišic medeničnega dna ter kje poiskati pomoč v primeru že prisotnih težav (Samselle, et al., 2012).

Iz rezultatov epidemioloških študij s področja UI so razvidni različni dejavniki tveganja v povezavi z UI pri ženskah, in sicer starost, nosečnost, vaginalni porod, histerektomija, slatkorna bolezen, debelost, simptomi spodnjih sečil, kognitivna prizadetost, poklicno tveganje, funkcionalna prizadetost, pljučne bolezni, kajenje, zaprtje, nočno mokrenje v otroštvu, obsevanje, demenca in naporna telesna dejavnost (Moore, et al., 2013). Nekateri od njih, npr. nosečnost, porod niso spremenljivi dejavniki tveganja, medtem ko obstajajo dejavniki tveganja, ki so spremenljivi in bi lahko pomagali pri preprečevanju UI. Pri moških so dejavniki tveganja za UI predvsem starost, simptomi spodnjih sečil, funkcijska in kognitivna okvara, slatkorna bolezen, nevrološka obolenja in prostatektomija.

Namen prispevka je na podlagi rezultatov študij predstaviti spremenljive dejavnike tveganja za UI predvsem pri ženskah (saj dokazov pri moških primanjkuje) in izpostaviti predvsem tiste, na katere lahko z različnimi ukrepi vplivamo in tako preprečimo UI. Poleg tega pa bodo predstavljeni tudi nekateri ukrepi povezani z življenjskim slogom, ki lahko preprečijo UI.

Dejavniki tveganja in preventiva urinske inkontinence

Višji indeks telesne mase in večja telesna teža sta se izkazala za neodvisni dejavnik tveganja za nastanek stresne in mešane UI pri ženskah v srednjih letih in ženskah v pomenopavzi (Guidelines on Urinary Incontinence, 2015; NICE, 2013; Abrams, et al., 2013). Prekomerna telesna teža verjetno povzroča UI prek povečanega pritiska v trebušni votlini in intravezikalnega pritiska, raztezanja in obremenjevanja mišic medeničnega dna ter povečane mobilnosti uretre. Obstajajo trdni dokazi, da bi morali ženski svetovati izgubo telesne teže z namenom zmanjšati UI. Iz randomiziranih kontroliranih raziskav je razvidno, da ženske s prekomerno telesno težo ali debele ženske lahko zmanjšajo število inkontinenčnih epizod z izgubo 3-5% in 7% telesne teže. Vzdrževanje normalne telesne teže pa zmanjša tveganje za nastanek UI. Fizioterapevt lahko ženski svetuje primerno obliko telesne dejavnosti glede na njeno trenutno stopnjo telesne pripravljenosti, njene želje in potrebe ter pomaga pri postopnem stopnjevanju vadbe.

Sladkorna bolezen ima za posledico spremembe na spodnjih sečilih in spremenjeno funkcijo sečnega mehurja. Te spremembe so bile najdene kar pri 50 % moških in ženskah s sladkorno boleznijo. Pri ženskah v srednjih letih je sladkorna bolezen velik dejavnik tveganja za nastanek UI (Guidelines on Urinary Incontinence, 2015; NICE, 2013; Abrams, et al., 2013). Tveganje za patološke spremembe sečnega mehurja kot posledica sladkorne bolezni in UI se lahko zmanjša z ukrepi za zdrav življenjski slog, izgubo telesne teže in telesno dejavnostjo. Informiranje pacientov je lahko ena os strategij za motivacijo ljudi, da prevzamejo skrb za svoje zdravje.

Vnos tekočine lahko vpliva simptome UI. Običajna strategija pri osebah z UI, da zmanjšajo vnos tekočine z namenom preprečiti nehoteno uhajanje urina. Posledica je lahko koncentriran urin, ki draži sluznico sečnega mehurja in poveča simptome frekvence in urgenc. Simptomi bodo večji tudi v primeru zauživanja prekomernih količin tekočine. Zato nekateri svetujejo omejitve količine zaužite tekočine samo v primerih uživanja ekstremnih količin tekočine. Obstajajo nasprotujoči si dokazi ali modifikacija vnosa tekočine vpliva na spremembo simptomov UI (Guidelines on Urinary Incontinence, 2015; NICE, 2013; Abrams, et al., 2013). Ni povezave med uživanjem alkohola in urgenco (Nuotio et al., 2001).

Prehrana in njen vpliv na simptome UI je bila le redko predmet raziskovanja. Ugotovljeno je bilo, da uživanje prehrane, ki vsebuje vitamin D, kalij, piščančje meso, zelenjavno, kruh in proteine lahko zmanjša simptome stresne UI in prekomerno aktivnega sečnega mehurja (Dallosso, et al., 2013; Dallosso, et al. 2004). Medtem ko uživanje prehrane, ki vsebuje visoko vsebnost maščob, holesterol, vitamin B12, cink, umetna sladila in pekoče začinjene prehrane ter gazirane lahko vpliva na pojav UI ali poslabša simptome prekomerno aktivnega sečnega mehurja. Zmanjšanje vnosa kofeina lahko izboljša simptome urgenc in zmanjša frekvenco, ne pa tudi UI. Ni dokazov, da modifikacija prehrane vpliva na

UI.

Kajenje se je v preteklosti pokazalo kot dejavnik, ki je poslabšal simptome prekomerno aktivnega mehurja in UI. Kajenje lahko povzroča kroničen kašelj in s tem kronično povečan pritisk v trebušni votlini. Poleg tega naj bi nikotin imel antiestrogenski učinek. Vendar trenutno ni dokazov, da opustitev kajenja izboljša simptome UI (Guidelines on Urinary Incontinence, 2015; NICE, 2013; Abrams, et al., 2013).

Zaprtje je dejavnik tveganja za nastanek UI (Guidelines on Urinary Incontinence, 2015; NICE, 2013; Abrams, et al., 2013). Mehanizem nastanka gre iskati v kronično povečanem pritisku v trebušni votlini kot posledica prekomernega napenjanja, kar lahko vodi do raztezanja in obremenjevanja mišic medeničnega dna. V literaturi ni zaslediti dokazov, da zdravljenje zaprtja izboljša UI.

Telesna dejavnost, nizko intenzivna pri mlajših ženskah pripomore k promociji kontinence. Po drugi strani pa visoko intenzivna telesna dejavnost, ki ima za posledico prekomerno povečan pritisk v trebušni votlini, lahko poslabša simptome UI. Starejše ženske, ki so redno telesno dejavne (npr. hoja), imajo statistično pomembno manjšo stopnjo UI in manj urgenc. Ni pa znano, ali lahko začetek ukvarjanja s telesno dejavnostjo zmanjša simptome. Hudo oblika UI je tudi prepreka za ženske, da so telesno dejavne in ženske z zelo hudo stopnjo UI verjetno ne morajo biti toliko aktivne, da bi telesna vadba že imela pozitivne učinke na zdravje. Ženske z lažjo obliko UI pa za preprečevanje uhajanja urina med vadbo nosijo vložke in omejijo vnos tekočine.

Dejavniki tveganja povezani z delom, ko je povečevanje intervalov med posameznimi uriniranjimi, so prisotni pri tistih osebah, ki imajo na delu omejen dostop do stranišča (npr. učitelji, medicinske sestre, delavci za tekočim trakom...). To ima za posledico zmanjšano občutljivost sečnega mehurja, kar lahko vodi v UI. Znano je tudi, da ženske v določenih poklicih (npr. v vojski) zavestno zmanjšajo vnos tekočine, da imajo boljši nadzor nad UI. Poleg tega je bila ugotovljena višja prevalenca pri tistih z višjim telesnim indeksom, slabimi navadami sečnega mehurja in omejenim dostopom do stranišča (Abrams et al., 2013). Dvigovanje težkih bremen se je izkazalo kot dejavnik tveganja za urgenco in UI (Abrams et al., 2013). V literaturi trenutno ni zaslediti dokazov, da modifikacija teh dejavnikov zmanjša simptome UI.

Depresija in duševno zdravje naj bi bila povezana z UI (Abrams et al., 2013). To je verjetno bolj zaradi spremljajočih vzrokov in ne zaradi same UI. Tudi stopnja UI je močno povezana z depresijo pri ženskah, zato bi morali zdravstveni delavci pri ženskah s hudo obliko UI izvesti presajanje tudi za depresijo. Svetovna zdravstvena organizacija predvideva, da bo do leta 2020 depresija drugi največji vzrok za

prizadetost pri obeh spolih in ne glede na starost. Depresija je pogosta tudi pri ženskah s fibromalgijo in tudi pri teh ženskah so značilni simptomi UI. V literaturi trenutno ni zaslediti dokazov, da zdravljenje depresije izboljša UI.

Ukrepi za spremembo življenjskega sloga in preventiva urinske inkontinence

Zaslediti je nekaj ukrepov za spremembo življenjskega sloga s katerimi lahko preprečimo UI.

Križanje nog je manever, ki je bil uporabljen v študiji na 65 ženskah, ki jim je uhajal urin med kašljem. Poročali so o statistično pomembnem zmanjšanju uhajanja urina, če so ženske tik pred pred kašljem prekrižale noge, kot pa, če so kašljale v stoječem položaju (Norton & Baker, 1994).

Vadba sečnega mehurja je učinkovita pri preprečevanju UI pri splošni populaciji (Roe, et al., 2007).

Vadba mišic medeničnega dna lahko prepreči UI pri prvesnicah, in sicer pri eni od šestih žensk. (Mørkved, et al., 2001). Vadba mišic medeničnega dna med nosečnostjo pri ženskah, ki so bile inkontinentne pred nosečnostjo, statistično pomembno preprečuje UI v 34. tednu nosečnosti (Hay-Smith, at el., 2008). Vadba mišic medeničnega dna med nosečnostjo prepreči UI tudi po porodu. Iz študij, ki sta ugotavljali učinke poporodne vadbe mišic medeničnega dna na incidenco UI je razvidno, da je vadba mišic medeničnega dna statistično pomembno zmanjšala incidenco UI po porodu (Meyer, et al., 2001). Na podlagi teh rezultatov se vadba mišic medeničnega dna lahko priporoča kot preventiva UI med nosečnostjo in po porodu.

Zavestna hotena kontrakcija mišic medeničnega dna (»The Knack«) tik pred ali med povečanjem pritiska v trebušni votlini lahko, kot je razvidno iz študije, za 60 % zmanjša nehoteno uhajanje urina (Miller, et al., 2008). Torej je potrebno osebo z UI informirati, da lahko na ta način (seveda v primeru, da zna pravilno zavestno aktivirati mišice medeničnega dna) zmanjša simptome UI.

Zaključek

Prevalenca urinske inkontinence je visoka in kot je predvidevati, bo še še rasla. Dejavniki tveganja za nastanek urinske inkontinence so številni in kot je razvidno iz študij, urinsko inkontinenco lahko preprečimo preko primarne preventive z modifikacijo spremenljivih dejavnikov tveganja in z nekaterimi ukrepi za spremembo življenjskega.

Literatura

Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence, 5th International Consultation on Incontinence. 5th ed. Paris (2012): Health publications Ltd. 2013.

Andersson, G., Johansson, JE., Garpenholt, O., et al. 2004. Urinary incontinence - prevalence, impact on daily living and desire for treatment: a population-based study. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 38, pp. 125-130.

Dallosso ,HM., McGrother, CW., Matthews, RJ., et al .2003. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: A longitudinal study in women. *BJU International*;92 (1), pp.69-77.

Dallosso, HM., McGrother, CW., Matthews RJ., et al. 2004. Nutrient composition of the diet and the development of overactive bladder: A longitudinal study in women. *Neurourology and Urodynamics*, 23(3), pp.204-10.

Colon-Emeric, CS., Biggs, DP., Schenck AP, Lyles KW. 2003. Risk factors for hip fracture in skilled nursing facilities: who should be evaluated? *Osteoporosis International*, 14, pp. 484-89.

Gemmill, R., & Wells, A. 2010. Promotion of urinary continence worldwide. *Urologic Nursing*, 30(6), pp. 336-340.

Guidelines on Urinary Incontinence. M.G. Lucas , D. Bedretdinova ,L.C. Berghmans, et al. European Association of Urology 2015.

Hay-Smith, J., Mørkved, S., Fairbrother ,KA., Herbison, GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 8: CD007471.

Johansson, C., Hellstrom, L., Ekelund, P., Milsom, I. 1996. Urinary incontinence: a minor risk factor for hip fractures in elderly women. *Maturitas*, 25, pp. 21-8.

Miller JM, Sampelle CM, Ashton-Miller JA, Hong G-RS, DeLancey JOL. 200. Clarification and Confirmation of the Effect of Volitional Pelvic Floor Muscle Contraction to Preempt Urine Loss (The Knack Maneuver) in Stress Incontinent Women. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, 19(6), pp. 773-782.

Moore, K., Dumoulin, C., Bradley, C., Burgio, K., Chambers, T., Hagen, S., ... Vale, L. (2013). Adult conservative management. V P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, &

A. J. Wein (ur.), *Incontinence: 5th International consultation on incontinence, Paris, February 2012* (5. izd.), (pp. 1101-1227). ICUD-EAU.

Norton, PA., Baker, JE. 1994. Postural changes can reduce leakage in women with stress urinary incontinence, 84(5), pp. 770-4.

NICE. Urinary incontinence: The management of urinary incontinence in women. London: NICE. 2013.

Nuotio, M., Jylha, M., Koivisto, AM., et al. 2001. Association of smoking with urgency in older people. *European Urology*, 40(2), pp. 206-12.

Roe, B., Ostaszkiewicz, J., Milne, J., Wallace, S. 2007. Systematic reviews of bladder training and voiding programmes in adults: a synopsis of findings from data analysis and outcomes using metastudy techniques. *Journal of Advanced Nursing*, 57, pp. 15-31.

Sampselle, C. M., Messer, K. L., Seng, J. S., Raghunathan, T. E., Hines, S. H., & Diokno, A. C. 2005. Learning outcomes of a group behavioral modification program to prevent urinary incontinence. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 16(6), pp. 441 -446.

Thom, DH., Haan, MN., Van Den Eeden, SK. 1997. Medically recognized urinary incontinence and risk factors of hospitalisation, nursing home admission and mortality. *Age and Aging*, 26, pp. 367-74.

PRISOTNOST URINSKE INKONTINENCE MED MEDICINSKIMI SESTRAMI

THE INCIDENCE OF URINARY INCONTINENCE AMONG NURSES

Ksenija Gornik, dipl.m.s., ET

Onkološki inštitut Ljubljana

Kirurški oddelek

ksenija.peterlin@gmail.com

Ključne besede: urinska inkontinenca, medicinske sestre, ozaveščenost

IZVLEČEK

Uvod: Namen raziskave je ugotoviti, v kolikšni meri je prisotna urinska inkontinenca pri medicinskih sestrach. Kako na pojavnost UI vpliva fizična obremenitev na delovnem mestu in število porodov? Ali so medicinske sestre dovolj poučene o urinski inkontinenci in kje so pridobile največ informacij? Koliko poznajo medicinske pripomočke pri tovrstnih težavah in kdo je tisti, s katerim bi bile oziroma so pripravljeni najprej spregovoriti o težavah z uhajanjem urina?

Metode: V raziskavi so sodelovale srednje medicinske sestre/zdravstveni tehnik in diplomirane medicinske sestre, zaposlene na hospitalnih oddelkih in specialističnih ambulantah. Izbran je bil naključni vzorec medicinskih sester. Podatki so bili pridobljeni na podlagi vprašalnikov. Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela.

Rezultati: UI se pojavlja kar pri 8 medicinskih sestrah od 41 anketiranih, to je 19,5% starih manj od 60 let. Kar pri 5 medicinskih sestrah se pojavljal UI od 18-45 leta, to je 12,2%. Težka fizična obremenitev na delovnem mestu pri medicinskih sestrarh nima velike vloge pri pojavu urinske inkontinence.

Zaključek: Kljub temu, da medicinske sestre pridobijo veliko informacij in strokovnega znanja ravno v času šolanja in tekom izobraževanja, je UI še vedno tabu tema tudi med medicinskimi sestrami in večina ne želi govoriti o tej problematiki. Fizična obremenitev na delovnem mestu pri medicinskih sestrarh nima odločilnega pomena pri pojavu UI, ima pa velik pomen na pojav UI število porodov.

Key words: urinary incontinence, nurses, awareness

ABSTRACT

Introduction: The aim of this research is to asses the extent the presence of urinary incontinence(UI) among nurses. Specifically, what is the impact physical professional workload and number of deliveries to UI in the nurses population?

Furthermore, we would like to know whether the nurses are sufficiently informed about urinary incontinence and where they got the most information? Next, how the nurses are familiar with the incontinence products and who is the person to whom they tell about the problem of incontinence.

Methods: In these research there was the collaboration of nurses who worked in hospital departments and outpatients. We selected random sample of nurses. Research was based on the questionnaires. We used the descriptive methods.

Results: UI are present in the 8 of the 41 nurses (19,5%) aged less than 60 years. At 5 nurses aged between 18 and 45 years (12,2%) UI was present. The heavy physical workload at the nurses job seems that does not have impact on the urinary incontinence of the nurses.

Conclusion: In spite of fact that the nurses get a lot of information and special knowledge at their education the UI is still a taboo. The heavy physical workload in nurses does not seem to have decisive effect on incidence of UI, however the number of deliveries has.

Uvod

Urinska inkontinenca oz. uhajanje seča je nesposobnost kontrole mokrenja, pri čemer urin nekontrolirano uhaja po kapljicah ali v celoti, tudi ko ga poskusimo zadržati (Leskovar, 2007).

Urinska inkontinenca (UI) je ena izmed posledic slabe funkcije mišic medeničnega dna, ki se pogosto pojavlja pri ženskah med nosečnostjo in po porodu, ter s starostjo narašča. Nosečnost, porod in starost so dejavniki tveganja za pojav urinske inkontinence kot tudi težko fizično in stoječe delo, prekomerna telesna teža, kronično zaprtje, respiratorna obolenja, ki jih spremljajo kašelj in kihanje (Bø, 2002). Pogoste so tudi atrofije mišic medeničnega dna zaradi izgube estrogena, prirojena slabost vezivnega tkiva in telesna neaktivnost, torej dejavniki, ki niso vezani izključno na spol ali določeno starostno obdobje (Hlebš, 2008).

Pri razumevanju vzrokov, dejavnikov tveganja, pri poznavanju značilnosti UI ter načinov pomoči osebam z UI se pogosto pojavljajo pomanjkljivosti v ozaveščenosti o pomenu zgodnjega odkrivanja UI, pomanjkljivosti v znanju o vplivu UI na kakovost življenja oseb z UI (čustveni, socialni, ekonomski vidik), pomanjkljivosti v zavedanju prednosti poznavanja področja UI npr. da večina oseb z UI ne poišče strokovne pomoči.

Vrste urinske inkontinence

UI glede na vrsto delimo na stresno, nujno ali urgentno, mešano in pretočno oz. overflow urinsko inkontinenco (Jolić, 1996).

Stresna urinska inkontinenca je najpogostejša vrsta UI. Kaže se kot nehotno uhajanje vode ob fizičnem naporu (dvigovanju bremen, ples, aerobika, tek, kihanje, kašelj, ...) pri zelo hudi obliki celo pri spremembji položaja telesa. Ob tem se poveča pritisk v mehurju, česar pa sečnica ne vzdrži in zato popusti. Vzrok je lahko slabša aktivacija mišice zapiralke, popuščanje vezi, poškodbe sečnice, pri zlomu medenice ali okvari živčevja (Klemenc, 1995).

Urgentna urinska inkontinenca je nenadno nehotno uhajanje urina skozi sečnico, ki se pojavi po predhodno močni želji po uriniranju. Najpogosteje se pojavlja na poti do stranišča, ob poslušanju iztekajoče vode ali pri delu z mrzlo vodo. Vzrok so nekontrolirane kontrakcije sečnega mehurja, ki povzročajo nenadno močno željo po uriniranju, t.i. urgenco, ki lahko vodi do urgentne UI in povečane frekvence mikcij.

Pri **mešani** UI gre za kombinacijo stresne UI in urgentne UI. Ženske navajajo težave, ki niso značilne samo za eno vrsto inkontinence.

UI predstavlja hudo osebno težavo, ki lahko prizadetim osebam bistveno poslabša kvaliteto življenja. Gre za motnjo, ki ženskam povzroča zadrgo, sram, izgubo samospoštovanja, zaradi česar se izogibajo socialnim stikom. Voda lahko uhaja tudi pri spolnih odnosih, zaradi česar se jim ženske raje izognejo, kar lahko ne nazadnje privede tudi do motenj v partnerskem odnosu (But, 2005). Ženske z UI so zaskrbljene glede neprijetnega vonja, izogibajo se športnim aktivnostim in potovanjem (Fonda, 1997; Bø et al., 1999). Pogosteje se socialno izolirajo in se zadržujejo doma, kjer imajo vedno dostop do stranišča, manj hodijo po nakupih, manj časa namenijo zunanjim aktivnostim, s prijatelji in družino pa raje komunicirajo prek telefona in elektronske pošte ter več časa porabijo za osebno higieno. Z UI je povezan nastanek stresa in depresije, socialne izolacije, stigmatizacije, osamljenosti, občutek sramu, zmanjšana samozavest (Bø et al., 2003; Jackson et al., 2004). UI hkrati prinaša dodatne stroške in dodatno finančno breme v družini. Življenje žensk z UI je malokdaj ogroženo, je pa v večini nekakovostno, če se ne obrne na strokovno pomoč (Prah & Voršič, 2003).

Z UI se srečujeta oba spola v različnih starostnih skupinah in v vseh družbenih slojih, vendar so ženske dvakrat pogosteje prizadete kot moški. V Sloveniji znaša prevalenca UI za ženske 13,6% in je torej nekoliko višja kot v državah Zahodne Evrope in ZDA. Statistični podatki kažejo, da je v Sloveniji 49,5% žensk, ki so stare več kot 65 let tako hudo inkontinentnih, da potrebujejo zdravljenje. V reproduktivnem obdobju je inkontinentnih 5-15% žensk (Tušek Bunc, 2004).

Ženske o uhajanju vode večinoma ne spregovorijo v ambulanti osebnega zdravnika, saj menijo, da gre za prehoden pojav ali pač neizogibno posledico staranja (But, 2005). Prav tako nekatere misljijo, da je UI normalen pojav po porodih in ne vedo ali je potrebno obiskati ginekologa ali urologa (Jolić, 1996). Rezultati študij, ki ugotavljajo pojavnost UI pri telesno dejavnih ženskah in športnicah, kažejo na to, da je inkontinenca pri tej populaciji prisotna v velikem odstotku. Taki športi so tek,

gimnastika, košarka, trampolin, vendar pa zaenkrat ni zaslediti študij, ki bi ocenjevale vlogo telesne dejavnosti in športa pri zdravljenju UI oz. ali prenehanje s telesno dejavnostjo vpliva na zmanjšanje simptomov ali celo na to, da nehoteno uhajanje seča ni več prisotno (Krničar, et al., 2004).

Za uspeh obravnave oseb z UI je nujna celostna obravnava. Celostna obravnava oseb z UI torej zahteva delo sodelovalne skupine zdravstvenih delavcev, zdravnikov, medicinskih sester, fizioterapeutov, psihologov in drugih za to področje usposobljenih strokovnjakov. Zdravstveni delavci bi si morali prizadevati za promocijo in širjenje ustreznih informacij o preprečevanju inkontinence in o sodobnih postopkih obravnave tega problema pri vseh starostnih skupinah z namenom ohranitve dobrega počutja in kakovostnega življenja prizadetih oseb. Osnovna strategija preventive bi morala biti preprečevanje pojava UI, pri čemer bi moralo biti prepoznavanje kontinentnih oseb z dejavniki tveganja za pojav UI ena pomembnejših aktivnosti primarne preventive. Pogosto je lahko glavna ovira za učinkovito obravnavo UI pomanjkanje komunikacije med osebami z UI in zdravstvenimi delavci oz. nezadostna ozaveščenost zdravstvenih delavcev o problematiki UI (Hlebš, 2008).

Namen raziskave je ugotoviti prisotnost UI med medicinskimi sestrami. Kako na pojav UI vpliva težko fizično delo medicinskih sester na hospitalnih oddelkih in kakšna je ozaveščenost MS? Komu so pripravljene oz. bi bile pripravljene zaupati svoje težave v povezavi z UI?

Metode dela

Preiskovanci

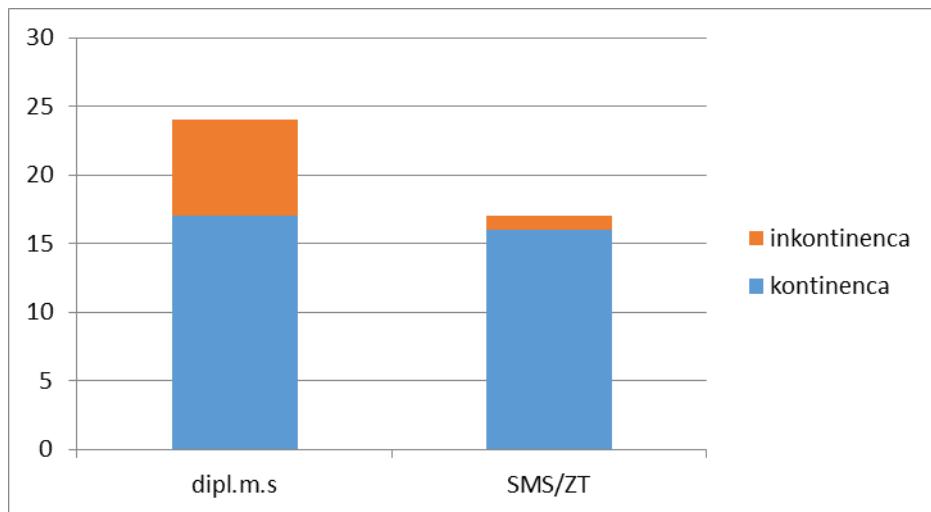
V raziskavi so sodelovale srednje medicinske sestre/zdravstveni tehnik in diplomirane medicinske sestre, zaposlene na hospitalnih oddelkih in specialističnih ambulantah. Izbran je bil naključni vzorec medicinskih sester. Anketiranje je potekalo od maja do avgusta 2015. Vprašalniki so bili posredovani osebno. Vprašalnik je bil anonimen in vsaka medicinska sestra ga je izpolnila prostovoljno. Sodelujoče so bile seznanjene z namenom in potekom raziskave. Razdeljenih je bilo 50 vprašalnikov. Vprašalnike je vrnilo 41 medicinskih sester starih od 18 do 60 let. Od tega je bilo 17 SMS/ZT in 24 dipl.m.s.

Vprašalnik in postopek anketiranja

Podatki so bili pridobljeni na podlagi vprašalnikov. Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Vprašalnik je na začetku zajemal podatke o starosti, telesni teži in višini, izobrazbi, vrsti in število let zaposlitve (hospitalni oddelek ali specialistična ambulanta) ter število porodov. Naslednji sklop vprašalnika je zajemal 9 vprašanj o prisotnosti urinske inkontinence, v primeru prisotnosti, kdaj so se pojavile težave z UI, kdaj so anketirani poiskali pomoč in ob kateri aktivnostih se je pojavljala UI. S

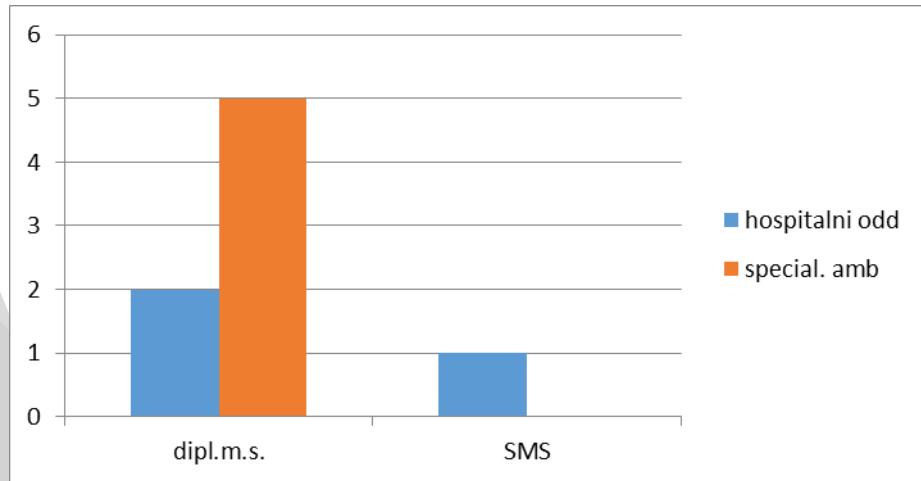
kom so bile pripravljene spregovoriti o težavah, kje so pridobile največ informacij o UI in koliko poznajo medicinske pripomočke.

Rezultati



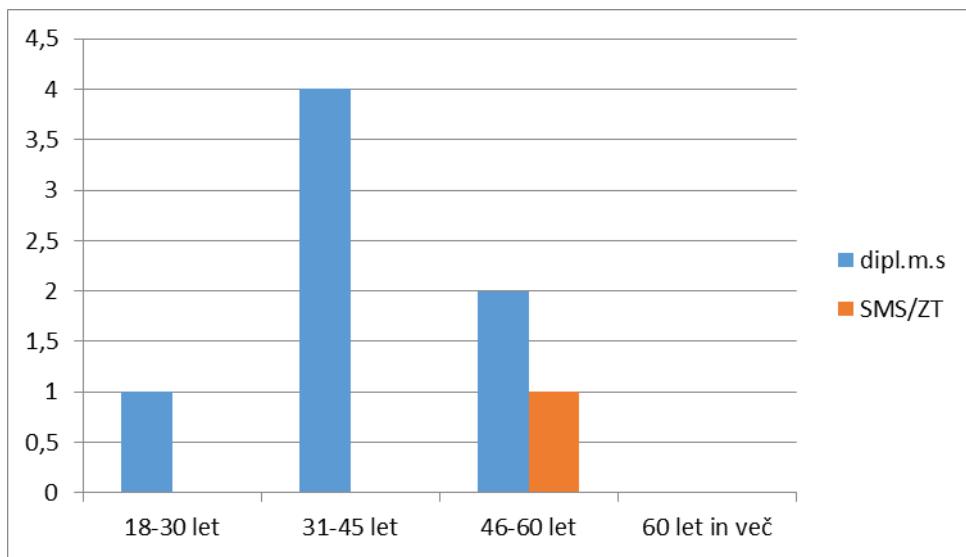
Slika 1. Prisotnost UI glede na izobrazbo

Ena od 16 (5,9%) SMS/ZT je navajala težave z uhajanjem urina, od dipl.m.s. pa je navajalo 7 od 24 (29,1%) težave z UI.



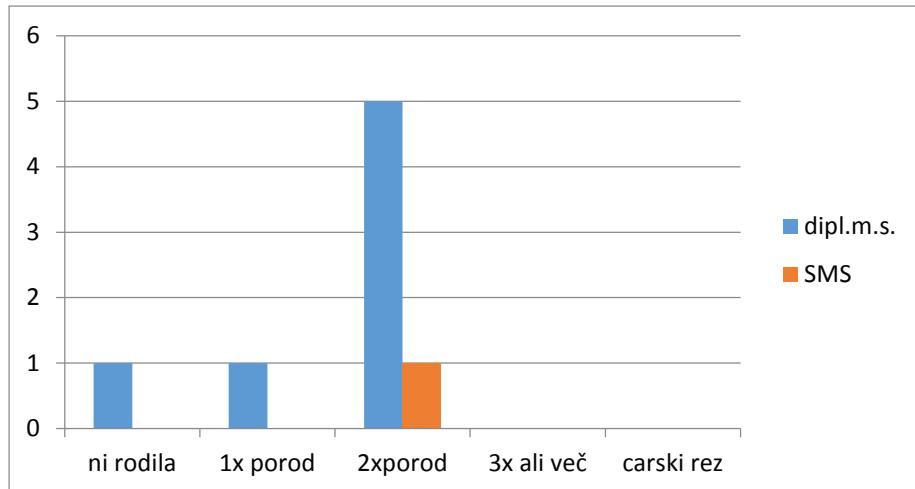
Slika 2. Prisotnost UI glede na delovno mesto in težko fizično obremenitev na delovnem mestu.

2 dipl.m.s., ki sta navajale težave, sta zaposleni na hospitalnem oddelku in 5 dipl.m.s. v specialistični ambulanti. Pri SMS/ZT pa je 1 medicinska sestra zaposlena na hospitalnem oddelku.



Slika 3. Prisotnost UI glede na starost medicinske sestre

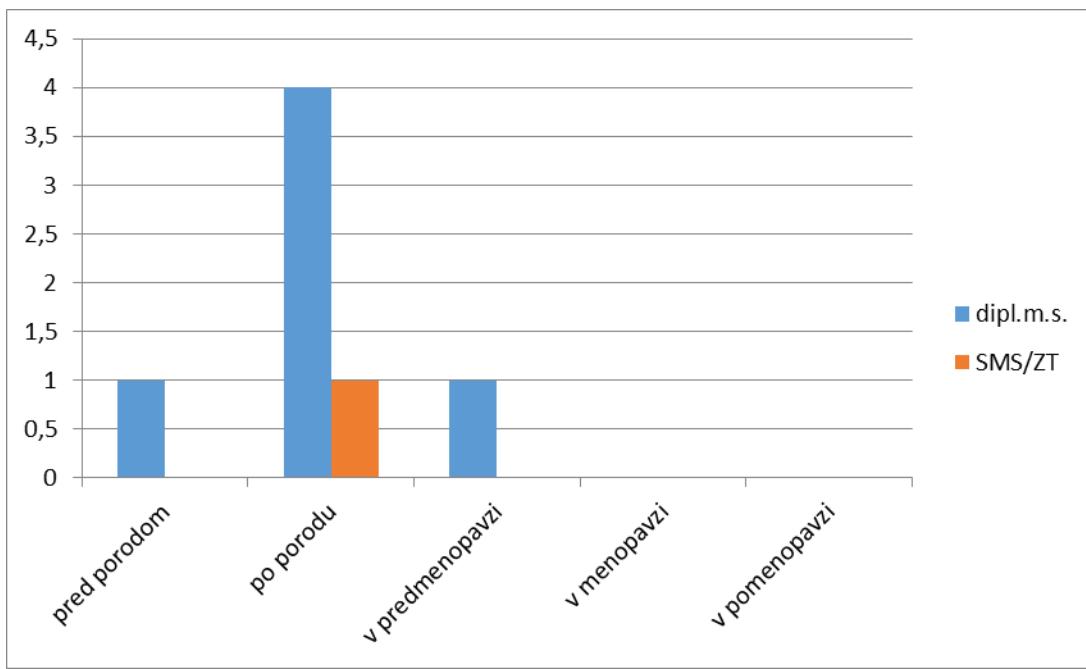
7 dipl.m.s., ki so navajale težave je ena dipl.m.s. stara 18-30 let, 4 dipl.m.s. so stare med 31-45 let in 3 dipl.m.s. so stare 46-60 let. SMS/ZT pa je stara med 46-60 let.



Slika. 4. Pojavnost UI glede na število porodov

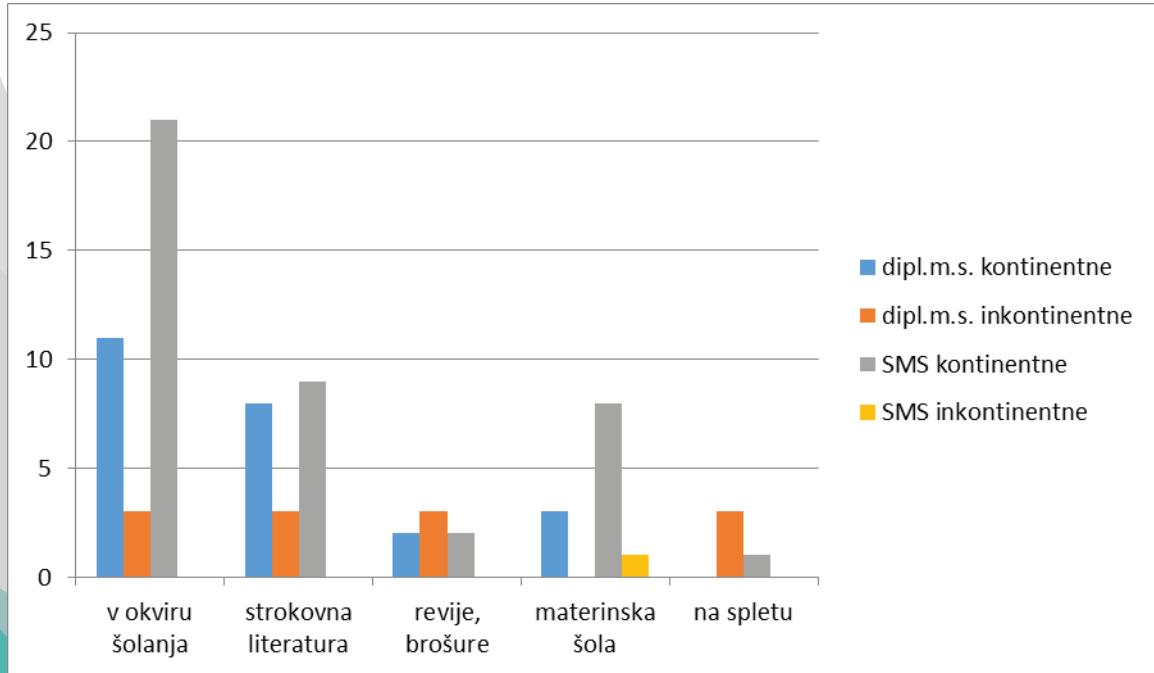
Glede na število porodov pa se UI pri dipl.m.s. pojavlja kar pri 5 dipl.m.s., ki so dvakrat rodile, enkrat je rodila ena dipl.m.s. in pri eni dipl.m.s., ki ni rodila. SMS/ZT pa je 2x rodila.

Ena dipl.m.s. ima mešano (stresno in urgentno) UI, kjer ima težave z zadrževanjem seča ob težkem fizičnem naporu in tudi na poti do stranišča, vseh ostalih 6 dipl.m.s. pa ima stresno UI in imajo najpogosteje težave ob težkem fizičnem naporu, smejanju, kihanju, kašljjanju in tudi teku. SMS ima stresno UI in ji uhaja voda ob kihanju in skakanju.



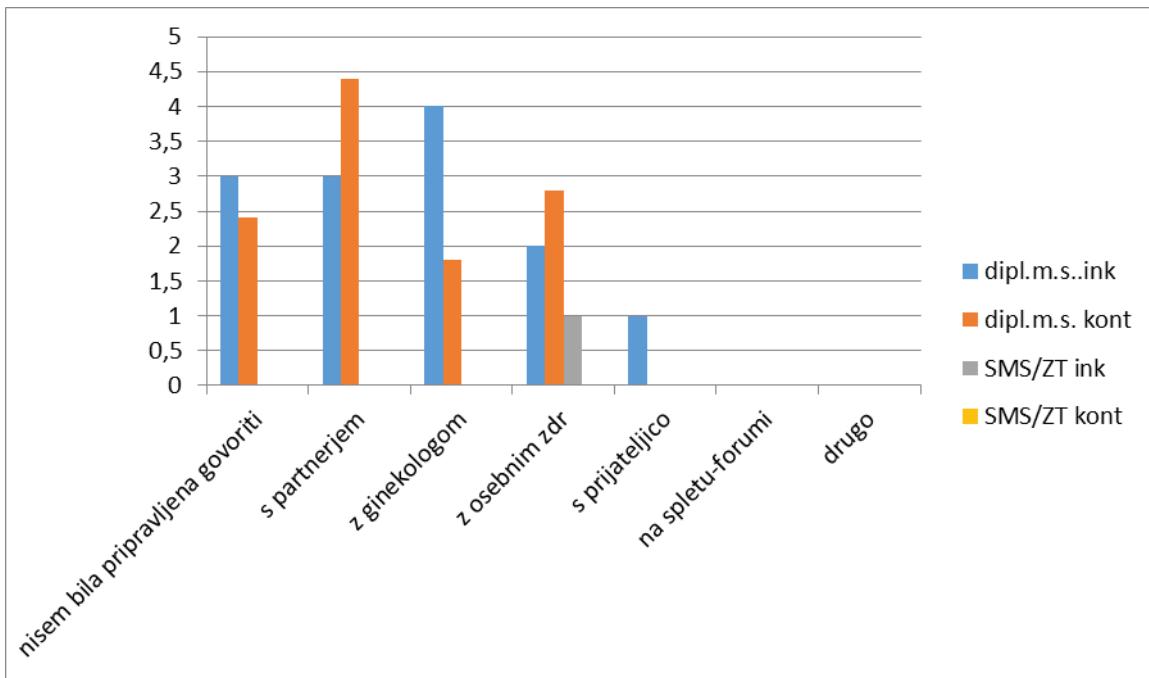
Slika 5. Pojavnost prvih težav UI

Na vprašanje, kdaj so se pojavile prve težave z UI, je ena dipl.m.s. odgovorila pred porodom, 4 dipl.m.s. pri katerih se pojavljajo težave po porodu, pri 1 dipl.m.s. v predmenopavzi in pri 1 dipl.m.s. v menopavzi. Pri 1 SMS/ZT so se pojavile težave po porodu.



Slika 6. Vir informacij medicinskih sester o UI

V okviru šolanja so medicinske sestre pridobilo največ informacij, tako dipl.m.s., kot tudi SMS/ZT. Nekaj manj so pridobile informacije iz strokovne literature, revij, brošur, materinske šole in tudi na spletu. Vir informacij o UI prikazuje Slika 6.



Slika 7. Zaupanje o težavah z UI

Na vprašanje koliko poznajo medicinske sestre pripomočke pri težavah z odvajanjem seča jih 17 dipl.m.s. pozna in 7 dipl.m.s. ne pozna, od SMS/ZT jih 14 pozna pripomočke in 2 SMS/ZT ne pozna. En odgovor je bil neveljaven. Na odgovor, če medicinske sestre vedo, da jim medicinske pripomočke pri težavah z odvajanjem seča lahko predpiše izbrani osebni zdravnik je odgovorilo z da 17 dipl.m.s. in 3 dipl.m.s. z ne. Od SMS/ZT pa je z odgovorom da odgovorilo 14 SMS/ZT in da ne vedo 2 SMS/ZT. Tudi tukaj je bil en odgovor neveljaven.

Razprava

Urinska inkontinenca je velik problem tudi med medicinskimi sestrami, pred katerim si ne smemo zatiskati oči. Potrebno je upoštevati večplastnost tega problema, tako iz medicinskega, socialnega kot tudi ekonomskega vidika. Še vedno pa ostaja tabu tema tudi med medicinskimi sestrami, saj jih še vedno veliko ne želi govoriti o tej problematiki oz. so pripravljeni govoriti samo s partnerjem ali osebnim ginekologom. Veliko informacij medicinske sestre pridobijo ravno v času svojega strokovnega izobraževanja in strokovne literature, vzpodbuden pa je podatek, da veliko informacij medicinske sestre pridobijo tudi v materinski šoli. V tej raziskavi smo ugotovili, da na prisotnost UI pri medicinskih sestrar fizična obremenitev na delovnem mestu nima večjega vpliva, saj se težave pri odvajjanju seča pogosteje pojavljajo pri medicinskih sestrar zaposlenih v specialističnih

ambulantah kot pri tistih medicinskih sestrar zaposlenih na hospitalnem oddelku. Zaskrbljujoč je podatek, da se težave z UI pojavljajo kar pri 8 medicinskih sestrar od 41 anketiranih, to je 19,5% starih manj od 60 let. Kar pri 5 medicinskih sestrar se pojavljal UI od 18-45 leta, to je 12,2%. Ta odstotek je primerljiv z statističnimi podatki v Sloveniji, ki kažejo, da je inkontinentnih 5-15% žensk v reproduktivnem obdobju (Tušek Bunc, 2004). Velik pomen pri pojavu UI ima tudi število porodov, kajti kar pri 6 medicinskih sestrar, ki so rodile 2x je UI prisotna, pri eni, ki je rodila enkrat in ena, ki še ni rodila. Tuja literatura navaja, da se delež žensk s stresno UI po prvi nosečnosti poveča skoraj 4-kratno. K nastanku okvar mišic medeničnega dna najbolj prispeva nosečnost, zaradi daljšega in vedno močnejšega pritiska ploda na mišice medeničnega dna, povečevanja intraabdominalnega pritiska v teku nosečnosti zaradi rasti ploda ter dedne motnje vezivnega tkiva (MacLennan et al., 2000).

Zaključek

Še vedno bo potrebno veliko dela na področju promocije zdravja in edukacija zdravega življenjskega sloga medicinskih sester v smislu izogibanja dejavnikov, ki vplivajo na UI, pitje večjih količin kave, gaziranih pijač, alkohola in uživanja močno začinjenih jedi. Spodbuda k zdravi in uravnoteženi prehrani in tudi k zmanjšanju telesne teže. Edukacija tudi medicinskih sester k pravilni tehnički izvajanju vaj za krepitev mišic medeničnega dna že pred nosečnostjo, med nosečnostjo in tudi po porodih. Učenje zavestnega stiska mišic medeničnega dna ob dvigovanju težjih bremen, kihanju, kašljjanju. Iz socialnega vidika pa je pomembno spodbujanje medicinskih sester, da odkrito spregovorijo o problemih z UI, da premagajo strah, občutek sramu, da se ne izogibajo družabnemu življenju bližnje in širše okolice, da zaupajo vase, krepijo svojo samozavest in poskušajo živeti normalno življenje tudi z urinsko inkontinenco.

Literatura

- But I., 2005. Epidemiologija urinske inkontinence pri ženskah. *Medicinski razgledi*, pp. 4
- But I., 2008. Urinary incontinence - diagnosys - epidemiology - therapy. JAMA, 16 (4),pp. 182-3.
- Bø, K., 2002. Physiotherapeutic techniques. In: MacLean AB, Cardozo L, eds. *Incontinence in women*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press, pp. 256-71.
- Bø, K., Mørkved, S, Schei, B&Salvesen, K.A.,2003. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*,;101, pp. 313-19.
- Fonda D. 1997. Promoting continence as health issue. *Eur Urol.*, 31(Suppl 2), pp. 32-38.

- Hlebš, S., 2008. Ozaveščenost slovenskih zdravstvenih delavcev o osnovni problematiki urinske inkontinence. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 42 (4), pp. 261-72.
- Jackson RA, Vittinghoff E, Kanaya AM, Miles TP, Resnick HE, Kritchevsky SB, Simonsick EM, Brown JS.,2004. Urinary incontinence in elderly women: findings from the health, aging and body composition study. *Obstet Gynecol.*, pp. 104:301-7.
- Jolić V.,1996. Urinska inkontinenca pri ženskah. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 30, pp. 127-32.
- Klemenc D.,1995. Urinska inkontinenca. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 29, pp. 27-45.
- Krničar, I., Lukanović, A., Šćepanović, D.,2004. Pojavnost urinske inkontinence pri telesno dejavnih ženskah in športnicah-pregled literature. *Obzornik Zdravstvene Nege*,38, pp. 241-54.
- Leskovar J., 2007. Prekomerno aktivni sečni mehur. Ljubljana: Novartis;
- MacLennah AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D., 2000. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *British Journal of Occupational Therapy.*, 107 pp. 1460-70.
- Prah, K. & Voršič, A., 2003. Zdravstvena nega bolnika z urinsko inkontinenco v bolnišnici. In: Gantar, M., ed. *Inkontinenca urina in blata: zbornik predavanj s strokovnega srečanja*. Laško: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, pp. 25-29.
- Tušek Bunc K., 2004. Kaj mora zdravnik družinske medicine vedeti o urinski inkontinenci. In: Židanik S, Tušek Bunc K, et al. Eds. *Medicinsko tehnični pripomočki: zbornik predavanj. 3. Mariborski kongres družinske medicine, Maribor, 26. In 27..11.2004.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SDZ; pp. 36-44.

KAJ SO KOMPETENCE ZDRAVSTVENEGA TEHNIKA NA PODROČJU ENTEROSTOMALNE TERAPIJE

WHAT ARE THE COMPETENCE OF HEALTH TECHNICIANS IN THE FIELD OF ENTEROSTOMAL THERAPY

Suzana Zukan dipl. m. s., mag. zdr. neg., asistent

Univerza na Primorskem
Fakulteta za vede o zdravju
Suzana.Zukan@fvz.upr.si

Ključne besede: srednja medicinska sestra, kompetence, enterostomalna terapija, dijak, praktični pouk, izločalna stoma

IZVLEČEK

Uvod: Srednješolsko izobraževanje zdravstvene nege je skozi leta doživljajo številne spremembe glede naziva. Pred letom 1990 je bilo ime poklica medicinska sestra, kasneje zdravstveni tehnik, nato tehnik zdravstvene nege, od šolskega leta 2007/08 pa vse do danes je srednja medicinska sestra ali srednji zdravstvenik. Po uspešno zaključenem srednješolskem izobraževanju pridobi dijak določene kompetence. Velikokrat pa se dijak pri pridobivanju kompetenc znajde v težavah, še posebno takrat, ko je pred njim resnična in konkretna situacija. Namen članka je prikazati kompetence srednje medicinske sestre na področju enterostomalne terapije ter težave, s katerimi se soočajo dijaki v času pridobivanja kompetenc pri oskrbi pacienta z izločalno stomo na bolniških oddelkih.

Metode: Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji. Vključenih je bilo 110 dijakov četrtih letnikov, srednjih zdravstvenih šol obalno-kraške regije. Instrument raziskave je bil strukturirani vprašalnik, oblikovan za potrebe raziskave.

Rezultati: Rezultati pokažejo, da se dijaki, ki se izobražujejo za poklic srednje medicinske sestre/srednjega zdravstvenika pri pridobivanju kompetenc na področju enterostomalne terapije srečujejo z različnimi težavami. Pri oskrbi pacienta z izločalno stomo čutijo stisko in potrebo po umiku, čutijo se nemočni, čutijo nelagodje, ne vedo kako naj se vedejo, strah jih je da ne bodo znali opraviti.

Diskusija in zaključek: Srednješolsko izobraževanje in usposabljanje ne more dati vsega znanja in spretnosti, ki jih potrebuje bodoča srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik, za kakovostno opravljanje poklica. Zato je potrebno

dopolnjevanje osvojenega znanja, spretnosti in razvijanje sposobnosti za kakovostno oskrbo v kliničnem okolju ob pacientu.

Key words: *nurse assistant, competences, enterostomal therapy, student, practical training, intestinal stomas*

ABSTRACT

Introduction: *High school education of health care has experienced a number of changes in his professional title over the years. Before 1990, the professional title of the profession was a nurse, than nurse assistant, from the 2007/08 school year until now is middle nurse or nurse assistant Upon successful completion of high school education, the student acquires certain competencies. Often students gets in trouble when it comes to gaining the competencies, especially when he is faced to a real and concrete situation. The purpose of this article is to demonstrate the competencies of nurse assistant in enterostomal therapy and the problems students are facing during acquisition of competence in caring for a patient with a intestinal stomas on hospital wards.*

Methods: *The study was based on a quantitative methodology. It has included 110 students of fourth class of high school, secondary medical schools of obalno kraška region. Instrument of the research was a structured questionnaire designed for the purpose,for the needs of research.*

Results: *The results are showing that students who are trained for the profession of nurse assistant are facing various problems when it comes to gaining the competencies in the field of enterostomal therapy. When it comes to nursing the patient with a intestinal stomas, the patients feel distressed and they feel the need for withdrawal, they feel helpless, they feel uncomfortable, they do not know how to behave, they have fear that they will not be able to do something.*

Discussion and conclusion: *Secondary education and training can not give all the knowledge and skills needed by future nurse assistant for quality performance of the profession. Therefore, it is necessary to complement the acquired knowledge, skills and abilities to develop high-quality care in the clinical setting with a patient.*

Uvod

Izobraževanje v Sloveniji se prične z osnovnošolskim obveznim izobraževanjem in se nadaljuje s srednješolskim izobraževanjem. V kateri srednješolski program se bo učenec vpisal, je odvisno od uspeha v osnovni šoli, želje učenca, velikokrat tudi želje staršev. Na področju zdravstvene nege imamo kar nekaj zdravstvenih šol in šolskih centrov, ki izobražujejo dijake za poklic srednje medicinske sestre. Poklic srednje medicinske sestre zahteva teoretično znanje in praktične izkušnje, ki si jih dijaki srednje zdravstvene sole pridobijo v času šolanja (Tepina, 2011). Praktični

pouk za poklic srednje medicinske sestre/srednjega zdravstvenika je najpomembnejši element v času izobraževanja, saj dijaki svoja znanja najprej pridobijo v kabinetih. V kabinetih uporabljajo za vadenje lutke, ki dopuščajo učenje na napakah ter možnost večkratnega ponavljanja. Tako dijaki pridobijo in razvijejo nova praktična znanja, ki so potrebna za praktični pouk na bolniških oddelkih. Praktični pouk na bolniških oddelkih začnejo v tretjem letniku, stari sedemnajst let. Običajno so zelo nestrpni, saj komaj čakajo, kdaj bodo prvič šli na prakso. Po eni strani so zelo veseli, da bodo šli v bolnišnico, po drugi strani pa je v njih velik strah, kako se bodo praktično odrezali, kako bodo prenašali raznorazne preizkušnje v bolnišnici.

Kompetence srednje medicinske sestre/srednjega zdravstvenika

Po uspešno zaključenem srednješolskem izobraževanju pridobi dijak določene kompetence, ki so zapisane v tako imenovanem dokumentu »Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi iz leta 2008«. V dokumentu so predstavljene in določene kompetence in aktivnosti posameznega izvajalca zdravstvene in babiške nege, ki jih pridobi in osvoji, v sklopu šolskega izobraževalnega programa in v nadaljnjem izobraževanju in učenju. Poklicne kompetence so izkazane posameznikove zmožnosti, da uporabi svoje znanje in sposobnosti oziroma je sposoben opraviti različna dela in naloge (Železnik, et al., 2008).

Kompetence tehnika zdravstvene nege, zdravstvenega tehnika oz. srednje medicinske sestre (Železnik, et al., 2008):

- zdravstvena nega posameznika v različnih stanjih zdravja in bolezni ter v različnih življenjskih obdobjih;
- pomoč bolniku pri izvajanju dnevnih življenjskih dejavnosti;
- priprava na diagnostične in terapevtske posege in postopke;
- izvedba enostavnih diagnostično terapevtskih posegov in postopkov;
- sodelovanje pri izvajanju intenzivne terapije in intenzivne nege;
- ukrepanje v nepričakovanih situacijah, nudenje nujne medicinske pomoči v okviru pristojnosti;
- zdravstvena vzgoja pacienta v okviru tima.

V enterostomalni terapiji je enterostomalna terapeutka medicinska sestra, ki je zaključila podiplomsko izobraževanje na področju oskrbe izločalnih, prehranjevalnih in dihalnih stom, inkontinence in različnih vrst ran še posebej kroničnih. Delujejo na primarnem nivoju zdravstvenega varstva ter bolnišnicah (Petek, 2010). V enterostomalni terapiji poznamo različne vrste stom in sicer hranilne, dihalne ter izločalne stome.

Aktivnosti zdravstvene nege, ki jih izvaja srednja medicinska sestra/ srednji zdravstvenik pri dihalni stomi so : pomoč pri pritrditvi dihalne kanile, toaleta traheostome, vlaženje in inhalacija traheostome ter vzdrževanje ustrezne mikroklimе. Za aspiracijo dihalnih poti skozi kanilo terprevezo trahealne kanile so potrebna dodatna znanja, ki jih posameznik pridobi po končanem izobraževalnem

programu, na podlagi katerega je znanje preverjeno, kar posameznik izkazuje z veljavnim spričevalom. Kompetence srednje medicinske sestre/srednjega zdravstvenika pri hranilni stomi so: hranjenje po gastrostomi, hranjenje po jejunostomi, nega gastrostome, nega jejunostome, pomoč pri hranjenju po gastrostomi, pomoč pri hranjenju po jejunostomi, priprava prehranskih dodatkov, ureditev okolja po hranjenju in pitju, ureditev pacienta po hranjenju in pitju ter vodenje bilance tekočin. Pri izločalni stomi so: aplikacija čistilne klizme v črevesno stomo, aplikacija zdravilne klizme v črevesno stomo, dokumentiranje intervencij v zvezi z izločanjem in odvajanjem, dokumentiranje izločkov, nastavitev vrečk na različne stome ter nega črevesne stome. Izpiranje črevesne stome lahko izvaja le v primeru da ima potrebna dodatna znanja (Železnik, et al., 2008).

Praktični pouk zdravstvene nege, ki se izvaja v kabinetih, kasneje na bolniških oddelkih omogoča dijaku usposabljanje za poklic srednje medicinske sestre/srednjega zdravstvenika. Dijak svoje znanje, ki ga dobi pri strokovnoteoretičnih predmetih povezuje s pridobivanjem določenih spretnosti in veščin. Velikokrat pa se dijak znajde v težavi, ko je pred njim resnična in konkretna situacija.

Učne vsebine, ki obravnavajo izločalno stomo so zajete v strokovno teoretičnih predmetih drugega letnika, in sicer v zdravstveni negi, anatomiji in specialni zdravstveni negi. Učne teme pri predmetih zdravstvena nega in specialna zdravstvena nega obravnavajo definicijo izločalne stome, vrste izločalnih stom, pripomočke za izločalno stomo, zdravstveno nego izločalne stome ter vlogo srednje medicinske sestre. Pri predmetu anatomije dijak spozna zgradbo in naloge prebavnega sistema, spozna strokovne izraze prebavne poti, spozna njihovo lego in pomen (predvsem debelega črevesa). Z izločalno stomo se dijaki prvič srečajo pri urah teorije ter v kabinetih na šoli, kjer poteka praktični pouk v prvem in drugem letniku, delno tudi v tretjem letniku.

Med najbolj obremenjujočimi dejavniki pri praktičnem pouku na bolniških oddelkih pri pacientih z izločalno stomo je tako imenovani vonj, ki se pojavi pri menjavi stome zaradi blata ali plinov, izbira ustreznih pripomočkov in način oskrbe, ki jo morajo prilagoditi potrebam pacienta. V kabinetih na šoli kjer dijaki za poklic srednje medicinske sestre vadijo na lutkah vsega tega ni, ni vonja, običajno uporabljajo eno vrsto pripomočkov, način oskrbe je običajno enak.

Namen in cilj

Namen raziskave je prikazati težave, s katerimi se soočajo dijaki srednjih zdravstvenih šol pri pridobivanju kompetenc za poklic srednje medicinske sestre/srednjega zdravstvenika. Cilj raziskave je bil s pomočjo vprašalnika ugotoviti, ali imajo dijaki srednje zdravstvene šole težave pri oskrbi pacienta z izločalno stomo, prav tako so me zanimali njihovi občutki in osebne stiske.

Metode

Izvedena je bila raziskava, ki je temeljila na kvantitativni metodologiji. Podatki so bili zbrani s pomočjo anketiranja s spletnim vprašalnikom. Analiza podatkov je bila narejena s programskim paketom SPSS, verzija 20 (IBM SPSS Statistics 20). Ocena dejavnikov je bila podana na podlagi povprečne vrednosti in standardnega odklona (PV/SO).

Opis instrumenta

V raziskavi je bil za pridobivanje podatkov uporabljen v ta namen izdelan spletni vprašalnik. Vprašalnik je bil pripravljen na podlagi osebnih izkušenj, mnenj in stališč. Upoštevana so bila tudi mnenja učiteljic strokovnoteoretičnih predmetov in praktičnega pouka v srednješolskem izobraževanju. V vprašalniku so bila uporabljeni vprašanja zaprtega in odprtrega tipa. V prvem delu anketnega vprašalnika smo pridobili demografske podatke anketirancev, v drugem delu pa so se vprašanja nanašala na njihove težave, občutke, osebne stiske ter negativne izkušnje pri oskrbi pacienta z izločalno stomo. Vprašalnik je obsegal 15 trditev, ki so jih anketirani posamično ocenili na pet stopenjski Likertovi lestvici strinjanja (popolnoma se strinjam, delno se strinjam, niti se ne strinjam, delno se ne strinjam, sploh se ne strinjam).

Opis vzorca

Vzorec so predstavljali dijaki četrthih letnikov srednjih zdravstvenih šol obalno-kraške regije. Glede na seznam dijakov je prvotni vzorec obsegal 110 dijakov. Od 110 dijakov je pravilno spletni vprašalnik izpolnilo 93 dijakov. Odzivnost je znašala 85 %. V raziskavi je glede na spol bilo v vzorcu zajetih 19 (21 %) fantov in 74 (79 %) deklet. Glede na starost je bilo 87 dijakov starih med 18 in 19 let in 6 dijakov 19,5 let in več. Podroben opis vzorca je prikazan v Tabeli 1.

Tabela 1: Opis vzorca

<i>Demografski podatki</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Spol</i>	<i>moški</i>	19	21
	<i>ženski</i>	74	79
<i>Starost</i>	<i>18 do 19 let</i>	87	94
	<i>19,5 in več</i>	6	6

Legenda/Legend: n - število/number; % - odstotek/percentage

Opis poteka raziskave in opis obdelave podatkov

Pred pričetkom izvedbe raziskave sem pridobila dovoljenje ravnateljev srednjih zdravstvenih šol obalno-kraške regije. Anketiranje je potekalo v januarju 2016.

Učitelji so dijakom posredovali povezavo na spletno anketo ter jim omogočili izpolnjevanje ankete. Anonimnost je bila zagotovljena. Za izpolnjevanje anketnega vprašalnika so dijaki imeli na voljo 10 minut. Za obdelavo podatkov smo uporabili kvantitativno in analizo podatkov. V kvantitativni analizi so bile uporabljenne metode deskriptivne statistike s prikazom povprečnih vrednosti spremenljivk in standardnih odklonov. Statistično analizo smo izvedli s programskim paketom SPSS, verzija 20 (IBM SPSS Statistics 20). Odgovore, ki so jih udeleženci podali na odprta vprašanja, so prikazana v Tabeli 5.

Rezultati

Število dijakov, ki je negovalo pacienta z izločalno stomo, je bilo 36 kar predstavlja 39%, 57 dijakov pa še ni negovalo pacienta z izločalno stomo, kar predstavlja 61 %. Podrobni rezultati so prikazani v Tabeli 2.

Tabela 1: Število dijakov pri oskrbi pacienta z izločalno stomo

<i>Oskrba paciente s stomo na bolniškem oddelku</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Pacienta z izločalno stomo sem že negovala</i>			
<i>Da</i>		36	39
<i>Ne</i>		57	61

Legenda/Legend: n - število/number; % - odstotek/percentage

Tabela 3: Število dijakov pri oskrbi pacienta z izločalno stomo

<i>Oskrba paciente s stomo na bolniškem oddelku</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Medtem, ko je oskrbo paciente z izločalno stomo izvajal sošolec/ka sem bil prisoten</i>			
<i>Da</i>		89	96
<i>Ne</i>		4	4

Legenda/Legend: n - število/number; % - odstotek/percentage

Tabela 4 nam prikazuje rezultate, prvega stika s pacientom z izločalno stomo, dijake ki so izvajali oskrbo paciente s stomo kot tudi dijake, ki so bili prisotni pri oskrbi paciente s stomo in je postopek izvajal sošolec. Pri vprašanju, ali so čutili stisko in potrebo po umiku, je odgovorilo 32 % dijakov, da se popolnoma strinja, 28 % se delno strinja, 18 % niti se ne strinja, 14 % se delno ne strinja in 8% sploh se ne strinja. Najvišjo povprečno vrednost zabeležimo pri drugi trditvi, da se z trditvijo delno strinjajo ($=2,00$). Mnenja sem, da v času izobraževanja dijaki dobijo potrebno znanje, obenem pa se zavedajo, da zdravstvena nega paciente z izločalno stomoni samo oskrba paciente z sredstvi in storitvami, ampak potrebuje veliko znanja in izkušenj za obravnavo paciente s stomo. Poleg formalnega izobraževanja

potrebujejo še veliko neformalnega izobraževanja ter veliko delovne prakse. Na vprašanje, ali ste pri prvem stiku s pacientom s stomo počutili nemočni, so bili odgovori naslednji: 25 % dijakov se popolnoma strinja, 28 % se strinja, 16 % niti se ne strinja, 17 % se delno ne strinja in 7% sploh se ne strinja. Najvišjo povprečno vrednost zabeležimo pri drugi trditvi, da se z trditvijo delno strinjajo ($\bar{x}=2,00$) Zavedajo se, da so od začetkanerodni, ne vedo

kako in kaj, njihovo znanje in izkušnje komaj začnejo nadgrajevati. Najdejo se v resnični in konkretni situaciji, ki je precej drugačna od praktičnega pouka v kabinetu, kjer začnejo prve korake učenja zdravstvene nege izločalne stome. Naslednje vprašanje je bilo, ne vem, kako naj se vedem pri pacientu z izločalno stomo je odgovorilo 11 % dijakov popolnoma se strinja, 30 % se delno strinjajo, 21 % niti se ne strinja,, 20 % se delno ne strinja in 8% sploh se ne strinja. Pri tem vprašanju smo zabeležili najvišjo povprečno vrednost pri tretji trditvi, da se z trditvijo niti strinjajo in niti ne strinjajo ($\bar{x}=3,00$). Običajno so dijaki

poučeni kako naj se vedejo pri pacientu, vendar zaradi prvega stika s pacientom z izločalno stomo prestrašeni, zbegani, strah jih je, da bodo naredili napako. Strah je večji ker se zavedajo, da delajo s pacienti in ne več z lutkami, kjer se jim dopuščajo napake. Prav tako na vprašanje, ali se vam je pojavil neprijeten občutek »gnus«, je odgovorilo: 37 % dijakov se popolnoma strinja, 27 % se delno strinjajo, 11 % niti se ne strinja, 10 % se delno ne strinja in 9% sploh se ne strinja. Najvišjo povprečno vrednost zabeležimo pri drugi trditvi, da se z trditvijo delno strinjajo ($\bar{x}=2,00$). Učenje oskrbe pacienta z izločalno stomo

se začne v kabinetih zdravstvene nege, kjer ni vonja, ni težav z oskrbo stome, ni zapletov. Sama izvedba postopka v kabinetih dijakom ne predstavlja posebnih težav. Težave se pojavijo pri pacientu z izločalno stomo na bolniškem oddelku, kjer je precej drugače. Srečajo se z neprijetnim vonjem in različnimi težavami, kot so zožitve stom, ugreznjene stome, krvavitve iz stom, poškodbe sluznice stom, zapora črevesne stome, izpad črevesja, kile ob stomi ter različnimi zapleti s kožo ob stomi. Velikokrat že sam pogled na stomo jih pripelje do trenutka, da postopek odklonijo.Na vprašanje pri izbiri pripomočkov glede na vrsto in obliko izločalne stome nisem imel posebnih težav je odgovorilo: 16 % dijakov se popolnoma strinja, 28 % se delno strinjajo, 31 % niti se ne strinja,, 17 %, se delno ne strinja in 1% sploh se ne strinja. Pri izbiri pripomočkov zabeležimo najvišjo povprečno vrednost pri drugi trditvi, da se z trditvijo niti strinjajo in niti ne strinjajo ($\bar{x}=3,00$). Pri

strokovnoteoretičnih predmetih dobijo dijaki potrebno teoretično znanje, vendar kljub temu se zavedajo, da morajo znati pravilno izbrati ustrezne pripomočke za oskrbo stome, pravilno namestiti stomo, izvajati ustrezno nego in oskrbo stome ter ustrezno negovati kožo okoli stome. Zato potrebujejo za kakovostno oskrbo pacienta s stomo še več znanja in izkušenj, ki jih pridobijo v delovnem procesu v kliničnem okolju. Podrobni rezultati so prikazani v Tabeli 4.

Tabela 4: Prvi stik s pacientom z izločalno stomo

Splošno o soočenju in oskrbi pacienta s stomo	Vsi/All n = 100			
	n	%	\bar{x}	σ
Pri prvem stiku s pacientom z izločalno stomo sem čutila stisko in potrebo po umiku			2,00	1,275
popolnoma se strinjam	30	32		
delno se strinjam	26	28		
niti se ne strinja	17	18		
delno se ne strinjam	13	14		
sploh se ne strinjam	7	8		
Pri pacientu z izločalno stomo se počutim nemočen			2,00	1,384
popolnoma se strinjam	23	25		
delno se strinjam	26	28		
niti se ne strinja	15	16		
delno se ne strinjam	16	17		
sploh se ne strinja	13	7		
Ne vem kako naj se vedem pri pacientu z izločalno stomo			3,00	1,264
popolnoma se strinjam	10	11		
delno se strinjam	28	30		
niti se ne strinja	21	21		
delno se ne strinjam	19	20		
sploh se ne strinja	15	18		
Pri pacientu z izločalno stomo se mi pojavi neprijeten občutek - »gnus«			2,00	1,304
popolnoma se strinjam	37	40		
delno se strinjam	27	29		
niti se ne strinja	11	12		
delno se ne strinjam	10	11		
sploh se ne strinjam	9	1		
Pri pacientu z izločalno stomo imam težavo pri izbiri pripomočkov glede na vrsto in obliko izločalne stome			3,00	1,155
popolnoma se strinjam	15	16		
delno se strinjam	26	28		
niti se ne strinja	29	31		
delno se ne strinjam	16	17		
sploh se ne strinjam	7	1		

Legenda/Legend: n - število/number; % - odstotek/percentage, \bar{x} = povprečna vrednost; σ = standardni odklon

Na vprašanje o občutkih med oskrbo pacienta z izločalno stomo, so odgovorili: strah me je, da ne bi znal izvesti postopka je odgovorilo 25 dijakov od 93 dijakov, čutim nelagodje in nemoč je odgovorilo 25 dijakov od 93 dijakov, delo skušam opraviti pravilno in čim hitreje je odgovorilo 12 dijakov od 93 dijakov, delam bolj z občutkom previdno je odgovorilo 17 dijakov od 93 dijakov, delo ne morem opraviti je odgovorilo 14 dijakov od 93 dijakov. Odgovori so pričakovani, saj smo kot učiteljice strokovnoteoretičnih predmetov in praktičnega pouka večkrat zasledile omenjene težave. Podrobni rezultati so prikazani v Tabeli 5.

Tabela 5: Izjava dijakov pri oskrbi pacienta z izločalno stomo

Občutki dijakov pri oskrbi pacienta s stomo		Vsi / All n = 100	
	Kako se počutite ko negujete pacienta z izločalno stomo	n	%
strah me je, da ne bi znal izvesti postopka	25	27	
čutim nelagodje, nemoč	25	27	
delo skušam opraviti pravilno in čim hitreje	12	13	
delam bolj z občutkom, previdno	17	18	
delo ne morem opraviti	14	15	

Legenda/Legend: n - število/number; % - odstotek/percentage

»Na negativne izkušnje« pri oskrbi izločalne stome so dijaki navedli naslednje odgovore: neprijeten vonj, zaradi neprijetnega vonja sem skoraj bruhala, pa je delo prevzela profesorica, pojavit se je gnus, težje je opraviti kot v kabinetu, zares si ne želim imeti stome. Praktični pouk je hkrati vzgoja in izobraževanje. Pri praktičnem pouku se razvija načrtovana in spontana poklicna identiteta, strokovna in poklicna pripadnost ter oblikujejo se odnosi in stališča. Pomembno je, da so ta pozitivna. Podrobni rezultati so prikazani v Tabeli 6.

Tabela 6: Odgovori dijakov na negativne izkušnje

Odgovori dijakov:
neprijeten vonj
zaradi neprijetnega vonja sem skoraj bruhala, pa je delo prevzela profesorica
pojavil se je gnus
težje je opraviti kot v kabinetu
zares si ne želim imeti stome

Razprava

Dijak z zaključenim srednješolskim izobraževanjem pridobi določene kompetence, ki so zapisane v dokumentu »Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi iz leta 2008«. Velikokrat pa se dijak pri pridobivanju kompetenc znajde v težavah, še posebno takrat, ko je pred njim resnična in konkretna situacija. Kot učiteljica strokovnoteoretičnih predmetov in praktičnega pouka sem v času praktičnega pouka na bolniških oddelkih večkrat zasledila pri dijakih, težave z oskrbo izločalne stome. V času izobraževanja se dijaki srečajo z izločalno stomo v kabinetih zdravstvene nege, kjer jim učiteljice strokovnoteoretičnih predmetov in praktičnega pouka predstavimo oskrbo izločalne stome na lutkah. Običajno jim to ne predstavlja problem, problem nastane, ko se srečajo z izločalno stomo na bolniških oddelkih. Pri prvem stiku s pacientom z izločalno stomo dijaki čutijo stisko, potrebo po umiku, počutijo se nemočni, pojavi se jim neprijeten občutek »gnus«. V primerjavi s kabinetom je tu prisoten neprijeten vonj in blato. Poleg tega morajo dijaki na podlagi pacientovih potreb določiti vrsto in obliko pripomočkov, reševati novo nastale probleme, zaplete za kar potrebuje veliko znanja in izkušenj.

Zaključek

V poklicu srednje medicinske sestre/srednjega zdravstvenika je v središču delovanja in zanimanja bolan ali zdrav človek, zato mora imeti srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege ustrezno znanje in spretnosti pri delu, ki jih lahko pridobi z dodatnim znanjem, z delom in izkušnjami v kliničnem okolju ob pacientu. Srednješolsko izobraževanje in usposabljanje ne more dati vsega znanja in spretnosti, ki jih potrebuje bodoča srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik, za kakovostno opravljanje poklica. Zato je potrebno dopolnjevanje osvojenega znanja, spretnosti in razvijanje sposobnosti za kakovostno oskrbo v kliničnem okolju ob pacientu. Delovne razmere zahtevajo od nas visoko usposobljen kader, zato je potrebno mlade kadre ciljano izobraževati, usposabljati z vzgledom, da bomo lahko v prihodnosti svoj delež prispevali k razvoju stroke.

Literatura

Gantar, M., 2000. Enterostomalna terapija na obalno kraški regiji. Pogovarjajmo se o kakovostnem življenju s stomo. In: Zbornik predavanj s strokovnega srečanja. Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom, Portorož.

Istenič Starčič, A., 2006. Mentorstvo v kliničnem okolju. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, pp. 42-71.

Katalog znanja, Zdravstvena nega, CPI dostopno na:www.cpi.si/srednje-strokovno-izobrazevanje (21.1.2016)

Klemenc, D.. Živeti s stomo. Coloplast. Ljubljana, 2003; 3-25.

Petek, A., 2010. Delo medicinske sestre - enterostomalne terapeutke na stomistevem domu: diplomsko delo, Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp.16.

Prieto L, Thorsen H, JoulK., 2005. Development and validation of a Quality of life questionnaire for patient with colostomy and ileostomy. Health Qual Life Outcomes, pp. 3:62.

Tepina, J., 2011. Pridobljene kompetence študentov zdravstvene nege: diplomsko delo. Jesenice:Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp.3.

Trobec, I., V & Istenič Starčič, A., 2014. Kompetence zdravstvene nege ter opredelitev strategij razvoja kompetenc na dodiplomskem študiju zdravstvene nege. Obzornik zdravstvene nege, 48 (4), pp. 310-322.

Valcl, S., 1997. Zdravstvena nega pacientov s črevesnimi stomami. In: Zbornik predavanj Strokovnega srečanja. Sekcije medicinskih sester za zdravstveno nego stom, Slovenj Gradec, pp. 7 - 14.

Zver, L., 2007. Zdravstvena nega pacienta s črevesno stomo po operaciji. In: Gavrilov N, Trček M, eds. Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije, Ljubljana: Klinični center, pp. 64-7

Železnik et al., 2008. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

POŠKODBA KOŽE NA OBRAZU ZARADI MASKE ZA NEINVAZIVNO MEHANIČNO VENTILACIJO

SKIN LESIONS ON THE FACE DUE TO MASK FOR NON-INVASIVE MECHANICAL VENTILATION

Lojzka Prestor, dipl.m.s.
Dasa Makuc, dipl.m.s.

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik
lojzka.prestor@klinika-golnik.si

Ključne besede: neinvazivna mehanična ventilacija, ventilacijska maska, rana zaradi pritiska

IZVLEČEK

Neinvazivna mehanična ventilacija (NIMV) je oblika ventilacijske podpore pacientu, ki se izvaja brez endotrahealne intubacije. Pacienti so pri NIMV budni, dihajo spontano, imajo proste dihalne poti, lahko govorijo, se izkašljujejo in prehranjujejo.

Maska je najpomembnejši člen pri izvajanju neinvazivne mehanične ventilacije. Njena izbira je prava umetnost. Masko mora biti dobro prilagodljiva in se mora dobro prilegati obrazu ter ne sme dopuščati prevelikega spuščanja. Prevelik pritiska na obrazu povzroča nelagodje, prispeva k nastanku kožnih sprememb ter ogrozi strpnosti in uspeh NIV. V izogib temu je potrebno masko namestiti tako, da ta dobro tesni, hkrati pa je udobna za pacienta in pušča minimalno. Ena izmed najbolj neprijetnih in bolečih iatrogenimi zapletov, povezanih z masko je obrazna razjeda, predvsem na nosnem korenju, vendar pa se lahko razvije na katerem koli kraju, kjer ga maska pokrivala in ima stik s kožo. Na tkivu nastane ishemija, nekroza in kasneje razjeda

Key words: non-invasive mechanical ventilation, ventilation grille, the wound due to the pressure

ABSTRACT

Non-invasive mechanical ventilation (NIMV) is a form of ventilatory support for a patient which is carried out without endotracheal intubation. Patients during the NIMV are awake, breathing spontaneously and able to talk, expectorate and feed.

The mask has the most important role in the implementation of non-invasive mechanical ventilation. Its choice is quite a task. The mask must be well flexible, needs to fit the face and must operate without excessive leak. Too much pressure on the face causes discomfort, contributes to the formation of skin lesions and compromises the patience and success of NIMV. To avoid this it is necessary to install the mask so that it seals well, but on the other hand still comfortable for the patient and with minimal leaking. One of the most unpleasant and painful iatrogenic complications associated with facial mask are the erodes, especially at the root of the nose or any other place where the mask and headgear are having contact with the skin. At the tissue occurs ischemia, necrosis and later ulcer.

Uvod

Neinvazivna mehanična ventilacija (NIMV) pomeni nudjenje dihalne podpore pacientu pri dihanju brez endotrahealne intubacije (Keenan, 2011). Postala je sestavni del zdravljenja akutnih in kroničnih dihalnih zapletov (Škrat, 2010; Oberauner et.al., 2010). NIMV pacientom izboljša počutje, zmogljivost in preživetje (Škrat, 2010). Uporaba NIMV na domu je široko sprejet način zdravljenja za številne skupine pacientov s kronično hiperkapnično respiratorno odpovedjo, vključno z pacienti s kronično obstruktivno bolezni in deformacijo prsnega koša. Pri pacientih s kifoskoliozo uspešno uporabljajo NIMV za izboljšanje simptomov, kvalitete življenja in prognoze bolezni (Šarc, 2013). Dobre rezultate zdravljenja pričakujemo pri pacientih s hudo hipoksemijo in nihajočo hiperkapnijo ter pri pacientih s prekomerno telesno težo ($ITM < 30 \text{ kg/m}^2$), ki imajo elemente obstruktivne apneje v spanju (OSA) (Rabbat et al., 2010). Simptomi, ki nakazujejo potrebo po NIV, so utrujenost, dispnea in glavobol. (Gabrijelčič, 2010)

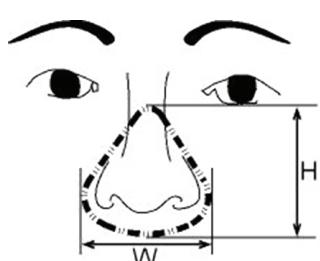
Pacienti so pri NIMV budni, dihajo spontano, imajo proste dihalne poti, lahko govorijo, se izkašljujejo in prehranjujejo. Obrambni mehanizmi dihal so neokrnjeni, vdihani zrak se v nosu navlaži in ogreje. Postopek je možen tudi s prekinjitvami, vmes lahko pacient izkašljuje, inhalira zdravila in izvaja ostalo respiracijsko fizioterapijo (Oberauner, 2010). NIMV se izvaja preko nosne ali obrazne maske (Prestor, 2011).

Izbira ventilacijske maske

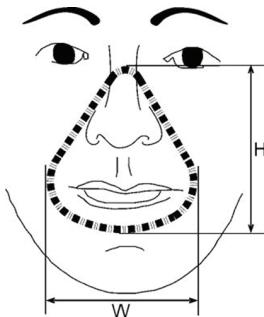
Maska je najpomembnejši člen pri izvajanju neinvazivne mehanične ventilacije. Njena izbira je prava umetnost, saj se naši obrazi med seboj zelo razlikujejo. Maska mora biti dobro prilagodljiva in se mora dobro prilegati obrazu ter ne sme dopuščati prevelikega spuščanja. Biti mora lahka, atravmatska, ne sme povzročati alergij in prenesti mora velik terapevtski pritisk (Keenan et. al., 2011).

Maske se delijo glede na mesto vpihanja na nosne maske (nasal mask), maske za nos in usta (full face) in maske za cel obraz (total face).

Maska mora segati od korena nosu do sredine med nosom in zgornjo ustnico (nosna maska) (Slika 1) od korena nosu do sredine brade (obrazna maska) (Slika 2) in preko čela in brade (celo obrazna maska) (Slika 3).



Slika 1: Nosna maska
(Prestor, Makuc, 2014)



Slika 2: Nosno ustna maska
(Prestor, Makuc, 2014)



Slika 3: Celo obrazna maska
(Prestor, Makuc, 2014)

Maska se pritrdi s pritrdilnimi trakovi. Pritrditev maske na obraz mora biti tako čvrsta, da ne povzroča prevelikega pritiska in prevelikega izhajanja zraka ob maski (leak). Že kratkotrajno premočno tesnjenje lahko povzroči nastanek rane zaradi pritiska na korenju nosu ali na ličnicah. Pri pojavu rdečine, mesta na korenju nosu in ličnicah zaščitimo s tanko hidrokoloidno oblogo ali peno (Prestor, Makuc, 2014). Pravilno nameščena maska lahko dopušča manjše puščanje zraka ob maski, saj se le to lahko regulira z nastavljivo na ventilatorju. Pozorni moramo biti, da maska ne pušča ob korenju nosu, ker zaradi izhajanja zraka lahko pride do vnetja očesne sluznice. Medicinska sestra stalno kontrolira položaj maske, pritisk na kožo, doseganje volumna ter puščanje zraka in po potrebi spreminja fiksacijo maske (Brill, 2014).

Na tržišču so različne velikosti od otroške, majhne, srednje in velike. Maska za ventilacijo ima modro prosojno koleno, medtem ko ima maska za CPAP prozorno koleno in ventil ali odprtino za izhod zraka (slika 4).



Slika 4: CPAP in ventilacijska maska (Brill, 2014)

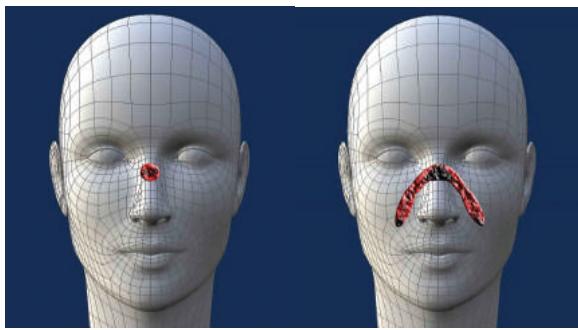
Nosna maska pokriva samo nos. Ima svoje prednosti in slabosti. Prednosti nosne maske so, da pacient lahko govori, se hrani, lahko kašja, zmanjša se možnosti aspiracije, je manj travmatska, zmanjša se verjetnost napihovanja želodca in manjša je možnost asfiksije pri nedelovanju ventilatorja. Slabosti se kažejo pri oviranem dihanju skozi nos, pri odpiranju ust, je neuporabna pri hudi akutni respiratorni insuficienci in pri pacientih, ki nimajo zobovja ter po operacijah na mehkem nebu.

Nosno ustna maska je primerna pri dispneji, ker pacienti dihajo preko ust. Maska ima večji mrtvi prostor, manj leaka in tako bolj stabilen pritisk in zahteva manjše sodelovanja pacienta pri dihanju. Njena slabost je zaradi klavstrofobija in pri bruhanju saj pokrivajo usta.

Celo obrazna maska (total face) je najmanj travmatska, ker ne pritiska na koren nosu in zaradi tega je manj raza zaradi pritiska in odlično prenaša višje pritiske (Fraticelli, 2009, Prestor 2011).

Pritisk maske za NIV in nastanek rane zaradi pritiska (RZP)

Določen pritisk maske za NIMV je potreben, da maska ostane na mestu in dobro tesni. Preveč tesno prileganje je nepotrebno. Prevelik pritiska na obrazu povzroča nelagodje, prispeva k nastanku kožnih sprememb ter ogrozi strpnosti in uspeh NIV. V izogib temu je potrebno masko namestiti tako, da ta dobro tesni, hkrati pa je udobna za pacienta in pušča minimalno. Ena izmed najbolj neprijetnih in bolečih iatrogenimi zapletov, povezanih z masko je obrazna razjeda. Te so vidne na področju visokega tlaka, predvsem na nosnem korenju, vendar pa se lahko razvije na katerem koli kraju, kjer ga maska pokrivala in ima stik s kožo. Na tkivu nastane ishemija, nekroza in kasneje razjeda. Koščeni deli obraza so za to še posebej dovetni (koren nosu) (Brill, 2014) (Slika 5).



Slika 5: Mesto nastanka RZP (Johnsen, 2010)

Preventivno pod maske nameščamo različne obloge, ki kožo še dodatno ščitijo pred nastankom RZP-ja (silikonske, hidrokoloidne obloge...). Študije so pokazale (Hsu et al, 2010), da imajo pacienti, kateri so uporabljali zaščito pod masko, veliko manj nastalih RZP kot pa pacienti brez nje.

Pri nameščanju zaščite se lahko pojavi problem zaradi luščenja hidrokoloida, saj je lepljivo podlogo velikokrat težko odstraniti, in takrat lahko povzročimo nastanek RZP. Pacientu svetujemo, da jo ne odstranjuje na silo. Pred, med in po ventilaciji moramo biti zelo pozorni na stanje kože, saj vemo, da lahko RZP nastane zelo hitro. Podloge, ki se ne nalepijo, so po številnih študijah (Hsu et al, 2010) bolje ocenjene. Imajo pa slabo lastnost, da se težje namestijo in največkrat povzročajo večje puščanje, ne povzročajo pa poškodbe kože pri odstranjevanju ter s tem povzročajo manj bolečin. So bolj ugodne za pacienta, saj lahko kožo po ventilaciji dobro umije, navlaži in namaže s kremon.

Dejavniki tveganja za nastanek RZP:

- starost: starejši ljudje imajo običajno tanjšo kožo in so bolj dovzetni za poškodbe kože že pri manjšem pritisku, kot mlajši ljudje
- poškodba zaradi trenja in strižnih sil,
- slaba prehrana: ne le da vpliva na integriteto kože in krvnih žil, ampak tudi ovira, celjenje ran,
- sladkorna bolezen,
- dolgotrajna uporaba NIMV,
- nepravilna namestitev in premočna fiksacija maske, lahko do 50% zveča neučinkovitost same NIMV terapije (Hsu et all 2010; Brill, 2014).

Preprečevanje nastanka RZP:

- ugotavljanje oseb z večjim tveganjem za nastanek RZP,
- pravočasna menjava maske drugih oblik in drugačnih materialov
- pravilna velikost maske,
- dopuščanje puščanja maske, ki je še sprejemljiv za učinkovito ventilacijo
- nega kože po ventilaciji in takojšnje ukrepanje pri pojavu rdečine, uporaba različnih oblog za zaščito kože (npr. hidrokoloidne, silikonske, poliuretanske, gelirane...), ocenjevanje kože (videz, rdečina, bolečina,

- kakršni koli drugi znaki), pred samo nastavitevjo maske, med ventilacijo in po njej.

Spremljanje nastanka RZP zaradi NIMV na oddelku za ventilaci jo Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo, Golnik (Klinika Golnik)

Od 1.1.2015 do 29.10.2015 smo analizirali 388 pacientov, ki so se ventilirali akutno, imeli uvedeno kronično ventilacijo ali pa so prišli na kontrolo. Zanimala nas je vrsta ventilacije, izbrana maska za NIMV, nastanek RZP, namestitev zaščite pred ventilacijo in ure ventilacije. Med njimi je bilo 254 moških in 134 žensk. Povprečna starost moških je bila 64 let, pri čemer je bil najmlajši star 23 let, najstarejši pa 87 let. Pri ženskah je bila povprečna starost 66 let, pri čemer je bila najmlajša stara 35 let najstarejša pa 94 let.

90 % procentov pacientov se je ventiliralo z nosno ustno masko, 9 % z nosno masko, 1 % pa z celo obrazno masko.

70 % pacientov je uporabljalo zaščito za nos in čelo (več kot 90 % lepljivo podlogo, ostali nelepljivo podlogo), 30 % pa je zaščito odklanjalo, kljub temu, da so bili poučeni glede nevarnosti nastanka RZP-ja.

Akutno se je ventiliralo 74/388 pacientov, kar je 19%.

Spol	Skupno št. pacientov	Povprečna starost	najmlajši	najstarejši	Procenti skupaj 19 %
Moški	52	65	39	85	13,00 %
Ženske	22	70	49	90	6,00 %

Kronično ventilacijo smo uvedli pri 64/388 oziroma 16 % pacientov.

Spol	Skupno št. pacientov	Povprečna starost	najmlajši	najstarejši	Procenti skupaj 16 %
Moški	39	65	40	83	10,00 %
Ženske	25	67	49	77	6,00 %

Na kronično kontrolo je prišlo 174/388 oziroma 45 % pacientov.

Spol	Skupno št. pacientov	Povprečna starost	najmlajši	najstarejši	Procenti skupaj 46 %
Moški	116	23	23	87	31,00 %
Ženske	58	65	35	94	15,00 %

Kontrolo NIMV je imelo 76/388 oziroma 20 % pacientov.

Spol	Skupno št.	Povprečna	najmlajši	najstarejši	Procenti

Spol	Skupno št. pacientov	Povprečna starost	najmlajši	najstarejši	Procenti skupaj 19 %
Moški	47	61	40	80	12,00 %
Ženske	29	63	45	80	7,00 %

RZP je nastala pri 10/388 pacientih, oziroma 3 %

Spol	Skupno št. pacientov	Povprečna starost	najmlajši	najstarejši	Procenti skupaj 3 %
Moški	8	68	61	81	2,00 %
Ženske	2	75	75	76	1,00 %

Kraj nastanka RZP

Spol	Skupno št. pacientov	Od doma	V naši bolnici	V drugi ustanovi	Procenti skupaj 3 %
Moški	8	2	5	1	2,00 %
Ženske	2		2		1,00 %

Ure ventilacije

Spol	Skupno št. pacientov	Do 24h	Med 24 in 96 ur	Več kot 96	Procenti skupaj 100 %
Moški	254	19 (7 %)	52 (21 %)	183 (72 %)	100,00 %
Ženske	134	6 (5 %)	20 (15 %)	108 (80 %)	100,00 %

Z analizo smo ugotovili, da je bila pojavnost RZP -ja v 10 mesecih v letu 2015 izredno majhna. Pojavila se je le pri desetih pacientih od vseh 388 patientov, ki smo jih obravnavali zaradi različnih oblik ventilacije.

Zakjuček

NIMV je ustrezен način podpore spontanemu dihanju pri nekaterih pacientih s hiperkapnično respiracijsko insuficienco. Za paciente je prijaznejši način zdravljenja kot invazivno zdravljenje z intubacijo v intenzivnih enotah. Da dosežemo dobre rezultate v ventilaciji, moramo poskrbeti tudi za preprečevanje nastanka RZP na obrazu, saj moramo zaradi tega prekiniti ventilacijo in poskrbeti za izboljšanje kože. S tem lahko tudi ogrozimo pacientovo zdravstveno stanje. Za preprečevanje RZP je potreben dobro poučen kader, ki zna opazovati in pravočasno prepozнатi znake za nastanek RZP. Medicinska sestra mora imeti dovolj znanja, da lahko namesti pacientu pravo masko in ga pouči o namestitvi maske in negi kože v domačem okolju. Sodelovanje medicinske sestre in pacienta igra veliko vlogo pri preprečevanju RZP pri pacientih na neinvazivni mehanski ventilaciji.

Literature

Brill AK. How to avoid interface problems in acute noninvasive ventilation. *Breathe*, September 2014; 10 (3); 231-242

Gabrijelčič J. Presoja o uvedbi kronične NIMV pri pacientu s KOPB. In: Košnik M, ed. Zbornik predavanj Golniški simpozij 2010, Bled 30. septembra - 2 oktobra 2010. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergologijo; 2010: 9.

Hsu M, Chung M, Tang M, Hsu S, Tai C. Avoiding pressure damage when using ventilators; 2010

Johnsen: Strategies for preventing skin breakdown with nonInvasive ventilation; http://www.atrespiratorylectures.com/uploads/2/9/0/6/2906872/johnsen-strategies_for_preventing_skin_breakdown_with_niv.pdf (15.2.2014)

Keenan S P, Sinuff T, Burns K E A, Muscedere J, Kutsogiannis J, Mehta S, et al. Clinical practice guidelines for the use of noninvasive positive-pressure ventilation and noninvasive continuous positive airway pressure in the acute care setting. *CMAJ*, February 22, 2011, 183(3); 195-214

Oberauner L, Strauch L, Sakelšek-Jeras L, Špec Maren A, Štupnik Pirtovšek Š. Neinvazivno predihavanje s pozitivnim tlakom v pooperativnem obdobju. *Zdrav Vestn*. April 2010; letnik 79: 322-9.

Prestor L. Sodelovanje pacienta pri NIMV. V: Kadivec S.ur. Zbornik predavanj Zdravstvena obravnava pacienta s pljučno boleznijo in paliativna oskrba, Golnik, 1-2 oktober 2010. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergologijo; 2010: 40-45

Rabbat A, Guetta A, Lorut C, Lefebvre A, Roche N, Huchon G. managment of acute exacerbation of COPB. *Rev Mal Respir*. 2010 oct;27(8):939-53

Prestor L. Poučenost pacienta o NIMV na domu. V: TŠ Kolnik, SM Dvoršak, D.Klemenc ur. Medicinske sestre in babice zagotavljajo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik prispevkov z recenzijo 8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Maribor, 12., 13. in 14-maj 2011; Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije: 275- 279.

Prestor L. Priprava pacienta na neinvazivno mehanično ventilacijo V: Prestor ur. Zbornik predavanj Novi izzivi pri obravnavi pulmološkega pacienta: zbornik prispevkov z recenzijo, Velenje 27-28.maj 2011: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije: 97-105.

Prestor L, Makuc D. Priprava ventilatorja in izbira maske za NIMV V: prestor ur. Zbornik predavanj Timski pristop k obravnavi pulmološkega pacienta: zbornik prispevkov z recenzijo, Mala nedelja 28-29.marec 2014: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije:202-211

NEGA KOŽE PRI PACIENTU Z INKONTINENCO

SKIN CARE AND INCONTINENCE

Tadeja Krišelj, dipl.m.s., ET, univ.dipl.org.

Univerzitetni klinični center Ljubljana
Svetovalna služba zdravstvene nege

tadeja.kriselj@gmail.com

Ključne besede: inkontinenca, nega kože, inkontinenčni dermatitis

IZVLEČEK

Uvod: Zdravstvena nega kože pri pacientu z inkontinenco je pogosto prepuščena individualni presoji posameznika, ki se največkrat odloča glede na pretekle izkušnje in produkte, ki so mu na voljo.

Metode: Pregled literature je bil izveden z deskriptivno metodo. Iskanje del je potekalo s pomočjo baz podatkov: PubMed, Medline, CINAHL in Google Učenjak. Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede: incontinence AND skin care.

Rezultati: Ugotovljeno je bilo, da je za preprečevanje poškodb kože in nastanka inkontinenčnega dermatitisa ključnega pomena strukturiran režim nege kože, ki vsebuje natančna navodila glede nege kože. Bistveno je, da se kožo nežno očisti s pH uravnoteženim čistilnim sredstvom. Odsvetuje se uporaba mila, ki uniči zaščitni kislinski pličko kože in s tem poveča tveganje za poškodbo kože. Kožo je potrebno nežno obrisati in osušiti in nato zaščititi z vlažilnim sredstvom. Pri inkontinentnem pacientu pa je zelo pomembno tudi, da na koncu kožo tudi zaščitimo pred vlagom in izločki.

Diskusija in zaključek: Zaenkrat še nimamo jasno oblikovanih smernic, ki bi bile zdravstveno negovalnemu osebju v pomoč pri načrtovanju zdravstvene nege kože inkontinentnega pacienta. Glede na trenutno stanje in ugotovitve iz tujine je zagotovo to eden izmed izzivov, ki nas čaka v prihodnosti.

Key words: Incontinence, Skin care, Incontinence dermatitis

ABSTRACT

Introduction: Skin care with patient with incontinence often depends on previous experiences of the individuals.

Methods: For literature review we used descriptive method. PubMed, Medline, CINAHL and Google Scholar were searched. To search the literature, we used the following key words: incontinence AND skin care.

Results: In literature review has been found that the structured skin care regime is the most important in prevention of skin lesions and incontinence associated dermatitis. Gently cleansing with a pH balanced cleanser instead of using soap is also important. The skin should be dried and then moisturized with an emollient. For patients with incontinence is also important to protect the skin from moisture and secretions.

Discussion and conclusions: There is a lack of written guidelines of structured skin care regime for patients with incontinence. Creating of structured skin care regime is certainly one of the challenges that we will face in the future.

Uvod

Ohranjanje zdrave kože pri pacientih z inkontinenco je vsakodnevni izviv za zaposlene v zdravstveni negi v bolnišnicah, domovih za ostarele in v patronažnem varstvu (Voegeli, 2008, Beeckman, et al., 2011). Dolgotrajna izpostavljenost kože urinu in /ali blatu je lahko vzrok za poškodbo le-te. Ustrezna izbira različnih pripomočkov je poleg strukturiranega režima nege kože ključna za ohranitev integritete kože (Lloyd Jones, 2012). Koža je največji organ v človeškem telesu, ki predstavlja 15% celotne telesne teže, njena površina je približno 2 m² (Tortora and Anagnosakos, 1990 cited in Lloyd Jones, 2014). Koža je sestavljena iz dveh plasti: epidermis in dermis. Koža predstavlja prvi ščit pred škodljivimi vplivi iz okolja (Glanze et al, 1990 cited in Baadjies et al, 2014). Epidermis predstavlja tanko zunanoj plast kože. Debelina epidermisa se giblje med 0,05 mm na področju vek do okoli 4 mm na dlaneh in podplatih. Epidermis je čvrsto vraščen v dermis v predelu, ki se imenuje dermoepidermalni stik. Tukaj poteka difuzija kisika in hranil iz dermisa v epidermis (Butcher and White, 2005 cited in Lloyd Jones, 2014). V normalnih okoliščinah epidermis predstavlja prvo fizično bariero med zunanjim okoljem in telesom. Nepoškodovan epidermis preprečuje vdor patogenih mikroorganizmov v telo ter absorbcijo škodljivih snovi in preprečuje preveliko izgubo vode iz telesa (Voegeli, 2010). Rožena plast (Stratum Corneum) je zunana plast epidermisa, ki preprečuje preveliko izgubo vode in elektrolitov iz telesa in ohranja vлагo v podkožnem tkivu (Smeltzer and Bare, 1996 cited in Baadjies et al, 2014). Zunana plast kože mora biti nepoškodovana, da lahko opravlja zaščitno funkcijo. Maščobe preprečujejo prekomerno vsrkavanje ali izgubo tekocene. Intenzivno umivanje lahko oslabi zaščitno funkcijo maščob, koža postane suha, kar poveča tveganje za vstop škodljivih snovi (Gray, 2004 cited in Baadjies et al, 2014). Dober način za razumevanje zaščitne funkcije kože je, da si predstavljamo, da je kot zid iz opek. Korneociti so sploščene mrtve celice, ki skupaj predstavljajo zunanji sloj epidermisa, t.i. Stratum corneum. Korneociti predstavljajo opeke, med

njimi pa je dvojna plast maščob, voda pa predstavlja malto. Nekatere maščobne celice imajo obliko kristalov in so nepropustne za vodo, druge pa nimajo takšne strukture in omogočajo, da voda pronica preko njih. Torej, epidermis je polprepusten (Bardsley, 2012).

Korneociti vsebujejo snovi, ki privlačijo in zadržujejo vodo, kar poznamo pod imenom Naravni vlažilni faktor (NMF= Naural Moisturising Factor) (Bardsley, 2012). Zato ob povečanju intracelularne vsebnosti vode korneociti ohranijo njihovo nabreklo obliko, brez tega pa postanejo ohlapne in se sesedejo. Ta proces je bistvenega pomena za zagotavljanje fleksibilne in učinkovite zaščite, ki omogoča vsrkavanje vode iz zraka in zagotavlja učinkovito hidracijo zunanjega sloja kože ne glede na faktorje iz okolja (Harding, 2004 cited in Holroyd, 2015). Dermis je debelejši, globje ležeči sloj kože, ki je sestavljen iz fibroznih proteinov, kolagena in elastina, ki dajejo koži čvrstost in elastičnost (Vuolo, 2009 cited in Lloyd Jones, 2014). Kisel zaščitni pličč kože je zelo tanek, rahlo kisel sloj, ki je sestavljen iz mešanice izločkov (pot in sebum = kompleksna mešanica lipidov, ki jih proizvajajo in izločajo žleze lojnice v dermisu) na površini kože in nudi zaščito pred bakterijami, virusi in drugimi potencialnimi škodljivimi dejavniki, kot sta urin in blato (Kirsner and Froelich, 1998 cited in Bardsley, 2012). Normalni pH kože je 4,5 - 6,2 in zaradi tega učinkovito nevtralizira viruse, bakterije in druge iritante, ki imajo v osnovi bazični pH (Bardsley, 2013 cited in Holroyd, 2014). S staranjem se pojavijo vidne spremembe na koži, kakor tudi spremembe v sestavi kože. Zunanji znaki staranja se kažejo kot pojav gub, notranje spremembe pa vključujejo 50 % zmanjšanje zunanjega sloja (rožena plast-stratum corneum) in 20% zmanjšanje debeline usnjice (dermisa). S tem je koža bolj dovetna za mehanične poškodbe kakor tudi poškodbe zaradi vlage in trenja (Best Practice Statement, 2012). Koža postane manj elastična in odporna. Zmanjša se delovanje žleze lojnic, ki vplivajo na vlaženje kože, kar ima za posledico suho, luskasto in srbečo kožo. Zmanjša se število žlez znojníc, kar skupaj z zmanjšanjem podkožnega tkiva vpliva na težave pri vzdrževanju telesne temperature (Best Practice Statement, 2012).

Namen prispevka je predstaviti smernice za pravilno nego kože pri pacientih z inkontinenco, ki so jih predstavili tuji strokovnjaki in so objavljene ter dostopne prek spletnih strani.

Pri tem smo si zastavili naslednje raziskovalno vprašanje:

Kakšna so trenutno najnovejša z dokazi podprta priporočila za nego kože pri pacientih z inkontinenco?

Metodologija

Pregled literature je bil izveden z deskriptivno metodo. Iskanje del je potekalo s pomočjo baz podatkov: PubMed, Medline, CINAHL in Google Učenjak. Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede: *incontinence AND skin care*. Izpis zadetkov je bil v znanstvenih bazah omejen z zahtevami: znanstvene revije,

recenzirani članki, celotno besedilo, angleški jezik ter časovna omejitev (datum izdaje članka januar 2005 - julij 2015). V prvem koraku je bilo tako dobljeno 68 znanstvenih del. V drugem koraku smo s pregledom izvlečkov člankov izločili tiste, ki vsebinsko niso ustrezali tematiki, ki smo jo želeli raziskati. Pregledanih je bilo 33 znanstvenih del, ki opisujejo najnovejše strokovne smernice za nego kože pri pacientih z inkontinenco.

Rezultati - pregled literature

Inkontinenca urina in blata pomeni nezmožnost kontrole nad gibanjem črevesja in uhajanjem urina. Inkontinenca ima številne škodljive vplive na celovitost kože (Weller, 1997 cited in Ripley, 2007). Incidenca inkontinence urina narašča s starostjo; prizadene 31% starejših žensk in 23% starejših moških. V domovih starostnikov je 30 - 85% starostnikov inkontinentnih za urin. Inkontinenca blata prizadene okoli 1% odraslih ljudi, v starosti pa se delež poveča na 12% starostnikov (Wagg et al., 2005; Pfisterer et al., 2006 cited in Nazarko, 2007).

Inkontinenca ima škodljiv vpliv na celovitost kože in je povezana s povečanim tveganjem za nastanek razjede zaradi pritiska (National Institute of Clinical Excellence, 2005; Royal College of Nursing, 2005 cited in Geraghty, 2011).

Dalj časa trajajoča izpostavljenost kože vlagi (pogosto pri inkontinenci urina) lahko vodi do poškodbe povrhnjice kože, povzroči maceracijo, izgubo lipidnega sloja in s tem izgubo funkcije kože, kar vodi v poškodbo povrhnjice (Corcoran and Woodward, 2013). Inkontinenčni dermatitis je vnetje perianalne kože, ki nastane zaradi dolgotrajnega draženja blata in/ali urina (Gray et al., 2007 cited in Corcoran and Woodward, 2013). Urin in blato imata bazičen pH, zaradi česar povzročita takojšnjo kemijsko reakcijo na koži po vsaki inkontinentni epizodi (Voegeli, 2010). Blato vsebuje proteolitične in liptolitične encime, ki so udeleženi v prebavi. Ti se deaktivirajo, ko blato potuje preko prebavnega trakta. Amoniak, ki se sprosti iz blata povzroči spremembo kislega pH kože proti alkalnemu. Alkalni pH kože reaktivira prebavne encime, ki povzročijo poškodbo kože (Berg, 1986 cited in Beldon 2012).

Ko blato pride v stik s kožo, se aktivirajo prebavni encimi in poškodujejo kožo. Ko se blato in urin pomešata, se začne sproščati amonijak, ki dodatno poškoduje kožo (Nazarko, 2007). Inkontinenčni dermatitis je klinična manifestacija poškodbe kože zaradi vlage, ki pogosto prizadene ljudi z urinsko inkontinenco in z inkontinenco blata (Gray at al., 2007 cited in Bardsley, 2013). Incidenca inkontinenčnega dermatitisa na negovalnih oddelkih je od 6% do 50%; najvišji odstotek je pri pacientih s fekalno inkontinenco (Holroyd, 2015). Inkontinenčni dermatitis je lahko povezan tudi z nepravilno uporabo inkontinenčnih pripomočkov: prevelika ali premajhna vpojnost, neustrezna velikost, zatekanje ali preredko menjavanje pripomočka lahko prispeva k poškodbi kože (Payne, 2015 cited in Holroyd, 2015). Inkontinenčni dermatitis se običajno kaže kot vnetje na površini kože, kot rdečina ali oteklina. Urinska inkontinenca pri ženski običajno prizadene področje labij, pri moških pa področje skrotuma ter področje zadnjice pri obeh spolih. Na splošno

velja, da kombinacija urinske inkontinence in inkontinence blata, pomembno poveča tveganje za nastanek inkontinenčnega dermatitisa (Voegeli, 2012).

Najpogostejši vzroki za nastanek inkontinenčnega dermatitisa (Gray at al, 2002 cited in Flynn, 2011) so: vлага; neprimeren pH kože; kolonizacija z mikroorganizmi; trenje. Prvi korak vsakega protokola bi moral vsebovati oceno kože in dokumentiranje stanja kože (Voegeli, 2008). Pomembna je tudi ocena pacientovega urnika odvajanja. Če je možno, mu omogočimo odvajanje v sedečem položaju, kar zmanjša stik izločkov s kožo (Earthy, 2007).

Nega kože

Nega kože ostaja temeljni, a v veliki meri zanemarjen vidik kakovosti zdravstvene nege (Voegeli, 2008).

Pregled literature s področja preprečevanja in zdravljenja inkontinenčnega dermatitisa iz leta 2009 (Beeckman et all., 2009) je pokazal, da sta milo in voda neprimerne za nego kože pri inkontinentnem bolniku in njuna uporaba pa predstavlja rizični dejavnik za nadaljnje poškodbe kože. Beeckman (2009) s sodelavci je pri pregledu literature s področja preprečevanja in zdravljenja inkontinenčnega dermatitisa ugotovil, da raziskovalci priporočajo uporabo strukturiranega režima nege kože, ki vključuje čiščenje s pH uravnoteženim čistilnim sredstvom, vlaženje kože ter zaščita kože, še posebej pri pacientih, ki so ogroženi za nastanek inkontinenčnega dermatitisa.

Preventiva inkontinenčnega dermatitisa

V literaturi ne najdemo natančno opisanega režima nege kože, ki bi učinkovito preprečeval in zdravil inkontinenčni dermatitis. V splošnem velja, da je v preprečevanju inkontinenčnega dermatitisa bistvenega pomena nežno čiščenje kože, vlaženje kože in zaščita kože pred vlagom (Beeckman et all., 2011).

Čiščenje kože

Dokazi kažejo na to, da so za čiščenje kože v perianalnem predelu najbolj ustrezeni proizvodi s pH-jem podobnim kislemu kislinskemu plašču zdrave kože. Višji pH kože poveča tveganje za kolonizacijo kože s potencialno patogenimi mikroorganizmi, ki lahko porušijo obrambno funkcijo kože (Korting and Braun-Falco, 1996; Nix and Ermer - Seltun, 2004 cited in Beeckman et all., 2011). Odsvetuje se uporaba mila in vode, saj je v večini primerov milo preveč bazično in lahko dodatno draži in poškoduje kožo (Beeckman et all., 2009). Milo je sestavljeno iz maščob, ki so pretvorjene v bazično mešanico maščobnih kislin; ta proces je znan kot saponifikacija. Milo je naravni surfaktant, ki lahko poškoduje kožo. Milo odstrani zaščitni maščobni sloj s površine kože (Kirsner and Froelich, 1998 cited in Holloway & Jones, 2005). PH nevtralna sredstva za čiščenje kože predstavljajo alternativo milu in vodi za čiščenje perianalnega predela. Čistilna sredstva emulgirajo umazanijo in mikroorganizme na površini kože in omogočajo lažje odstranjevanje le-teh. Čistilna sredstva, ki jih ni potrebno spirati, vsebujejo učinkovine

(detergente in surfaktante =površinsko aktivne snovi) za odstranjevanje umazanije; nekatera vsebujejo tudi sredstva za mehčanje kože, za vlaženje kože ter sredstva za obnavljanje ali ohranjanje optimalne zaščitne funkcije kože (humectanti) (Voegeli, 2008). Čiščenje kože naj bi sledilo vsaki inkontinenčni epizodi, še posebej, če je prisotno blato (Beeckman et all., 2009). Inkontinenčni pripomočki, ki se uporabljajo pri inkontinenci, vsebujejo super vpojne materiale, ki vsrkajo urin iz površine kože v notranjost predloge. Nobena predloga nima sposobnosti vsrkavanja blata. Pri inkontinenci blata se lahko uporablja analne čepe (Whietely, 2007).

Vlaženje kože

Vlaženje kože vključuje obnavljanje zaščitne funkcije kože, ohranjanje vlažnosti kože, zmanjševanje epidermalno izgubo tekočine ter obnavljanje sposobnosti maščob v koži, da zadržujejo in ohranjajo tekočino (Kraft and Lynde, 2005 cited in Beeckman et all., 2011). Najpomembnejša sestavina sredstev za vlaženje kože so maščobe, voski ali olja. Maščobe so lahko živalskega izvora (lanolin= ovce), mineralnega izvora (dimetikon) ali v obliki voskov. Nekatera sredstva za vlaženje kože vsebujejo vlažilce (humectante), kot je npr. glicerin. Vlažilci (humektanti) povečujejo absorbcojo vode iz dermisa v epidermis, v vlažnih pogojih pa pomagajo celicam v roženi plasti, da vsrka vodo iz okolja. Pri macerirani koži se priporoča uporaba vlažilnega sredstva na osnovi mehčala (emolient) z majhno vsebnostjo vode in ne sredstva na osnovi vlažilca (humectant) (Beeckman et all., 2011).

Zaščita kože

Primerna izbira pripomočkov za zaščito kože je, poleg režima nega kože, ključnega pomena za ohranjanje zdrave kože pri ogroženih pacientih (Lloyd Jones, 2012). Primarna funkcija sredstva za zaščito kože je preprečevanje poškodbe kože zaradi vlage in drugih iritantov v urinu in blatu. Veliko sredstev za vlaženje kože je narejenih na osnovi okulzivnih substanc, kot npr. vazelin ali dimetikon. Ti imajo poleg učinka vlaženja tudi zaščitni učinek. Trenutno se za zaščito kože uporabljajo sredstva na osnovi vazelina, dimetikona, cinkovega oksida ter tekočina, ki tvori film iz akrilatov (Beeckman et all., 2011). Na voljo je ogromno različnih produktov za nego kože za preprečevanje in zdravljenje inkontinenčnega dermatitisa, vendar je malo znanega glede njihove učinkovitosti (Beeckman et all., 2009). Tradicionalna mazila na osnovi vazelina in cinkovega oksida, ki se že dolgo časa uporabljajo za zaščito izpostavljene kože, imajo številne slabosti:

- lahko motijo absorbcojo inkontinenčnih pripomočkov,
- težko se jih odstrani s kože (Benbow, 2012).

Mazila na osnovi vazelina se lahko prenesejo na inkontinenčne pripomočke in zmanjšajo absorbcojo pripomočka (Zehrer et al., 2005 cited in Ripley, 2007). Prav tako je problem v nanašanju določenih produktov, ki se jih težko odstrani s kože (Pomfret, 2008). Z napredovanjem znanosti na področji polimerov se je razvila nova generacija produktov, ki na koži naredijo polprepusten zaščitni plašč na osnovi silikona (Voegeli, 2008). Uporaba filmov za zaščito kože se je začela konec

devetdesetih let prejšnjega stoletja (Guest et al., 2011 cited in Stephen-Hayness & Stephens, 2013). Proizvodi za zaščito kože so na voljo v obliki krem, filmov in robčkov in v splošnem velja, da so zaščitne kreme namenjene zaščiti kože in se nanašajo na nepoškodovanou kožo, razen če je v navodilih proizvajalca napisano drugače. Za razliko od filmov za zaščito kože, ki pa so primerni tudi za poškodovanou kožo (Voegeli, 2007 cited in Lloyd Jones, 2014). V izjemnih situacijah se lahko urin in blato preusmeri s pomočjo različnih pripomočkov (urinski kateter, pripomočki za preusmeritev blata). Pred uporabo teh pripomočkov je treba dobro pretehtati med tveganji in koristmi njihove uporabe (Nazarko, 2009 cited in Beeckman et all., 2011).

Diskusija

Koža predstavlja največji organ v človeškem telesu, a kljub temu se v zdravstveni negi pogosto zdi, da je nega kože nekaj tako osnovnega in enostavnega, da ji ni treba posvečati posebne pozornosti. Zdravstvena nega kože je pogosto prepričena individualni presoji posameznika, ki se največkrat odloča glede na pretekle izkušnje in produkte, ki so mu na voljo. Zaenkrat v slovenskem prostoru še nimamo jasno oblikovanih smernic, ki bi bile zdravstveno negovalnemu osebju v pomoč pri načrtovanju zdravstvene nege kože pacienta.

Prav poseben izziv za zdravstveno negovalno osebje predstavlja nega kože pri inkontinentnih pacientih. Tudi na tem področju je vse prepričeno posamezniku, njegovemu znanju, izkušnjam in samoiniciativnosti.

Zdravstvena nega kože bolnika kompleksno področje, ki lahko pomembno vpliva na zdravstveno stanje pacienta. Fiziologija in anatomija kože se s starostjo spreminja, zato je koža starostnika še bolj dovetna za različne poškodbe. Če je prisotna še inkontinenca blata in/ali urina, pa je to pogosto vzrok za nastanek inkontinenčnega dermatitisa. Beeckman (2009) s sodelavci in Voegeli (2010) so ugotovili, da je za preprečevanje poškodb kože in nastanka inkontinenčnega dermatitisa ključnega pomena strukturiran režim nege kože, ki vsebuje natančna navodila glede nege kože. Bistveno je, da se kožo nežno očisti s pH uravnoteženim čistilnim sredstvom. Odsvetuje se uporaba mila, ki uniči zaščitni kislinski plašč kože in s tem poveča tveganje za poškodbo kože. Kožo je potrebno nežno obrisati in osušiti in nato zaščititi z vlažilnim sredstvom. Pri inkontinentnem pacientu pa je zelo pomembno tudi, da na koncu kožo tudi zaščitimo pred vLAGO in izločki. Na voljo imamo ogromno produktov namenjenih negi kože, a žal je končna izbira še vedno prepričena posamezniku.

Zaključek

V prispevku so predstavljeni ključni elementi nege kože, ki temeljijo na najnovejših raziskavah, ki so bile narejene na tem področju. Trenutno še nimamo oblikovanih enotnih smernic za nego kože pri bolnikih z inkontinenco. Izkušnje iz tujine kažejo na to, da je za ohranjanje nepoškodovane kože pri bolnikih z

inkontinenco ključnega pomena izobraževanje negovalnega osebja. Razviti je potrebno strukturiran režim nege kože oziroma protokol nege kože in to implementirati v prakso. Glede na trenutno stanje in ugotovitve iz tujine je zagotovo to eden izmed izzivov, ki nas čaka v prihodnosti.

Literatura

- Baadjies, R., Karrouze, I., Rajpaul, K. 2014. Using no-rinse skin wipes to treat incontinence-associated dermatitis. *British Journal of Nursing*, 23, pp. 22-8. Available at: <http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].
- Bardsley, A. 2012. Incontinence-associated dermatitis: looking after skin. *Nursing & Residential Care*, 14 (7), pp. 338, 340-3. Available at: <http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].
- Bardsley, A. 2013. Prevention and management of incontinence-associated dermatitis. *Nursing standard*, 27 (44), pp. 41-6. Available at: <http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].
- Beeckman, D., Woodward, S., Rajpaul, K., Vanderwee, K. 2011. Clinical challenges of preventing incontinence-associated dermatitis. *British Journal of Nursing*, 20 (13), pp. 784-90. Available at: <http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].
- Beeckman, D., Schoonhoven, L., Verhaeghe, S., Heyneman, A., Defloor, T. 2009. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (6) pp. 1141-54. Available at: <http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].
- Beldon, P. 2012. Incontinence-associated dermatitis: protecting the older person. *British Journal of Nursing*, 21 (7) pp. 402-7. Available at: <http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].
- Benbow, M. 2012. Skin care of the incontinent patient. *Journal of Community Nursing*, 26 (2) pp. 31, 33, 34 passim. Available at: <http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].

<http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].

Best Practice Statement. Care of the older's Person's skin (second edition). 2012. *Wounds.UK*. Available at: http://www.wounds-uk.com/pdf/content_10649.pdf [15. 9. 2015].

Boynton, P. 2006. Community hospitals see results: incontinent patients experience less skin redness, discomfort. *Healthcare Purchasing News*, 30 (3) pp. 74. Available at:<http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=31&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].

Brunner, M., DroegeMueller, C., Rivers, S., Deuser, W.E. 2012. Prevention of Incontinence-Related Skin Breakdown for Acute and Critical Care Patients: Comparison Of Two Products. *Urologic Nursing*, 32 (4) pp. 214-9. Available at: <http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=37&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].

Copson, D. 2006. Management of tissue excoriation in older patients with urinary or faecal incontinence. *Nursing Standard*, 21 (7) pp. 57-8, 60, 62 passim. Available at: <http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=40&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].

Corcoran, E., Woodward, S. 2013. Incontinence-associated dermatitis in the elderly: treatment options. *British Journal of Nursing*, 25; 22 (8) pp. 450-7. Available at:<http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=42&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].

Earthy, A. 2007. Updating current skin care practices. *Canadian Nursing Home*, 18 (2) pp. 4-7, 9-12. Available at: <http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=44&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].

Flynn, D., Williams, S. 2011. Barrier creams for skin breakdown. *Nursing & Residential Care*, 13 (11) pp. 553-4, 556-8. Available at: <http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=46&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].

Geraghty, J. 2011. Introducing a new skin-care regimen for the incontinent patient. *British Journal of Nursing*, 20 (7) pp. 409-15. Available at: <http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=48&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].

Payne, D. 2015. Incontinence associated dermatitis: reducing the risk. *Nursing & Residential Care*, 17 (3) pp. 144-9. Available at:
<http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=74&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].

Peterson, K., Bliss, D., Nelson, C., Savik, K. 2006. Practices of nurses and nursing assistants in preventing incontinence dermatitis in acutely/critically ill patients. *American Journal of Critical Care*, 15 (3) pp. 325. Available at:
<http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=77&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].

Pomfret, I. 2008. Skin care and incontinence. *Journal of Community Nursing*, 22 (1) pp. 12-3. Available at: <http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=81&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].

Ripley, K. 2007. Skin care in patients with urinary or faecal incontinence. *Primary Health Care*, 17 (4) pp. 29-34. Available at: <http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=83&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].

Stephen-Haynes, J., Stephens, C. 2013. Barrier film: providing protection in continence care. *Nursing & Residential Care*, 15 (2) pp. 76-9. Available at:
<http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=ca5a445a-65d0-4d98-8ab0-95f2be830df3%40sessionmgr4005&hid=4206> [17. 8. 2015].

Voegeli, D., Voegeli, L. 2008. Skin care and incontinence in the elderly. *Nursing & Residential Care*, 10 (10) pp. 487-92. Available at:
<http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=88&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].

Voegeli, D. 2010. Care or harm: exploring essential components in skin care regimens. *British Journal of Nursing*, 19 (13) pp. 810, 812, 814 passim. Available at:
<http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=90&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].

Voegeli, D. 2012. Moisture-associated skin damage: aetiology, prevention and treatment. *British Journal of Nursing*, 21 (9) pp. 517-21. Available at:
<http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=93&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].

Voegeli, D. 2013. Moisture-associated skin damage: an overview for community nurses. *British Journal of Community Nursing*, 18 (1) pp. 6-12. Available at: <http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=95&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].

Whiteley, J. 2007. The effects of urinary and faecal incontinence on the skin. *Journal of Community Nursing*. 21 (10) pp. 26, 28, 30. Available at: <http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=97&sid=2ecb9b09-f30a-4c76-a010-9eae63c983d6%40sessionmgr4004&hid=4201> [17. 8. 2015].

SKRB ZA SVOJE TELO MED DELOVNIM ČASOM

TAKING CARE OF YOURSELF DURING WORKING HOURS

Doc. dr. David Ravnik, ph. dr., dipl. fiziot., Eur. Erg.

Fakulteta za vede o zdravju
Univerza na Primorskem
david.ravnik@fvz.upr.si

Ključne besede: telesna aktivnost, ergonomija, fizioterapija, promocija zdravja

IZVLEČEK

Uvod: Skrb za svoje telo med delovnim časom nedvomno spada v promocijo zdravja na delovnem mestu, ki postaja pomemben vsakdanjik delovnega okolja. Zakonska podlaga aktivnosti se nahaja v Zakonu o varstvu in zdravju pri delu. V pristopu je vse več vsebin in metod, hkrati pa se posledično povečuje tudi zavest zaposlenih in delodajalcev o zdravju in zadovoljstvu na delovnem mestu. To ima nedvomno doprinos k uspešnosti podjetja in zmanjševanju stroškov.

Metode: Pregledana je bila literatura s področja telesne aktivnosti na delovnem mestu, uporabljeni pa so bili tudi materiali projektov, ki jih je v letih od 2010 do 2014 sofinanciral ZZZS (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije).

Zaključek: Namen vseh aktivnosti je ohranitev, izboljšanje ali povrnitev zdravja. Slednje ne vpliva samo na delovno okolje, temveč tudi na kvaliteto življenja na delu in izven dela. Uspešni se kažejo preventivni in kurativni programi, ki so prilagojeni različnim delovnim okoljem.

Key words: physical activity, ergonomics, physiotherapy, health promotion

ABSTRACT

Introduction: Caring for our own body during work correlates with a health promotion in the workplace, which is becoming an important part of everyday's working environment. The legal basis of activities can be found in the Law on Safety and Health at Work. This approach includes more content and methods, which can influence the increasing of the awareness of employees and employers on health and satisfaction at workplace. This is clearly the contribution to company performance and reducing costs.

Methods: The literature review has been made in the field of physical activity in the workplace. In addition, materials from projects that in the years 2010 to 2014 were co-founded by the Health Insurance Institute of Slovenia have been used.

Conclusions: The purpose of all these activities is to preserve, improve or restore health. This affects not only the working environment, but also the quality of life at work and spare time. Preventive and curative programs were found to be successful, especially those which are adapted to different working environment.

Uvod

Velik del človekove izpolnitve je tudi njegovo delo. Človeško telo se je do določene mere sposobno prilagajati pogojem dela in različnim okoljem, vendar se telo prilagaja počasneje, kot se spreminja okolje, kultura bivanja in delovno okolje. Raziskave dokazujejo, da ni pomembna panoga, v kateri človek dela, temveč so si težave zelo podobne - obremenjeni so deli telesa, kjer je vpliv okolja prehitel razvoj in prilagoditev telesa (Ravnik, 2012). Kogi (2012) navaja, da lahko izboljšave delovnega mesta zmanjšajo z delom povzročena rizika v različnih situacijah in v različno velikih podjetjih. Najpogostejši cilj je preprečevanje z delom povezanih kostno-mišičnih obolenj (Punnett, et al., 2009), kajti izkazalo se je, da je število bolniških odsotnosti zelo povezano z ergonomijo oziroma pogoji delovnega mesta, celo estetiko (Schell, et al., 2011). Vse spremembe je potrebno izvajati stopenjsko, korak po koraku in ne po načelu vse ali nič (Tandhanskul, et al., 1995). Učenja pravilnega gibanja, pravilnega dela in varovanja zdravja v različnih panogah bi morali biti deležni vsi zaposleni, predvsem pa bi moral vsak posameznik prevzeti odgovornost za svoje zdravje doma in na delovnem mestu (Sell, et al., 2014, Ravnik, 2014) ter k reševanju pristopiti aktivno. Med najbolj uspešne tehnikе, ki občutno zmanjšujejo vplive stresa na telo, lahko uvrstimo telesno aktivnost, ki je lahko prilagojena tudi za izvajanje na delovnem mestu (Ravnik, Kocjančič, 2015). Iz raziskav je razvidno, da redna telesna aktivnost ne vpliva samo na počutje, temveč je pomembna tudi za dobro zdravje, ima vpliv na telesno težo in predvsem kvaliteto ter dolžino življenja (Haskell, et al., 2007). Osebe, ki so zadostno fizično aktivne, lahko zmanjšajo verjetnost pojava kroničnih težav za polovico, prezgodnjo smrt pa za 20 do 30% (Engbers, et al., 2005).

Primer dobre prakse vpeljave ergonomiske intervencije v delovno okolje (v našem primeru Luka Koper Inpo d.o.o.) je predstavljena v članku Ravnika ter Kocjančičeve (Ravnik, Kocjančič, 2015). Podobne strategije v obliki delavnic se vrsto let izvajajo tudi v socialno-zdravstvenih zavodih po Sloveniji, kjer je pojav težav v gibalnem aparatu med večjimi.

Metode dela

Za potrebe delavnice v sklopu strokovnega izobraževanja Sekcije medicinskih sester v enterostomalni terapiji je bila pregledana literatura s področja telesne aktivnosti na delovnem mestu iz baz Medline/PubMed, uporabljeni pa so bili tudi materiali

projektov, ki jih je v letih od 2010 do 2014 sofinanciral ZZZS in jih je izvedel avtor prispevka v sodelovanju z gospodarstvom.

Pregled literature in diskusija

Glede na predhodne raziskave in preventivno-kurativne programe (Ravnik, 2011, Ravnik, 2012) se za uspešne smatrajo programi, ki se izvajajo neposredno na delovnem mestu, ki vključuje tradicionalno varovanje zdravja na delovnem mestu (npr. aplikativna ergonomija, varstvo pri delu, industrijska higiena) ter promocijo zdravja (npr. pomoč delavcem pri izboljšanju zdravstvenega vedenja) in uvaja aktivni ter pasivni model za vključevanje zaposlenih v program (aktivni = vodena telesna aktivnost, pasivni = aplikacija kineziotapa, vpeljava metod manualne terapije ter podporne aktivnosti). Vse skupaj lahko poimenujemo ergonomska intervencija. Prilagajanje programa glede na pripravljenost posameznika bistveno poveča izvajanje in vzdrževanje telesne vadbe (Ravnik, 2011, Marcus , et al., 1998). Vendar pa začetni uspehi v programih promocije zdravja nujno ne napovedujejo ohranitve zdravstvenih sprememb vedenja (Henning, et al., 2009). Na večini delovišč je premalo informacij o dolgoročnosti in vzdrževanju rezultatov iz programov promocije zdravja. Ugotovljeno je bilo tudi, da so lahko številni programi prekratki za izvedbo trajnostne spremembe v zdravstvenem vedenju oz. se pojavijo težave, ko strokovnjaki zapustijo organizacijo (Chapman, et al., 2005, Henning, et al., 2009). Ne obstaja enotni način za vpeljavo metod promocije zdravja (ergonomske intervencije) v podjetja, kot najbolj uspešni pa se kažejo tisti, kjer vsi zaposleni sodelujejo pri identifikaciji težav in vpeljavi rešitev, intervencije pa morajo biti kontinuirane (Ravnik, 2013). Ključna ostaja potreba po trajnejši vključitvi svetovalca za promocijo zdravja pri delu, ergonoma, fizioterapevta, medicinske sestre in drugih v samo organizacijo.

Slika 1 predstavlja možne sestavne dele programov promocije zdravja na delovnem mestu. Programu je možno poljubno dodajati vsebine glede na potrebe.



Slika 1. Predlagane aktivnosti v sklopu promocije zdravja - ergonomске intervencije na delovnem mestu

(Ravnik, 2011-2014, Ravnik, et al., 2014, Ravnik, Kocjančič, 2015)

Priporočila za ohranitev doseženih rezultatov ter nadaljnje izboljšanje zdravstvenega stanja zaposlenih s stališča promocije zdravja - ergonomске intervencije so predvsem (Ravnik, 2011-2012, Martinuč, et al., 2014):

- Občasne motivacijske delavnice ergonomije in organizirana aktivacija zaposlenih (vodene in ciljne telesne dejavnosti);
- Uporaba obstoječih (novih) zloženek ter eventualna izdelava deloviščem in težavam prilagojenih zloženek;
- Upoštevanje ergonomskih načel ali vključevanje ergonoma v ključne modifikacije delovnih mest, nakupe opreme, s katero bodo rokovali zaposleni;
- Promocija zdravja na delovnem mestu, vključuječ ergonomijo in fizioterapijo z manualno terapijo;
- Izboljšanje zdravstvenega stanja glede na temeljne elemente zdravja in življenjskega stila: fizična aktivnost, prehrana, spanje, obvladovanje stresa;
- Informiranost glede ergonomskih in drugih terapevtskih svetovalnih možnosti.

Glede na rezultate, pridobljene po vpeljavi programa ergonomске intervencije v delovno okolje, so bolniške odsotnosti, ki so posledica težav v gibalnem aparatu, v upadanju (Ravnik, Kocjančič, 2015), dolgoročno lahko govorimo celo o polovičnem upadu bolniških, ki so daljše od 18 dni. Programi se kažejo kot stroškovno učinkoviti in dolgoročno vodijo v donosnost naložbe. Chapman (2005) je pri pregledu

epidemioloških študij ugotovil, da se je absentizem zaposlenih zmanjšal v povprečju za 30,0%, kakor so se tudi zmanjšali stroški zdravstvenega varstva za 21,8%. Izračunal je, da se naložba v promocijo zdravja povrne v povprečju 5,67-krat (razpon od 3,40 do 7,88).

Redna telesna aktivnost

Vsaka aktivnost, ne glede na to ali je to trening, rekreacija ali pa zgolj aktivni odmor, naj bi z namenom preprečitve poškodb vsebovala naslednje podaktivnosti (Ravnik, 2014, Ravnik, Kocjančič, 2015):

- Ogrevanje
- Dihalne vaje
- Premik kože
- Raztezanje
- Aerobne vaje ali vaje za moč (samostojno ali s pripomočki)
- Zaključno raztezanje
- Sprostitev in/ali vizualizacijo
- Podporne aktivnosti (v našem primeru aplikacija kinesiotapa ali uporaba kompresijskih nogavic)

Pri vseh aktivnostih je potrebno zagotoviti ter se zavedati čim bolj pravilne drže. V namen izvajanja telesne aktivnosti na delovnem mestu (aktivni odmori) je bil izdana publikacija z naslovom Napotki in vaje za zdravje na delovnem mestu - priročnik (Ravnik, 2014). Da bi bili učinki vadbe še boljši ter dlje časa trajajoči, se priporočata dve podporni aktivnosti, in sicer nošenja kompresijskih nogavic ter po potrebi uporabe kineziotape trakov (Ravnik, 2014). Kot opozorilo velja poudariti, da so vaje okvirne in se izvajajo na lastno odgovornost. Pred uporabo se je dobro posvetovati z zdravnikom, ergonomom ali fizioterapeutom. Vaje se lahko izvajajo na delovnem mestu ker so prilagojene tako, da se skoraj vse izvajajo stoje.

ERGONOMSKI NASVETI (Ravnik, 2010)

Nekaj ergonomskih nasvetov za roke

- Večkrat med delom naredimo vaje za prste in zapestje (naredimo pest, odpremo prste, naredimo kremplje, zakrožimo v zapestju...)...
- Občasno si zmasirajmo dlan in zapestje.
- Izogibamo se kratkih delovnih površin ter ostrim robovom.
- V primeru bolečih zapestij ter komolcev si lahko dele nežno obvezemo ali uporabimo trak.
- Vsi ročaji naj bi bili obdani z mehko peno oz. bili prilagojeni dlani.
- Med delom se lahko za nekaj trenutkov namestimo v položaj »upravnika«

Nekaj ergonomskih nasvetov za noge

- Večkrat si privoščite sproščen sprehod v naravi.

- Za kolena so ugodni sprehodi po iglastih gozdovih.
- Poskusite doseči cilj gibanja 10.000 korakov na dan, in sicer po naslednjem programu: 1.teden = 7.000 korakov / 2.teden = 8.000 korakov / 3.teden = 9.000 korakov. Končni cilj: 4. teden = 10.000 korakov na dan.
- V primeru bolečih kolen najprej poskusite okrepliti stegensko mišico (kolen podložimo z zvitkom in iztegujemo nogo - peta se dvigne od podlage) ali pa si pod koleno namestimo trak.
- Nosite dobro in udobno obutev ter pri sedenju poskušajte imeti noge na tleh, nog ne križajte in pazite, da vam sedalo ne pritiska v podkolensko jamico.

Nekaj ergonomskih nasvetov za vrat in hrbet

- Po daljši vožnji z avtomobilom ne dvigajte težjih bremen vsaj 5-10 minut.
- V avtomobilu si ustrezno nastavite sedež, uporabljajte varnostni pas ter se po vožnji vedno rahlo raztegnite.
- Pri dviganju bremen uporabite kolena in raven hrbet, ter prenašajte težo iz noge na nogo (kot pri tai chi-ju).
- Priporoča se veliko gibanja - cilj je 10.000 korakov na dan, ki jih lahko postopno dosežete.
- Pri sedenju sedite vzravnano, podložite si ledveno krivino. Noge imejte na tleh za oporo, zadnji del sedala naj bo višje od prednjega ter občasno vstanite ter se sprehodite.
- Glavo imejte vedno v liniji hrbtenice (ne nagnjene naprej ali v stran).

Nekaj ergonomskih nasvetov za oči in dihanje

- Pogosto mežikajte in se izogibajte delu in branju v slabici svetlobi.
- Oči med delom pogosto sprostite tako, da se za nekaj trenutkov zagledate v daljavo.
- Oči umivajte s toplo in hladno vodo.
- Pred izvajanjem vaj za oči, sprostite ramena in vrat z ustreznimi vajami.
- Ko utegne, se sprostite, nekajkrat globoko vdihnite in izdihnite, prisluhnите sproščajoči glasbi in odmislite vse probleme...
- Ne zadržujte diha, vedno se poskušajte dobro predihati.
- Kajenje in prekomerno pitje alkohola škodujeta zdravju.
- Pijte dovolj tekočin.

Zaključek

Če si želimo zagotoviti kakovostno življenje in staranje, moramo več aktivnosti usmeriti v preprečevanje zlasti kroničnih bolezni. Aktivnosti je potrebno začeti že v otroštvu. Cilj nam mora biti izboljšanje telesnega in duševnega zdravja, čim bolj normalizirati telesno težo, izboljšati pomanjkljivo telesno aktivnost, zmanjšati stres, prav tako pa si urediti delovno in bivalno okolje. Smiseln je posnemati v tujini uspešno vključevanje različnih zdravstvenih profilov v gospodarstvo, in sicer v

promociji zdravja na delovnem mestu (Cremaschini, et al., 2012), torej poleg zdravnikov in varnostnih inženirjev tudi predvsem ergonome, fizioterapevte, delovne terapevte, medicinske sestre, kineziologe in druge.

Literatura

Chapman, L.S., 2005. Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: 2005 update. Am J Health Promot. 19: 1-11.

Cremaschini, M., Moretti, R., Brembilla, G., Zottola, G., Franchin, D., Noventa, A., Luzzana, G., Pesenti, B., Belotti, L., Barbaglio, G., 2012. The role of the factory doctor in the health promotion of workers: the experience of the "WHP Bergamo" network. G Ital Med Lav Ergon. 34 (3 Suppl): 434-6.

Engbers, L.H., van Poppel, M.N., Chin, A., Paw, M.J., van Mechelen, W., 2005. Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. Am J Prev Med. 29 (1): 61-70.

Haskell, W.L., Lee, I.M., Pate, R.R., Powell, K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A., Macera, C.A., Heath, G.W., Thompson, P.D., Bauman, A., 2007. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation. 28; 116 (9): 1081-93.

Henning, R., Warren, N., Robertson, M., Faghri, P., Cherniack, M., 2009. Workplace Health Protection and Promotion through Participatory Ergonomics: An Integrated Approach. Public Health Rep. 124 (Suppl 1): 26-35.

Kogi, K., 2012. Practical ways to facilitate ergonomics improvements in occupational health practice. Hum Factors. 54 (6): 890-900.

Marcus, B.H., Emmons, K.M., Simkin-Silverman, L.R., Linnan, L.A., Taylor, E.R., Bock, B.C., et al., 1998. Evaluation of motivationally tailored vs standard self-help physical activity interventions at the workplace. Am J Health Promot. 12: 246-53.

Martinuč, S., Kocjančič, J., Ravnik, D., 2014. Promocija zdravja v gospodarstvu: primer dobre prakse. V: 6. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, Murska Sobota, 30. maj 2014. Študenti zdravstvenih ved prispevajo k zdravju družb: zbornik prispevkov z recenzijo. Maribor: Alma Mater Europaea, Evropski center: 258-262.

Punnett, L., Cherniack, M., Henning, R., Morse, T., Faghri, P., Faghri, P., 2009. A Conceptual Framework for Integrating Workplace Health Promotion and Occupational Ergonomics Programs. Public Health Rep. 124 (Suppl 1): 16-25.

Ravnik, D., Kocjančič, J., 2015. Effectiveness of Preventive and Curative Ergonomic Interventions in Work Environment in Support Maritime Services. Pracov Lek: 67; 3-4: 92-101.

Ravnik, D., Ogrin, D., Kocjančič J., 2014. Pomen telesne aktivnosti na delovnem mestu: predstavitev ergonomskega projekta in dobre prakse. V: Tomazin Dokl, N. (ur.). Med teorijo in prakso: zbornik prispevkov Svit. Ljubljana: GZS - Podjetniško trgovska zbornica: 18-28.

Ravnik, D., 2010. Ohranjanje in krepitev zdravja zaposlenih z ergonomskimi ukrepi in ukrepi za spodbujanje zdravega načina življenja: zaključno poročilo projekta - raziskave. Kranj: Center za rehabilitacijo.

Ravnik, D., 2011. Nujnost vpeljave ergonomiske intervencije v slovensko delovno okolje V: Železnik, D. (ur.), Kaučič, B.M. (ur.). Gradimo prihodnost: odprti za spremembe in nove izzive na področju raziskovanja zdravstvenih in socialnih ved: zbornik predavanj z recenzijo. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede: 224-231

Ravnik, D., 2012. Primerjava pojava težav v gibalnem aparatu v različnih okoljih. V: Železnik, D. (ur.), Kaučič, B.M. (ur.), Železnik U (ur.). Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks: zbornik predavanj z recenzijo. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede: 89-97.

Ravnik, D., 2013. Aplikativna ergonomija s fizioterapiologijo kot temelja promocije zdravja na delovnem mestu. V: Železnik D (ur.), Kaučič BM (ur.), Železnik U (ur.). Sedanjost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb: zbornik predavanj z recenzijo. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede: 115-122.

Ravnik, D., 2014. Napotki in vaje za zdravje na delovnem mestu: priročnik. 1. izd. Koper: Luka Inpo.

Schell, E., Theorell, T., Saraste, H., 2011. Workplace aesthetics: Impact of environments upon employee health? Work. 39 (3): 203-13.

Sell, L., Holtermann, A., Hauke, A., Sogaard, K., 2014. A Tailored Learning Program for Prevention of Musculoskeletal Disorders. J Ergonomics. S4: 002. Doi:10.4172/2165-7556.S4-002

Tandhanskul, N., Duangsa-Ad, S., Pongpanich, C., Pungok, A., Pungpeng, T., Juengprasert, W., Kawakami, T., 1995. Experiences of successful action programmes for occupational health, safety, and ergonomics promotion in small scale enterprises in Thailand. J Hum Ergol (Tokyo). 24 (1): 105-15.

UPORABA ČUJEČNOSTI V VSAKDJANJEM ŽIVLJENJU

MINDFULNESS IN EVERY DAY LIFE

Maja Frenc, dipl.psiholog-profesor

Nina Bizjak Bajec, dipl. dietet.

doc.dr. Boštjan Žvanut, univ. dipl. inž.*

mag. Tamara Štemberger Kolnik, dipl.m.s., viš. pred.*

* Univerza na Primorskem

Fakulteta za vede o zdravju

frenclmaja@gmail.com

Ključne besede: čuječnost, zdravstveno osebje, meditacija, prehrana, stres

IZVLEČEK

Zdravstveno osebje se zaradi zahtevnosti svojega dela neprestano sooča s stresom in njegovimi posledicami. Prakticiranje čuječnosti se je pokazalo kot zelo učinkovito orodje za zmanjševanje stresa pri zdravstvenih delavcih, saj so čuječne tehnike enostavno prenosljive v vsakdanje življenje in delo. V uvodu so opisani stresni dejavniki in njihov vpliv na psihično in fizično zdravje zdravstvenega osebja. Narava dela v zdravstvenem poklicu pa posredno in neposredno vpliva tudi na kakovost življenja izven delovnih obveznosti. Metoda čuječnosti je zato dobrodošla pomoč za uspešno obvladovanje stresa zdravstvenega osebja v vsakdanjem življenju. V poglavijih »Čuječnost na delovnem mestu«, »Čuječnost pri prehranjevanju« in »Čuječnost v medosebnih odnosih« so natančneje predstavljeni pozitivni učinki čuječnosti na prehranjevanje, delo ter medosebne odnose. Diskusija se osredotoča na priporočljivost tehnik čuječnosti za omenjeno populacijo in njihovo enostavnost integriranja v vsakdan. V Zaključku so povzete ugotovitve in podani predlogi za nadaljnje delo.

Key words: mindfulness, health workers, meditation, nutrition, stress

ABSTRACT

Experience of stress at work has undesirable effects, both on the health and safety of workers. Nursing is acknowledged to be stressful work. From this perspective it is of big importance for health workers to manage stress and deal with its consequences. Practicing mindfulness has been shown to be very effective in reducing stress. Many techniques can be easily transferred to everyday life and

work habits. The introduction focuses on stress factors that health workers face at work and influence of work stressors on both physical and psychological health. The nature of work in health care indirectly and directly affects the quality of life outside of work duties. Method of mindfulness is therefore a welcome help to cope with the stress of medical staff in their everyday life. In section »Mindfulness and work«, »Mindfull eating«, and »Mindfulness and interpersonal relationships« beneficial effects of vigilance, awareness and meditation on eating, working, interpersonal relationships and creativity are presented. Discussion focuses on recommendation on practicing mindfulness techniques among mentioned population and its simple integration in everyday activities. The Conclusion summarizes the findings about practicing mindfulness at work and presents suggestions for further work.

Uvod

Čuječnost je meditacijska metoda, osnovana na temeljih vzhodnjaške budistične filozofije. Čuječnost po Kabat-Zinnu (1990) pomeni *biti pozoren na določen način: z namenom, v sedanjem trenutku in brez presojanja*. Gre za neobsojajoče zavedanje slehernega trenutka in kultiviranje zavestnega, aktivnega vedenja (Černetič, 2005). Čuječnost posameznika uči opazovati svojo kognicijo, zavest in občutke, brez presojanja njihove resničnosti, pomembnosti ali vrednosti ter brez poskusov bega, izogibanja ali spreminjanja le-teh (Baer, et al., 2007). Bishop, et al. (2004) opredeljujejo čuječnost kot samo-regulacijo pozornosti, ki vključuje zadrževanje pozornosti, preusmerjanje pozornosti in zaviranje sekundarnega (dodatnega) procesiranja. Gre za preusmerjanje pozornosti na notranje in zunanje dražljaje v sedanjem trenutku: dihanje, telesna občutenja, zvoke, dotike, misli, občutke itd. Ob čuječnosti je oseba prisotna v sedanjem trenutku, odprto spremišča vse, kar se dogaja, obenem pa se ne navezuje na misli in dogodke, povezane s preteklostjo ali prihodnostjo (Martin-Asuero & Garcia-Banda, 2010).

Čuječnost ima številne pozitivne učinke; zmanjšuje stres, anksiozne in depresivne simptome, pomaga pri motnjah hranjenja ter kroničnih bolečinah (npr. Baer, et al., 2005; Brown, et al., 2007; Evans, et al., 2008; Williams et al., 2007; Kristeller & Wolever, 2011; Heard, et al., 2013). Programi razvijanja čuječnosti so običajno sestavljeni iz različnih psihoedukacijskih predavanj in meditacijskih vaj, imenovanih formalna in neformalna praksa. Pod formalno praksjo sodi izvajanje vaj meditacije, kot so meditacija dihanja, pregled telesa, sedeča meditacija, jogi meditacija. Neformalna praksa pa predstavlja razvijanje prakse čuječnosti v vsakdanjem življenju, kot so čuječna hoja, čuječno prehranjevanje, čuječno prhanje in pranje zob, čuječno poslušanje osebe ipd. (Kabat-Zinn, 1990).

Ocenjuje se, da je kronični stres povezan s 70 - 90 % sodobnih bolezni. Tudi debelost povezujemo s kroničnim stresom (Starc, 2009). Zdravstveno osebje se zaradi zahtevnosti svojega dela neprestano sooča s stresom: preobremenjenost,

časovna stiska, pomanjkljivo opredeljene delovne naloge, sodelovanje pri zdravljenju nalezljivih bolezni, soočanje s težko bolnimi, pomanjkanje spanja, konflikti s sodelavci, neustrezno socialno in družinsko življenje. Takšne stresne situacije predstavljajo tveganje za pojav različnih psihičnih in fizičnih zdravstvenih simptomov, absentizma, nesreč in napak pri zdravljenju (McManus, 2007; Kakunje, 2011; Reed, 2014).

Namen pričujočega prispevka je pokazati medicinskim sestram, da si s pomočjo čuječnosti lahko pomagajo tako v poklicnem kot v zasebnem življenju, cilj pa predstaviti pozitivne učinke čuječnosti na splošno zdravje ter doprinos k kakovostnejšemu vsakodnevnu življenju z uporabo preprostih čuječnih meditativnih tehnik, ki so opisane v nadaljevanju.

Čuječnost na delovnem mestu

Redno izvajanje čuječnosti zmanjšuje simptome stresa, ter vpliva na povečanje pozitivne percepcije zdravja in zdravih navad (Roberts & Danoff-Burg, 2010). Greeson (2009) navaja, da je vedno več dokazov na področju komplementarnega zdravljenja, ki kažejo, da povečevanje posameznikove stopnje čuječnosti ne samo, da zmanjšuje stres in z njim povezane simptome, ampak lahko tudi poveča pozitivne emocije in kakovost življenja. Stres na delovnem mestu je specifična oblika stresa in je odvisna od številnih faktorjev. Augusto Landa et al. (2008) ugotavljajo, da stres, ki ga doživljajo zaposleni v zdravstvu, ne vpliva le na počutje v delovnem okolju, ampak tudi na njihovo osebno življenje. V zadnjem času številna podjetja prepoznavajo učinkovitost čuječnosti in ponujajo pomoč svojim zaposlenim prek treningov čuječnosti. Hunter & McCormik (2008) navajata, da imajo osebe, ki prakticirajo čuječnost, več zunanje zavesti pri delu; bolje sprejemajo različne delovne situacije, imajo bolj realistične cilje v zvezi z delom, imajo več notranjega lokusa vrednotenja, večja je verjetnost prepoznavanja smisla življenja, kjer ni center le delo, temveč tudi kvalitetno preživljen čas v okviru družine, prijateljev, hkrati pa je spopadanje s stresom na delovnem mestu lažje, saj dojemajo težave kot izzive, bolj uživajo pri svojem delu, so bolj prilagodljivi, imajo več medosebnih odnosov. Rezultati raziskav kažejo, da so zaposleni v zdravstvu, ki so se udeležili tečaja čuječnosti, izboljšali svoje mentalno in fizično zdravje (Irving, et al. 2010), zmanjšali občutek stresa, ruminacije in negativnih čustev (Martin-Asuero & Garcia-Banda, 2010) ter pokazali nižjo stopnjo emocionalne izčrpanosti, depersonalizacije, anksioznosti, depresije (Fortney, et al., 2013).

Čuječnost pri prehranjevanju

Pogosta zdravstvena posledica izpostavljenosti stresnim situacijam je pridobitev neustreznih prehranskih navad; emocionalno hranjenje s prenajedanjem, izpuščanje obrokov, izbira neustreznih in nezdravih živil (Mouchacca, et al., 2013; Yau & Potenza, 2013; Sominsky & Spencer, 2014), ki stresa ne odpravljajo, predstavljajo pa tveganje za pojav nekaterih kroničnih nenalezljivih bolezni. Med

rizično skupino se uvršča tudi zdravstveno osebje. Čuječno prehranjevanje predstavlja neobsojajoče zavedanje o fizičnih in čustvenih zaznavah, povezanih s prehranjevanjem (Framson, et al., 2009). Način čuječnega prehranjevanja temelji na: prepoznavanju hranilne in energijske vrednosti živil, motivaciji in strategijah za spremembe prehranskega vedenja, upoštevanju osebnih preferenc posameznika in meditacijah ob procesu prehranjevanja (Timmerman, et al., 2012). Metoda čuječnosti pomaga ozavestiti in vzpostaviti ravnotežje v procesu prehranjevanja in posledično prispeva k kvalitetnejšemu in bolj zdravemu življenju (Kristeller, et al., 2006). Beshara et al. (2013) ugotavljajo, da so bili posamezniki, ki so dosledno vključili čuječnost v svoj vsakdan, bolj čuječi jedci. Uživali so manjše količine energijsko bogatih živil. Pozitivni učinki uporabe tehnik čuječnosti se kažejo tudi pri problematiki emocionalnega hranjenja, saj lahko posamezniki s pomočjo čuječnosti izkusijo stres in negativna čustva ne, da bi nanje reagirali impulzivno in samodestruktivno na način uživanja hrane kot tolažbe (Brown, et al., 2007; Klatt, et al., 2008; Alberts, et al., 2012; Heard, et al., 2013).

Čuječnost v medosebnih odnosih

Intervencije, temelječe na čuječnosti, usmerjeni v izboljšanje medosebnih odnosov želijo doseči, da posameznik zazna samega sebe v odnosu do druge osebe, torej da razširi zavedanje sebe od znotraj navzven. S tem spodbuja in razvija pristnejše in bolj ljubeče medosebne odnose (Duncan, 2009). Posameznik se zaveda lastnih čustev in jih lažje regulira ter neobsojajočo pozornost podarja drugi osebi.

Barnes et al. (2007) so raziskali učinke čuječnosti na kvaliteto partnerskega odnosa in stresne reakcije v partnerskemu odnosu. Rezultati omenjene študije so pokazali, da ljudje z višjo stopnjo čuječnosti doživljajo manj stresnih emocionalnih reakcij na konflikte v odnosu ter so po njem manj anksiozni, jezni in agresivni. Čuječnost omogoča kvalitetnejšo komunikacijo z bistveno manj verbalnega nasilja, vključeni posamezniki pred konfliktom ne bežijo in so v odnosu drug do drugega bolj podporni. Jones et al. (2011) ugotavljajo večje zadovoljstvo v zakonski zvezi pri čuječnih parih. Zaradi čuječnosti sta partnerja bolj usklajena, kar posledično vpliva na zaznave občutka varnosti in zaščite, sočasno pa spodbuja razvoj pozitivnih čustev. Čuječno starševstvo se po Duncanovem (2009) modelu kaže kot neobsojanje ter sprejemanje otroka in sebe, čustvene zavesti sebe in otroka, sočutja do sebe in otroka ter samo-regulacije v starševskem odnosu, ob čemer je pozornost starša popolnoma usmerjena na otroka.

Praktični primeri uporabe tehnik čuječnosti na delovnem mestu in doma

Meditacija postaja vse bolj uveljavljena metoda tudi pri konvencionalnih metodah zdravljenja. Pozitivni učinki klinične uporabe meditacije so prepoznani pri širokem spektru psihičnih in fizičnih simptomov in obolenj (Bonadonna, 2003; Kabat-Zinn et al., 1998). Meditacija ne pomeni zgolj odmika od stvarnosti za 20 do 40 minut dnevno, temveč vključuje generalizacijo in prakticiranje naučenih veščin pozornosti in zavedanja v vsakem trenutku v življenju (Tart, 1990). Hanh (2013) kot

pomemben del prakticiranja čuječnosti izpostavlja proces ustavitve. Ko namreč doživljamo sedanji trenutek ter opustimo misli o prihodnosti in preteklosti, se ustavimo. Doseči ustavitev je pomembno, saj se tako naučimo biti navzoči zase in svet okoli sebe. Takrat šele lahko dejansko vidimo in posledično razumemo. Umetnost zaustavitve pa je pomembna tudi pri zaposlenih v zdravstvu, saj so le tako lahko uspešni pri svojem delu in dejansko fizično in čustveno prisotni za svoje sodelavce in/ali pacienta. Prav zato je prakticiranje čuječne meditacije ustrezeno, saj so tehnike prilagodljive in enostavno prenosljive v prakso. V nadaljevanju je opisanih nekaj čuječnih meditativnih vaj. Pri omenjenih meditativnih tehnikah je najbolj pomembno, da ozavestimo vsak trenutek ter celotni proces (dihanje, oblačenje, prehranjevanje).

Vaja: “Priprava za v službo”

Zjutraj, ko se zbudite, namenite nekaj trenutkov, samopotrditvi, da se samostojno in zavestno odločate oditi na delo. Kratko razmislite, kakšne bodo vaše dnevne naloge. Spomnite se, da se lahko stvari zgodijo tudi drugače. Ozavestite celotni proces priprave (prhanje, oblačenje, prehranjevanje, odnos do bližnjih) na službo, pri čemer proces ozaveščanja uskladite z dihanjem ter poskušajte občutiti dogajanje v vašem telesu (povzeto po Kabbat-Zinn, 1990).

Vaja: “Čuječno s komunikacijskimi tehnologijami”

Uprise se potrebi po telefoniranju tako na poti v vašo službo kot tudi z nje. Izklopite mobilni telefon v avtomobilu, ali na avtobusni postaji in si vzemite čas, da ste sami s sabo, z naravo in svetom, ki vas obdaja. Ko zazvoni telefon, ne hitite z oglašanjem, ko dobite mail, ne hitite z odgovarjanjem nanj. Najprej trikrat vdihnite in izdihnite, tako da ste resnično navzoči. Pri tem lahko primete za slušalko tako da sodelavci razumejo, da se nameravate oglasiti, vendar počasi, brez naglice (Hanh, 2013).

Vaja: “Čuječno prehranjevanje”

Poskusite vsaj en obrok pojesti zavestno in v tišini. Upočasnite gibe, tako da lahko previdno zaznavate celoten proces hranjenja. Vključite vsa čutila, bodite pozorni na dogajanje okrog sebe, zaznave ob premikanju hrane do ust, občutenj okusa, vonja, tekture, ko jed počasi žvečite in pogoltnete (Kabat-Zinn, 1990, Williams et al., 2007).

Razprava

Čuječnost se pokazala kot zelo uporabna na različnih življenjskih področjih. Prednost prakticiranja čuječnosti ni samo pomoč pri zdravljenju nekaterih psihičnih in fizičnih zdravstvenih stanj, temveč tudi izboljšanje kakovosti življenja, saj omogoča posamezniku, da se lažje sooča in obvladuje stresne situacije, poveča učinkovitost in produktivnost, prispeva k razvijanju in vzdrževanju boljših medosebnih odnosov tako na delovnem mestu kot tudi v zasebnem okolju. Prav

zaradi vseh teh prednosti, ki jih čuječno življenje ponuja, je vpeljava preprostih meditativnih tehnik v vsakodnevno življenje zdravstvenega osebja priporočljiva. Narava dela v zdravstvu namreč posredno in neposredno vpliva tudi na kakovost življenja izven delovnih obveznosti. Običajno je, da programi, ki temeljijo na čuječnosti vključujejo formalne in neformalne meditativne prakse in psihoedukacijo. Formalne meditacije pomagajo posamezniku, da se nauči meditiranja in sprejemanja filozofije čuječnosti. Neformalne pa predstavljajo generalizacijo naučene čuječnosti na vsakdanje aktivnosti (Tart, 1990). Posamezne študije ugotavljajo, da osebe, ki meditirajo in prenašajo čuječne meditacije v vsakdanje življenje, dosegajo višje vrednosti na lestvici pozitivnih čustev in vitalnosti kot osebe, ki prakticirajo čuječne meditacije samo v določenih dnevnih situacijah (Keune & Perczel Forintos, 2010). Pozitivnemu vplivu prakticiranja izključno neformalne oziroma formalne prakse čuječnosti bo potrebno v prihodnosti nameniti več pozornosti, saj rezultati raziskav si niso skladni (Shapiro, et al., 2003; Carmody & Baer, 2008).

Avtorji različnih programov čuječnosti priporočajo vključevanje obe praks (npr., Kabat-Zinn, 1990, Williams, et al., 2007), saj so tehnike preproste in enostavno prenosljive v vsakdanje življenje, poleg tega pa v današnjem hitrem tempu posameznikom ne jemljejo veliko dodatnega časa, opravi jih lahko mimogrede ob vsakodnevnih dejavnostih.

Zaključek

Čuječnost je uspešna tehnika za soočanje in obvladovanje stresnih situacij, izboljšanje kakovosti življenja ter medsebojnih odnosov, usvajanje zdravih prehranskih navad tako doma in v prostem času kot tudi na delovnem mestu. Prispevek prepoznavajo metodo čuječnosti kot uspešen in učinkovit način spopadanja zdravstvenega osebja s preobremenjenostjo in konfliktnimi odnosi, anksioznostjo ter nepravilnim in nerednim prehranjevanjem tako v poklicnem kot tudi zasebnem življenju. Številne empirične študije namreč ugotavljajo, da se pri posamezniku manifestirajo pozitivni učinki rednega prakticiranja čuječnosti na različnih področjih v življenju. Eden izmed razlogov uspešnosti prakticiranja čuječnih metod je gotovo tudi enostavna prenosljivost tehnik v vsakodnevno rutino.

Literatura

Alberts, H.J.E.M., Thewissen, R. & Raes, L., 2012. Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern, *Appetite*, 58(3), pp. 847-851.

Augusto Landa, J.M., López-Zafra, E., Berrios Martos, M.P.& Aguilar-Luzón M.C, 2008. The relationship between emotional intelligence, occupational stress and

health in nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), pp. 888-901.

Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), pp. 281-299.

Barnes, S., Brown, K.W., Krusemark, E., Campbell, W.K., & Rogge, R.D., 2007. The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), pp. 482-500.

Beshara, M., Hutchinson, A.D. & Wilson, C. 2013. Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults. *Appetite*. 67(8), pp. 25-9. doi: 10.1016/j.appet.2013.03.012.

Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V. et al., 2004. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), pp. 230-241.

Bonadonna R., 2003. Meditation's impact on chronic illness. *Holistic Nursing Practice*, 17(6), pp. 309-319.

Brown K.W., Ryan R.M. & Creswell J. D., 2007. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), pp. 211-237.

Carmody, J. & Baer, R.A., 2008. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31 (1), pp. 23-33. DOI 10.1007/s10865-007-9130-7

Černetič, M., 2005. *Biti tukaj in zdaj: Čuječnost, njena uporabnost in mehanizmi delovanja*. *Psihološka obzorja*, 14(2), pp. 73-92.

Duncan, L.G., Coatsworth, J.D. & Greenberg, M.T., 2009. A Model of Mindful Parenting: Implications for Parent-Child Relationships and Prevention Research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12 (3), pp. 255-270. DOI 10.1007/s10567-009-0046-3

Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C. & Haglin, D., 2008. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), pp. 716-721.

Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A., & Rakel, D., 2013. Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and

Compassion in Primary Care Clinicians: A Pilot Study. *Annals of Family Medicine*, 11(5), pp. 412-420. doi:10.1370/afm.1511.

Framson C., Kristal A.R., Schenk J.M., Littman A.J., Zeliadt S., Benitez D., 2009. Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), pp. 1439-1444.

Greeson, J.M., 2009. Mindfulness Research Update: 2008. *Complementary health practice review*, 14(1), pp. 10-18.

Hanh, T.N., 2013. Delo: kako najti veselje in pomen v vsakem trenutku. Brežice : Primus, pp. 13,46.

Hunter, J. & McCormick, D., 2008. W. *Mindfulness in the Workplace: An Exploratory Study*. Presented at the 2008 Academy of Management Annual Meeting Anaheim, CA. Available at: <http://www.mindfulnet.org>. [2. 2. 2015].

Heard, P. L., Hartman, S. & Bushardt, S. C., 2013. Rekindling the flame: using mindfulness to end nursing burnout. *Nursing Management*, 44(11), pp. 24-29.

Irving, J.A., Dobkin, P.L. & Park, J., 2010. Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15(2), pp. 61-66.

Jones, K. C., Welton, S. R., Oliver, T.C. & Thoburn, J.W., 2011. Mindfulness, spousal attachment, and marital satisfaction: A mediated model. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 19 (4), pp. 357-361.

Kabat-Zinn, J., 1990. *Živjeti punim plućima: Iskoristite mudrost tijela i uma kako biste se uhvatili ukoštac sa stresom, bolom i bolešću*. Zagreb: V.B.Z.d.o.o., pp. 34, 49, 155-159, 421, 444-451.

Kabat-Zinn J., Wheeler E., Light T., Skillings A., Scharf M.J., Cropley T.G., et al., 1998. Influence of mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60(5), pp. 625-632.

Kakunje A., 2011. Stress among health care professionals - the need for resiliency. *Online Journal of Health and Allied Sciences*, 10(1), pp. 1-2.

Keune, P.M. & Perczel Forintos, D., 2010. Mindfulness Meditation: A Preliminary Study on Meditation Practice During Everyday Life Activities and its Association with Well-Being. *Psychological Topics*, 19(2), pp. 373-386.

Klatt, M. D., Buckworth, J. & Malarkey, W. B. (2009). Effects of Low-Dose Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR-ld) on Working Adults. *Health Education & Behavior*, 36(3), pp. 601-614.

Kristeller, J.L. & Wolever, R.Q. 2011. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation, *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 19(1), pp. 49-61. doi: 10.1080/10640266.2011.533605.

Kristeller, J. L., Baer, R. A., Quillian-Wolever, R., 2006. Mindfulness-based approaches to eating disorders. In: Baer R.A. eds. *Mindfulness-based treatment approaches*. Burlington: Academic Press, pp. 75-91.

Martin-Asuero, A. & Garcia-Banda, G., 2010. The Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR) Reduces Stress-Related Psychological Distress in Healthcare professionals. *The Spanish Journal Of Psychology*, 13(2), pp. 897-905.

Mouchacca J., Abbott G.R., Ball K., 2013. Associations between psychological stress, eating, physical activity, sedentary behaviours and body weight among women: a longitudinal study. *BMC Public health*, 13(828), pp.1-11.

Reed D., 2014. Healthy eating for healthy nurses: nutrition basics to promote health for nurses and patients. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 19 (3), str. 7.

Roberts, K. C. & Danoff-Burg, S., 2010. Mindfulness and health behaviors: is paying attention good for you? *Journal of American College Health*, 59(3), pp. 165-173.

Rosenzweiga, S., Greesonb, J.M., Reibelc, D.K., Greend, J.S., Jassere, S.A. & Beasleyc, D., 2010. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 68 (1), pp. 29-36.

Shapiro, S.L., Bootzin, R.R., Figueredo, A.J., Lopez, A.M. & Schwartz, G.E., 2003. The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: an exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(1), pp. 85-91.

Sominsky L. & Spencer S.J., 2014. Eating behavior and stress: a pathway to obesity. *Frontiers in Psychology*, 5(434), pp. 1- 8.

Starc R., 2009. Stres in njegove posledice za srčno-žilni sistem. In: Kvas A., et al. eds. *Preprečimo, da nas strese stres na delovnem mestu: zbornik predavanj*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 11-16.

Tart, C.T., 1990. Extending mindfulness to everyday life. *Journal of Humanistic Psychology*, 30(1), pp. 81-106.

Timmerman G. M. & Brown, A., 2012. The Effect of a Mindful Restaurant Eating Intervention on Weight Management in Women. *Journal Nutrition Education and Behavior*, 44(1), pp. 22-28.

Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., Kabat-Zinn, J. 2007. *The mindful way through depression*. New York: The Guilford Press, pp. 182, 224.

Yau Y.H. & Potenza M.N., 2013. Stress and eating behaviors. *Minerva Endocrinologica*, 38(3), pp. 255-267.

HRANILNE STOME IN URGENTNA STANJA

THE FEEDING TUBE AND EMERGENCY SITUATIONS

Polona Gorjup, dipl.m.s.

Klinični oddelek za torakalno kirurgijo
Univerzitetni Klinični Center Ljubljana

polona.gorjup@kclj.si

Ključne besede: hrnilne stome, nasogastrična sonda, gastrostoma, jejunostoma, medicinska sestra

Izvleček

Pri pacientu s hrnilno stomo lahko nastopijo različne težave, zapleti, ki jih moramo pravočasno prepoznati in pravilno ukrepati. Nekateri izmed zapletov zahtevajo takojšne ukrepanje, zato spadajo med urgentna stanja. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri prepoznavanju in ukrepanju urgentnih stanj pri pacientu s hrnilno stomo. Svoje znanje in izkušnje uporablja tudi pri zdravstvenovzgojnem delu, ko poučuje svojce in pacienta glede hranjenja in ravnanja s hrnilno stomo. Tudi v domačem okolju morajo biti poučeni kako ravnati, ko nastopijo težave.

Key words: feeding tubes, nasogastric tube, gastrostomy, jejunostomy, nurse

Abstract

The patient with feeding tube may have a lot of problems, so we need to timely identify them and correct action. Some complications requiring immediate action, so they are emergency situations. The nurse has an important role to play in identifying and responding in emergency situations. His/her knowledge and experience are also used in medical educational work when teaching his/her relatives and the patient about feeding and caring the feeding tube. Even at home they must be taught how to act when problems arise.

Uvod

Z razvojem medicine se je razvijal tudi način hranjenja pacientov, ki zaradi različnih obolenj ali poškodb ne morejo zaužiti hrane in tekočine po naravni poti. Enteralno hranjenje je oblika dovajanja hrane v gastrointestinalni trakt preko različnih hranilnih stoma. Hranjenje prek naso ali orogastrične sonde poteka v želodec, prek gastrostome v želodec in prek jejunostome v tanko črevo. Medicinska sestra mora dobro poznati postopek hranjenja pri posamezni vrsti hranilne stome, konsistenco in vrsto hrane, ki jo lahko uporabi, ter morebitne zapleti, ki lahko nastanejo pri pacientu s hranilno stomo.

Indikacije za enteralno hranjenje so:

- Nevrološko degenerativna obolenja,
- Cerebrovaskularni insult
- Poškodba glave.maligna obolenja vratu, požiralnika in želodca (Dajčman, Pernat, Skalicky 2005).

Enteralno hranjenje spremljajo tudi številni **zapleti**, ki lahko nastanejo ob sami nastavitevi ali pa kasneje. Delimo jih na:

- mehanične,
- gastrointestinalne,
- metabolne,
- posebne.

Mehanični zapleti:

- zamašitev hranilne stome,
- nehotno odstranitev hranilne stome,
- nepravilna lega hranilne stome,
- fistula skozi sosednje organe.

Gastrointestinalni zapleti:

- diareja in obstipacija,
- napenjanje in krči,
- slabost in refluks,
- aspiracija,
- interakcija z zdravili.

Metabolni zapleti:

- motnje v elektrolitskem ravnotežju.

Posebni zapleti:

- zatekanje hrane v trebušno votlino in posledično peritonitis,

- zatekanje vsebine ob gastrostomi, jejunostomi navzven in okužba na mestu vstavitve,
- vraščanje tkiva ali vgrezanje lijaka gastrostome v trebušno votlino (Hudoklin, 2009).

Zapleti, ki nastanejo pri enteralnem hranjenju, predstavljajo velik negovalni problem, hkrati pa zahtevajo veliko znanja in izkušenj medicinske sestre. Pomebno je zdravstvenovzgojno delo pacienta s hranilno stomo in svojcev, ki morajo poleg poteka hranjenja, vrste in konsistence hrane poznati tudi morebitne zaplete, ki se lahko pojavi. Vedeti morajo, kam in na koga se lahko v tem primeru obrnejo in kako naj ravnajo.

Med zapleti so nekateri, ki zahtevajo takojšne ukrepanje, in te štejemo med urgentna stanja.

Zamašitev hranilne stome

Gre za mehaničen zaplet pri enteralnem hranjenju. Vzrok za zamašitev je lahko nepravilna gostota hrane, nepravilna aplikacija zdravil, nezadostno spiranje cevke. Medicinska sestra stomo, ki je zamašena poskuša prebrizgati z nesladkano tekočino. Če pa je pri tem neuspešna, lahko prebrizga z 10 ml 1M NaHCO₃, o tem obvesti zdravnika. Prebrizgava z nežnim potiskanjem in aspiracijo. Če je zapora nad nivojem kože, cevko nežno masira med prsti in nato nadaljuje z prebrizgavanjem. Nikoli ne sme izvajati močnih pritiskov ali uporabiti ostre predmete z namenom, da cevko odmaši.

Izpad hranilne stome

Naso, orogastrična sonda izpade najpogosteje, če si jo pacient sam izvleče, ker je nemiren ali pa ga zelo moti. Če sonda izpade, jo medicinska sestra ponovno uvede. Pri varicah požiralnika, operacijah na vratu, požiralniku pa sondu uvede zdravnik. Gastrostoma izpade, kadar popusti balonček, ki je napolnjen z destilirano vodo, zato je redno preverjanje napolnjenosti balončka zelo pomembno. Pomembna je tudi pritrditev prostega dela cevke na kožo. Če izpad stome medicinska sestra opazi takoj ali največ dve uri po izpadu, mora takoj cevko nežno vstaviti nazaj v že oblikovan kanal, sicer mesto pokrije s sterilnim zložencem in o tem obvesti zdravnika.

Jejunostoma izpade, če popustijo šivi, s katerimi je stoma pritrjena na kožo, zato je dodatna pritrditev cevke z obližem zelo pomembna. Jejunostome ni mogoče vstaviti nazaj, pač pa je za to potrebna ponovna operacija ali pa zdravnik z uporabo endoskopske metode pod rentgenskim nadzorom ponovno skuša uvesti prek istega kanala.

Bruhanje

Lahko predstavlja veliko nevarnost za pacienta, ki se enteralno hrani, kajti posledično lahko nastopi aspiracija vsebine v dihalno pot in s tem aspiracijska

pljučnica. Zato so ukrepi zdravstvene nege za preprečitev aspiracije zelo pomembni. Pacienta hrani medicinska sestra v sedečem ali polsdečem položaju in ga vsaj pol ure po hranjenju ohrani v tem položaju. Kadar poteka hranjenje v naso, orogastrično sondu ali po gastrostomi je potrebno vedno preveriti morebiten zaostanek hrane v želodcu. Pri jejunostomi zaostanka ne merimo, ker poteka hranjenje v tanko črevo. Medicinska sestra o tem zapletu obvesti zdravnika.

Zatekanje hrane, želodčne vsebine ob gastrostomi ali črevesne vsebine ob jejunostomi

Če zateka ob gastrostomi, mora medicinska sestra takoj preveriti stanje napolnjenosti balončka, nato odstrani obvezo, nežno obrne cevko v smeri urnega kazalca in jo rahlo poveče navzven proti steni želodca. Cevka je lahko slabo pritjena ali ohlapna. Lahko pa je stomalna odprtina večja od dimenzije cevke. V tem primeru obvesti zdravnika, da cevko zamenja. Zelo pomembna je zaščita kože, da kasneje ne pride do poškodb kože zaradi zatekanja ob stomi.

Če zateka ob jejunostomi, mora medicinska sestra takoj obvestiti zdravnika, odstraniti obvezo in zaščititi kožo. Pogosto je potrebna menjava jejunostome, včasih pa je vzrok tudi v nerедnem odvajanju blata. V tem primeru mora medicinska sestra poskrbeti za aktivnost odvajanja.

Zaključek

Zdravstvena nega pacienta s hranilno stomo zahteva visoko stopnjo strokovnega znanja medicinske sestre, kajti s pravočasnim prepoznavanjem odstopanj in strokovnim ukrepanjem lahko olajša ali celo prepreči nelagodje pacienta, bolečino ali celo poslabšanje zdravstvenega stanja. Poleg strokovnega znanja je potrebno, da medicinska sestra celostno opazuje pacienta, njegovo obnašanje in reakcije, da se z njim veliko pogovarja in da je v okviru svojih kompetenc samostojna, odločna in sposobna timskega dela. Vse to so odlike, ki pri pacientu s hranilno stomo pomagajo prepoznati urgentno stanje in ostale zaplete s hranjenjem, prav tako pa tudi psihične težave intežave s samopodobo. Zato je vključevanje pacienta in svojcev v proces zdravstvene nege zelo pomembno.

Literatura

Dajčman D, Pernat C, Skalicky M. Zapleti enteralnega hranjenja preko perkutane gastrostome- petletne izkušnje. Zdrav Vestn, 2005 74;97-101.

Hudoklin J. Celostna obravnava pacienta z gastrostomo in jejunostomo in posebnosti hranjenja. Zbornik predavanj sekcijs medicinskih sester v enterostomalni terapiji. Rimske terme, 2009: 49-53.

Štupnik T. Gastrostoma in jejunostoma. Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije. Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego, 2007, 158-63.

Šubic J. Življenje z gastrostomo. Informacije za paciente in svojce. Klinični Center Ljubljana. Oddelek za torakalno kirurgijo. Dostopno na: www3.kclj.si/admin/organigram/00016b-000202.doc

**SESTRINSKI MODEL PRIPREME PACIJENTA ZA PREGLED I PRETRAGE U
KOLOPROKTOLOŠKOJ AMBULANTI KLINIKE ZA KIRURGIJU KBC
„SESTRE MILOS RDNICE“**

**NURSING APPROACH TO PATIENTS' EXAMINATION AND INVESTIGATIONS
IN PROCTOLOGY CLINIC OF CLINICAL HOSPITAL CENTER „SESTRE
MILOS RDNICE“**

Ivanka Gašparić, dipl.m.s., ET

KBC „Sestre milosrdnice“

Koloproktološka ambulanta klinike za kirurginju

iv.gasparic@gmail.com

Ključne riječi: sestrinski postupci, zdravstvena njega, komunikacija

SAŽETAK

Uvod: Pregled u koloproktološkoj ambulanti je po mnogočemu specifičan i razlikuje se od većine pregleda kod drugih liječnika specijalista. Kod većine bolesnika izaziva osjećaj neugode, srama, osjećaj straha od postavljanja dijagnoze tumora debelog crijeva. Cilj ovog istraživanja je utvrditi, jesu li bolesnici zadovoljni radom liječnika i medicinske sestre prije, tijekom i poslije pregleda i pretraga te jesu li ispunjena njihova očekivanja dobivanja informacija i podrške za vrijeme pregleda i pretraga.

Metode: U istraživanju je bio upotrebljen anketni upitnik sa zatvorenim pitanjima. Upitnik je sadržavao 14 pitanja, većinom zatvorenog tipa.

Rezultati: Analiza podataka je pokazala, da su bolesnici zadovoljni radom liječnika i medicinske sestre.

Diskusija i zaključak: Razlog dolaska kod većine bolesnika je bio preventivni pregled, dok je 15 bolesnika imalo objektivne simptome krvarenja i boli. Iz toga možemo zaključiti, kako se bolesnici odgovorno ponašaju prema svom zdravlju, ne zanemaruju simptome i važnost preventivnih pregleda. Bilo bi također vrijedno prepoznati skupinu pacijenata, koja ima slabu zdravstvenu pismenost te ih informirati s jasnom porukom o važnosti screeninga u prevenciji kolorektalnog karcinoma. U budućnosti provesti kvalitativno istraživanje bolesnika, koji se nisu odazvali na poziv za preventivni pregled screeninga u otkrivanju kolorektalnog karcinoma te saznati, koji su razlozi ne odazivanja, a bili su upućeni u koloproktološku ambulantnu

Key words: nursing management, nursing care, communication

ABSTRACT

Introduction: Examination in proctology clinic is unique in many ways and differs from other examinations in other specialties of medicine. In most patients it induces feeling of shame, discomfort and fear of establishing the diagnosis of cancer. With all these negative emotions mentioned above, the aim of this investigation is to establish whether patients are satisfied with work of doctors and nurses before, during, and after the examination and investigations, and to establish whether their expectations have been met by receiving adequate informations and support.

Methods: A questionnaire was used in this investigation. The questionnaire consisted of 14 questions, mostly of closed type.

Results: Data analysis showed that the patients are satisfied with the work of doctor and nurse.

Discussion and conclusion: The reason for examination in most patients was preventive, while 15 patients had symptoms of bleeding and pain. Due to that it can be established that patients don't underestimate the symptoms and behave responsibly when it comes to their health. It would be valuable to find the group of patients with low health literacy and inform them with clear message on importance of screening in prevention of colorectal carcinoma. In future a qualitative investigation of patients who did not respond to call for preventive screening for colorectal carcinoma should be made, in order to find out what are the reasons for not coming to preventive examination in proctology clinic.

Uvod

Uspjesi u prevenciji i liječenju zaraznih bolesti pružili su lažan dojam, da će biti lako savladati i ostale bolesti čovječanstva. Međutim, pojavili su se složeniji problemi, to jest bolesti u etiologiji, kojih ne sudjeluju samo jedan, npr. infektivan uzročnik, već su uvjetovane međusobnim djelovanjem mnogobrojnih rizičnih činilaca. Nove masovne bolesti, s kojima se danas medicina suočava, a koje su ujedno i najčešći uzroci smrti, su bolesti krvožilnog sustava i rak. U njihovoј prevenciji i liječenju ne postižu se željeni uspjesi kao u infektivnih bolesti. Problem psihičkih bolesti i emocionalnih poremećaja u porastu su, usporedno s industrijalizacijom društva. Produceni životni vijek stanovništva donosi probleme prilagodbe bolesnika na kronične bolesti, koje su usprkos napretku medicine, neizlječive i kod kojih nije moguće primjenom suvremenog medicinskog liječenja vratiti bolesnika u stanje prijašnjeg zdravlja. Povećanjem općeg životnog standarda i zdravstvene prosvjećenosti, raste i osjetljivos populacije na pojedine (beznačajne) simptome, zbog kojih se nekada ljudi nisu obraćali zdravstvenoj službi, danas su razlog velike opterećenosti u svakodnevnoj medicinskoj praksi. Mnogi istraživači procjenjuju da je postotak stanovništva, koji se obraća liječniku

radi primarno psihičkih problema oko 15% (Corser, 1978; Sheperd, 1966: Bain, 1971).

Daljnja razmatranja ovog problema ukazuje na to, da upravo ovakvi bolesnici oduzimaju zdravstvenom osoblju mnogo više vremena, nego bolesnici, koji im se obraćaju radi primarno organskih smetnji npr.infekcija, trauma i sl., (Havelka, 1995). W.Henderson (1994) kaže da je osnovna zdravstvena njega jednaka za tjelesno i mentalno oboljele. Osnove zdravstvene njegе, kao i mnogih drugih disciplina imaju korijene u ljudskim potrebama. Sveobuhvatno poimanje djelovanja medicinske sestre ne govori koje ljudske potrebe sestra može zadovoljiti uspješnije od bilo kojeg drugog profila zdravstvenih djelatnika. Liječnik je nadležan za dijagnostiku i liječenje, to je njegova jedinstvena uloga. Prirodno je da svaki djelatnik i član tima želi imati jasno određeno područje, na kojem može samostalno djelovati. To je osnovna ideja jedinstvene uloge sestre - djelovati samostalno na vlastitu inicijativu na području, za koje je nadležna. „Jedinstvena je uloga medicinske sestre, pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom u obavljanju onih aktivnosti, koje pridonose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi pojedinac obavljao samostalno, kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. To treba činiti tako, da mu se pomogne postati neovisnim što je moguće prije.“ (Henderson, 1994).

Upravo to je onaj aspekt rada i onaj dio djelatnosti, koji medicinska sestra inicira i kontrolira - onaj dio, za koji je stručnjak i samostalni zdravstveni djelatnik. Svi članovi tima moraju biti svjesni, da je bolesnik (ili zdrava osoba o kojoj se brinu) u središtu zbivanja i da je primarni zadatak svakog člana tima pomagati bolesniku. Kada bolesnik postane neovisan, usvoji potrebna znanja ili čak primjenjuje planirani program liječenja ostvaruje se cilj zdravstvene njegе. Uloga je zdravstvenog tima pružiti mu potrebnu pomoć u donošenju razumne odluke. Pacijentovo razumijevanje situacije i njegova želja, da prihvati zdrav način života, odlučujući su činitelji. Tumačenje, da je sestra „zamjena“ za ono, što bolesniku nedostaje (snaga, volja ili znanje), a što ga čini potpunom i neovisnom osobom, može se nekome učiniti kao pojednostavljeni i ograničeno shvaćanje zdravstvene njegе. Što se više razmišlja, sve složenija postaje tako definirana uloga sestre. Koliko je rijetka, potpuna i cjelovita ravnoteža duha i tijela: još uvijek je sporno, do koje mjere je zdravlje uvjetovano nasljeđem,a do koje mjere se može stići. Premda postoje neslaganja, općenito je prihvaćeno da inteligencija i edukacija imaju tendenciju podudarati se sa zdravstvenim stanjem. Postići „dobro zdravlje“ težak je cilj za pojedinca, a koliko je tek teško sestri pomoći mu u ostvarenju toga cilja!

Sestra na neki način mora svakom pacijentu „ući pod kožu“, da bi mogla prepoznati i shvatiti, što on želi i koje su njegove potrebe, da bi održao život i ponovno stekao zdravlje. Potreba za procjenom bolesnikovih trenutnih i dugoročnih potreba za fizičkom pomoći, emocionalnom podrškom i edukacijom, čini sestrinsku

djelatnost vrlo zahtjevnom. Socijalnim kontaktima, učenju, rekreativnim i produktivnim aktivnostima pomaže bolesniku, da uspostavi ili održava zdrav način života, što bi on činio samostalno, kad bi bio dovoljno snažan, imao potrebna znanja i imao želju za životom (Henderson, 1994).

Komunikacija je bitan segment liječenja bolesnika. Prvi kontakt sa bolesnikom je važan i često postavlja smjer budućoj interakciji sa liječnikom i medicinskom sestrom, te utječe na njegov doživljaj, kako liječnika, tako i terapijskog postupka, a moguće u krajnjoj liniji i na ishod liječenja. Sestra se mora znati suočavati sa raznim osobnostima bolesnika te najsloženijim medicinskim i socijalnim situacijama. Pružiti dobru skrb može, samo ako razumije bolesnika u njegovom osobnom životnom kontekstu (Đorđević; Braš, 2011).

Ako se želi „uvući bolesniku pod kožu“, ona mora znati slušati, biti osjetljiva na neverbalnu komunikaciju i ohrabrvati bolesnika, da iskaže svoje osjećaje na razne načine. Izgovorene riječi mogu pobuditi različite emocije, kako pozitivne tako i negativne. Neverbalna komunikacija sastoji se od mnoštva znakova, od kojih svaki ima svoje značenje. Ona mora trajno analizirati značenje njegovih riječi, tišine, grimasa i pokreta. Umijeće je to činiti nenamentljivo, na način, koji ne interferira sa razvojem prirodnog i konstruktivnog odnosa između sestre i bolesnika. Sposobnost osjećaja bliskosti sa osobom koju zbrinjava, obilježje je najboljih sestara (Henderson, 1994).

Poznavanje sebe i razumijevanje vlastitih reakcija (sposobnost prepoznavanja i rješavanja vlastitih emocionalnih problema, svijest o vlastitim sklonostima, sposobnostima i slabostima) utječe na sposobnost sestre, da udovolji zahtjevima sestrinske uloge. Starogrčki nalog „upoznaj sebe“ i Shakespearov savjet kroz Polonijevu očinsku opomenu „budi iskren prema sebi“, klasične su izreke uključene i u suvremene pristupe. Istina je danas, kao što je bila i nekad, a biti će i sutra, da je poznавati i štovati sebe preduvjet za poznavanje i štovanje drugih. Promatrana kao pomoć, proizašla iz analize ljudskih potreba, osnovna zdravstvena njega je univerzalna. Jednaka je zato, što svi ljudi imaju zajedničke potrebe. Istodobno ta je pomoć raznolika, jer ne postoje dvije jednake osobe. Svaki čovjek tumači svoje ljudske potrebe, na način koji ujedno tvori i jedinstveni obrazac. Komunikacijski uspješni liječnici i medicinske sestre stvaraju smislene i dobre odnose sa različitim strukturama ličnosti bolesnika i u različitim situacijama, uz odnos temeljen na razumijevanju i poštivanju ljudskog života i dostojanstva (Đorđević; Braš, 2011).

Medicinski intervju je kompleksniji proces od uzimanja informacija u cilju, postavljanja dijagnoze te izrazito važan faktor uspostave odnosa liječnika, medicinske sestre i bolesnika. Najbolja je prilika, da bolesnik podijeli sa liječnikom informacije o sebi te da liječnik i medicinska sestra upoznaju bolesnika kao osobu, a ne samo kao medicinski problem, odnosno dijagnozu. Razumijevajući bolesnika kao

osobu i njegova očekivanja od liječnika i medicinske sestre, liječnik može klinički prosuditi što je najbolje za pojedinca te i sam biti zadovoljan zbog uspostave zdravog odnosa sa bolesnikom. Briga za bolesnika podrazumijeva shvaćanje bolesnikove bolesti u kontekstu, u kojem živi, uvezši u obzir međudjelovanje bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika, koji dovode do bolesti. Razumijevanje navedenog međudjelovanja omogućit će ne samo bolje dijagnosticiranje i planiranje terapeutskih postupaka, nego se kod bolesnika razvija osjećaj povjerenja i zahvalnosti za napore, koje liječnik i medicinska sestra ulažu. Izgradnja odnosa započinje tako, da se predstavite bolesniku i pitate za bolesnikovo ime i prezime. Osigurati privatnost, važno je primjetiti bolesnikovo specifično stanje - bilo tjelesno ili psihičko. Otkloniti sve moguće prepreke u komunikaciji (buka, prejako ili preslabo osvjetljenje, čestu zvonjavu telefona, često ulaženje ili izlaženje iz sobe, bilo da se radi o vama ili o drugim zdravstvenim djelatnicima s kojima ste u timu). Učiniti sve što je moguće, da se bolesnik osjeća sigurno (npr. smjestite bolesnika u udobnu stolicu). Uzimanje anamneze započinje s pitanjima otvorenog tipa. Važno je ne prekidati bolesnika. Koristiti se zlatnim pravilom slušanja - šutnjom, zatim neutralnim frazama poput „aha, hm“ te neverbalno ohrabriti bolesnika (klimanje glavom, lagano se nagnuti prema naprijed i sl.).

Bolesniku orientiran intervju upotrebljava se u svim situacijama, bilo da je riječ o prvom pregledu ili kontroli, hitnim stanjima ili konzultacijama. Vrlo važno je obratiti pozornost i na uzimanje psihosocijalne anamneze. Ona uključuje spoznavanje oblika ponašanja i osobnih čimbenika, koji su mogli doprinijeti razvoju bolesti. Saznavanje bolesnikovih navika (pušenje, alkohol - u kojim situacijama i količina - pitanja moraju biti što detaljnija) te osobne karakteristike poput zanimanja, stupnja izloženosti stresu, raspoloženja, obiteljskih prilika, seksualnosti, prehrambenih navika, tjelesnih aktivnosti i sl. Postavljanje pitanja iz psihosocijalne anamneze ne samo, da stvara prikladan odnos između liječnika i bolesnika i ne samo da daje osjećaj važnosti bolesniku, već pomaže u otkrivanju mnogih uzroka bolesti te mogućnosti njihova utjecaja na održanje same bolesti. Bolesnici od liječnika i medicinske sestre očekuju znanje, ali isto tako žele da njihovi liječnici i medicinske sestre budu ti, koji će ih ohrabriti, podržati i biti emocionalno osjetljivi za njihove potrebe. Istraživanja pokazuju, da interes liječnika i medicinske sestre za bolesnikovo razumijevanja tretmana, zabrinutost, očekivanja i utjecaja bolesti na svakodnevno funkcioniranje smanjuju tjeskobu kod bolesnika i distres; isto istraživanje napominje, da kada bolesnici imaju osjećaj, da se mogu u potpunosti izraziti, više vode brige o svom zdravlju i bolje procjenjuju svoj funkcionalni status. Iznimno je važno tijekom komunikacije s bolesnikom uspostavljati kontakt očima, jer je to osnova aktivnog slušanja i omogućava stvaranje boljeg uvida u emocionalno stanje bolesnika. Usputnava adekvatnog socijalnog prostora između liječnika, medicinske sestre i bolesnika važna je u izgradnji odnosa. Vertikalni prostor treba biti sveden na najmanju moguću mjeru (npr. nije preporučljivo da liječnik ili sestra stoje dok bolesnik sjedi) te je važno ne

biti ni preblizu ni predaleko od bolesnika (horizontalni prostor). S ciljem uspostave dobrog odnosa s bolesnikom važno je usvojiti vještine poput pozornosti i srdačnosti, empatije, poštovanja, podrške i partnerskog odnosa. (Đorđević; Braš, 2011).

Bolesnici, koji dolaze na prvi pregled u koloproktološku ambulantu, mogući su potencijalni bolesnici sa tumorom crijeva i rektuma. Kolorektalni karcinom nalazi se na trećem mjestu po učestalosti među svim zločudnim novotvoreninama u svijetu, ali isto tako to je jedan od rijetkih tumora, čiju pojavu možemo na vrijeme spriječiti. Da bismo smanjili pobol i smrtnost od ove bolesti, trebaju se razviti i provesti učinkovite mjere primarne i sekundarne prevencije. Ciljevi su probira smanjiti pojavnost bolesti u općoj populaciji, otkrivanjem bolesti u ranoj latentnoj fazi, što omogućuje mnogo uspješnije liječenje. U Hrvatskoj, kao i u svijetu, posljednjih desetljeća bilježi se porast pojavnosti i smrtnosti od ove bolesti. Uzrok su jednim dijelom bolja dijagnostika i registriranje, ali postoje i drugi brojni mogući uzroci, čije je otkrivanje gotovo nemoguće (Antoljak, 2011).

Unatoč napretku u kiruskim tehnikama i razvoju onkoloških terapija stopa preživljavanja bolesnika s uznapredovalim stadijem bolesti u posljednjem desetljeću nije se bitno promjenila te se naglašava važnost primarne i sekundarne prevencije kao najvažnijeg „oružja“ u borbi za smanjenje morbiditeta i mortaliteta ove bolesti (Brkić, 2003).

Nacionalni program rane dijagnostike raka debelog crijeva u Republici Hrvatskoj službeno je započeo krajem 2007.godine, a prvi testovi odaslani su početkom 2008.godine. Zbog malih sredstava, uloženih u promidžbenu kampanju, prva faza provođenja Nacionalnog programa bila je opterećena slabim odazivom ispitanika te nedovoljnim postotkom ispunjenih i vraćenih testova na prikriveno krvarenje u stolici. Odaziv na kolonoskopiju bio je iznad svakog očekivanja te se na pregled javilo oko 70% ispitanika s pozitivnom prikrivenom krvlju u stolici. U oko 3% bolesnika dijagnosticiran je karcinom debelog crijeva, dok je postotak premalignih lezija - polipa bio značajno veći. Svim ispitanicima učinjen je zahvat endoskopske polipektomije (ili drugi potrebni zahvat) te je tako izbjegnut rizik od razvoja karcinoma. U Švedskoj u Karolinskom Institutu, provedena je Nacionalna studija SCREESCO, u kojem je sudjelovala medicinska sestra Anna Jervaeus sa suradnicima, u istraživanju stavova o pozivu za sudjelovanje u švedskom Nacionalnom programu probira za kolorektalni karcinom među sudionicima i ne-sudionicima. Cilj istraživanja je bio otkrivanje razloga neodaziva na testiranje probira za kolorektalni karcinom. Otkriveno je, da se nisu odazvali na testiranje sudionici, koji su imali slabu zdravstvenu pismenost te da su im bile potrebne dodatne informacije, izrazili su negativne emocije uz neshvaćanje određenih tekstova i nejasnih poruka.

Bolesnici koji dolaze na prvi pregled u koloproktološku ambulantu, mogući su potencijalni bolesnici sa tumorom crijeva i rektuma. Posljedica raka na debelom crijevu i rektumu može biti operacija, gdje bude konačno postavljena stoma. Mogućnost dobivanja stome kod bolesnika izaziva intenzivan osjećaj straha, emocionalne poremećaje, pojavu slabije ili jače izraženog stanja tjeskobe i potištenosti. Cilj istraživanja je bio saznati, da li su liječnik i medicinska sestra, koji rade u koloproktološkoj ambulanti, svojim načinom rada i informiranja o tijeku pregleda i pretraga smanjili razinu straha, neugodnosti i bola te jesu li ispunjena očekivanja bolesnika prije, tijekom i poslije pregleda. Istraživanje je pokazalo, da su bolesnici izrazili zadovoljstvo zdravstvenom uslugom u Klinici za kirurgiju u proktološkoj ambulanti.

Metode rada

Opis instrumenta

Za dobivanje podataka je bio upotrebljen strukturirani anketni upitnik. Upitnik je sadržavao 14 pitanja, većinom zatvorenog tipa te je bio podijeljen u tri dijela. Prvi dio odnosio se na informirani pristanak i potpisano suglasnost za sudjelovanje u istraživanju. Drugi dio na demografske podatke anketiranih, a treći dio na procjenu zadovoljstva ili nezadovoljstva bolesnika radom liječnika i medicinske sestre.

Opis uzorka

Uzorak ispitanika predstavljali su bolesnici, koji su prvi puta došli na pregled u Proktološku ambulantu. Anketni upitnik su ispunila 32 ispitanika, u dobi od 29 do 77 godina. Bilo je 20 muškaraca te 12 žena. Prosječna dob ispitanika iznosila je 52 godine.

Opis tijeka istraživanja i obrade podataka

Anketiranje je trajalo od 21. listopada 2015. do 19. studenog 2015. godine. Nakon provedenog razgovora o planiranom istraživanju, svakom ispitaniku, koji dolazi prvi put na pregled u Koloproktološku ambulantu, dao bi se obrazac za pristanak na dobrovoljno sudjelovanje sa strukturiranim anketnim upitnikom. Anonimnost je bila osigurana. Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo Kliničkog Bolničkog Centra „Sestre milosrdnice“, koje djeluje u skladu s načelima Internacionalne konferencije za harmonizaciju (ICH GCP) i Helsinške deklaracije. Statistička obrada podataka izvedena je uz upotrebu programa Statistical Package for Social Studies (SPSS) i Excel.

Rezultati

Pacijenti Klinike za kirurgiju u Proktološkoj ambulanti su većinom muškarci (62,5%), najveći broj pacijenata pripada dobnim skupinama od 40 - 50 godina i 60 - 70 godina (svakoj skupini pripada 31,3%, odnosno ukupno 62,6%). Najveći broj

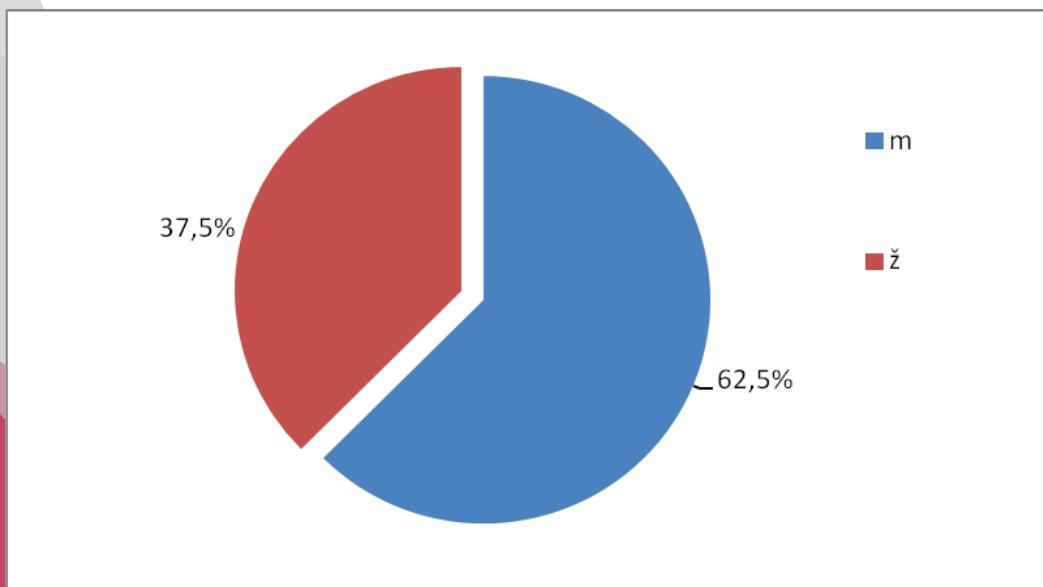
ispitanika je oženjen/udan (65,6%), ima završenu srednju stručnu spremu (56,3%) te žive u gradu (75%).

Kao glavni utjecaj na dolazak na pregled u ovu ambulantu najviše ispitanika (36,4%) navelo je savjet drugog liječnika specijalista i vlastitu želju (33,3%). O obuhvatu proktološkog pregleda informirano je 56,3% ispitanika. Najviše ispitanika navodi krvarenje (28,6%) i preventivni pregled (22,9%) kao glavni razlog dolaska specijalistu proktologu.

Na pitanje o tome, što ih najviše zabrinjava tijekom njihovog pregleda, 44,1% ispitanika navelo je dijagnozu tumora, dok 29,4% ispitanika zabrinjava neugodnost pregleda. Najviše ispitanika smatra, da je pregled bio podnošljiv (50%) i bezbolan (37,5%), dok nitko ne smatra, da je pregled bio grub. Na pitanje o sveukupnom zadovoljstvu zdravstvenom uslugom svi ispitanici odgovorili su, da su ili jako zadovoljni (65,6%), ili dosta zadovoljni (25%), ili su osrednje zadovoljni (9,4%). Udio ispitanika, koji su odgovorili, da im je medicinska sestra posvetila dovoljno vremena tijekom naručivanja iznosi 93,8%, a da vrijeme čekanja na pregled u ambulanti nije predugo, smatra 78,1% ispitanika. 93,8% ispitanika smatra, da su njihova očekivanja ponašanjem liječnika tijekom pregleda ispunjena, a za ispunjenje očekivanja ponašanja medicinske sestre potvrđno je odgovorilo 96,9% ispitanika. 84,4% ispitanika odgovorilo je, da im je liječnik dovoljno razumljivo objasnio postupke, kojima će biti podvrgnuti, dok je za medicinsku sestru potvrđno odgovorilo 100% ispitanika. 90,9% ispitanika ne smatra, da je ponašanje liječnika previše poslovno i hladno, i njih 93,8% moglo je pitati liječnika, sve što ih zanima u vezi njihove bolesti. Uzveši u obzir navedeno, takvih ispitanika je u prosjeku 91,4% što upućuje na zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom uslugom na Klinici za kirurgiju u Proktološkoj ambulanti.

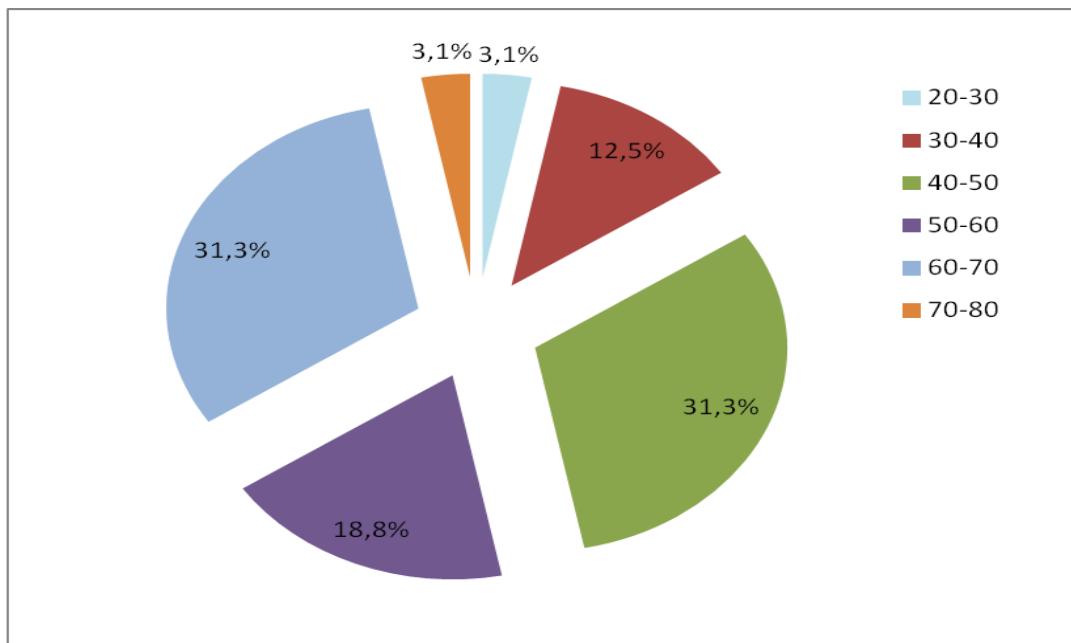
Demografske karakteristike ispitanika

Slika 1. Ispitanici prema spolu (n = 32, u %)



Anketu su ispunila 32 ispitanika, od toga 37,5% žena i 62,5% muškaraca.

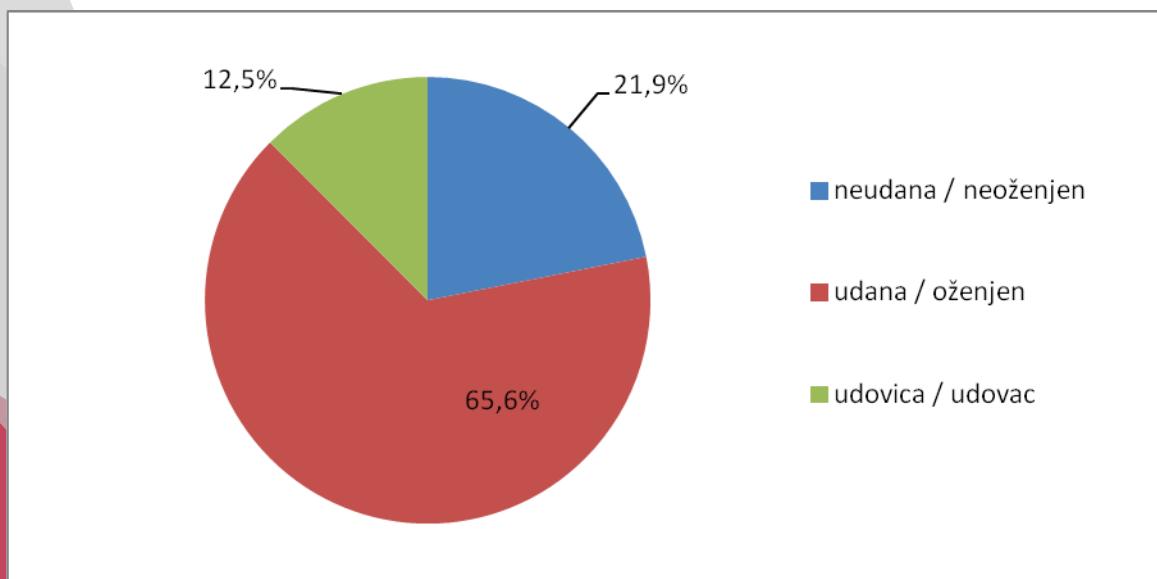
Slika 2. Ispitanici prema dobnim skupinama (n = 32, u %)



S obzirom na dobu strukturu, 31,3% ispitanika pripada doboj skupini 60 - 70 godina, 31,3% ispitanika pripada doboj skupini 40 - 50 godina, 18,8% ispitanika pripada doboj skupini 50 - 60 godina, 12,5% ispitanika pripada doboj skupini 30 - 40 godina, 3,1% ispitanika pripada doboj skupini od 20 - 30 godina i 3,1% ispitanika pripada doboj skupini od 70 - 80 godina.

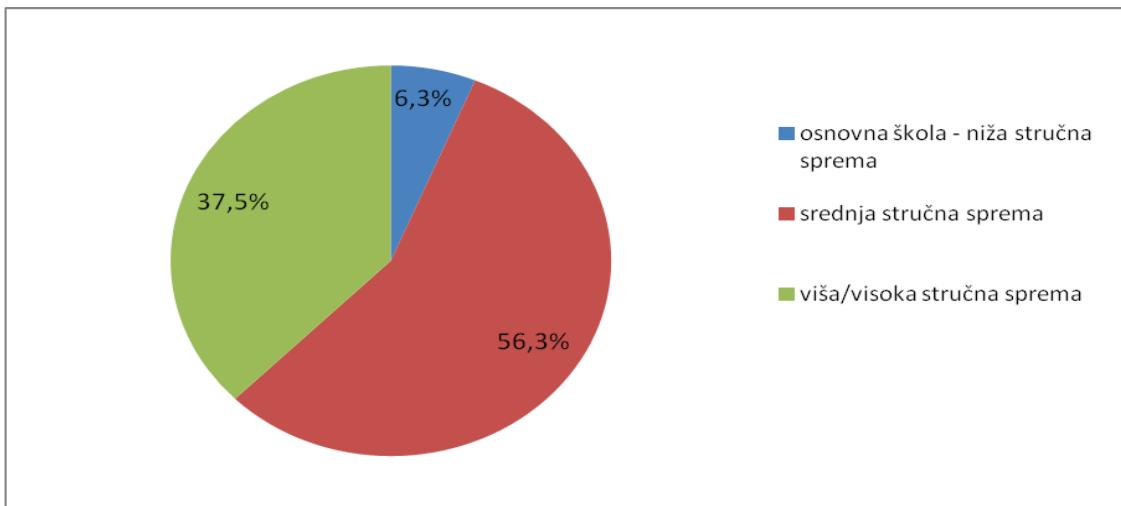
Prosječna dob ispitanika iznosi 52 godine, uz prosječno apsolutno odstupanje od 12 godina, odnosno relativno 23,5%.

Slika 3. Ispitanici prema bračnom statusu (n = 32, u %)



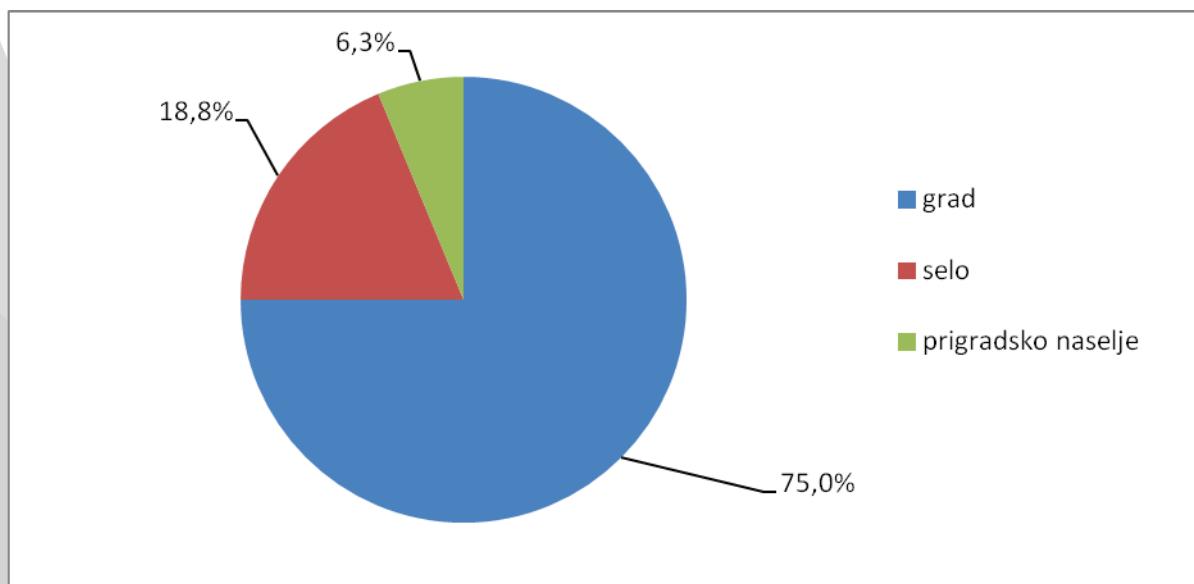
65,6% ispitanika je udano/oženjeno, 21,9% je neudano/neoženjeno, dok 12,5% ispitanika ima status udovice/udovca.

Slika 4. Ispitanici prema stupnju obrazovanja (n = 32, u %)



Od ukupnog broja anketiranih 56,3% ima srednju stručnu spremu (KV, SSS, VK - specijalist), 37,5% ima višu / visoku stručnu spremu (VI/I, VI/2, VII/1,2, VIII), a osnovnu školu - nižu stručnu spremu (NK, PK, NSS) ima 6,3% ispitanika.

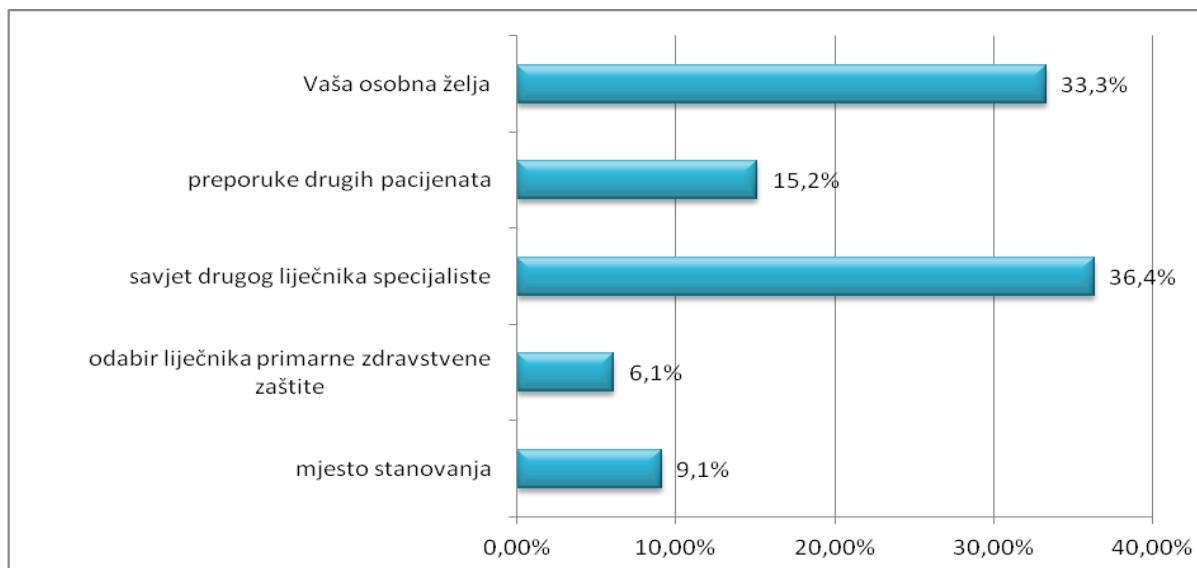
Slika 5. Ispitanici prema mjestu stanovanja (n = 32, u %)



75% ispitanika živi u gradu, 18,8% ispitanika živi na selu, dok 6,3% ispitanika živi u prigradskim naseljima.

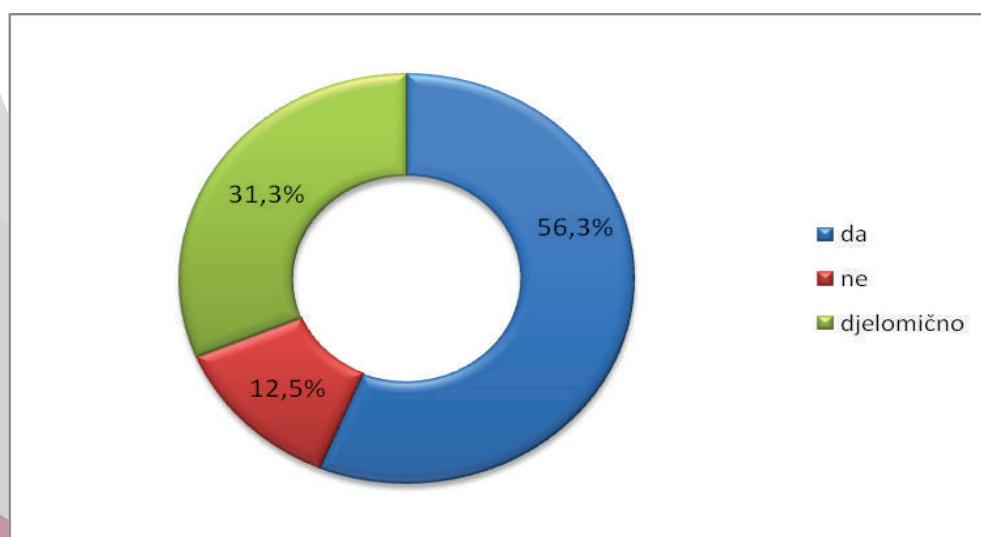
Razlozi dolaska, zadovoljstvo pregledom i ponašanjem liječnika i medicinske sestre

Slika 6. Razlog dolaska na pregled



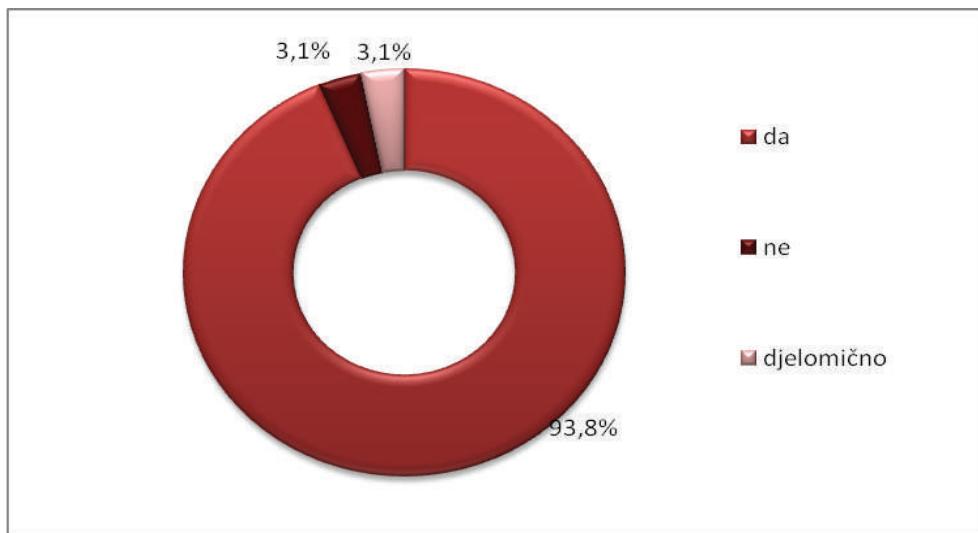
36,4% ispitanika odgovorilo je, da je na njihov dolazak na pregled u ovu ambulantu utjecao savjet drugog liječnika specijalista, a 33,3% ispitanika je odgovorilo, da su zbog vlastite želje došli na pregled u ovu ambulantu. 15,2% ispitanika odgovorilo je, da je na njih utjecala preporuka drugih pacijenata, na 9,1% ispitanih utjecalo je mjesto stanovanja, a 6,1% ispitanih na pregled je došlo zbog odabira liječnika primarne zdravstvene zaštite.

Slika7. Informacije o proktološkom preglednu



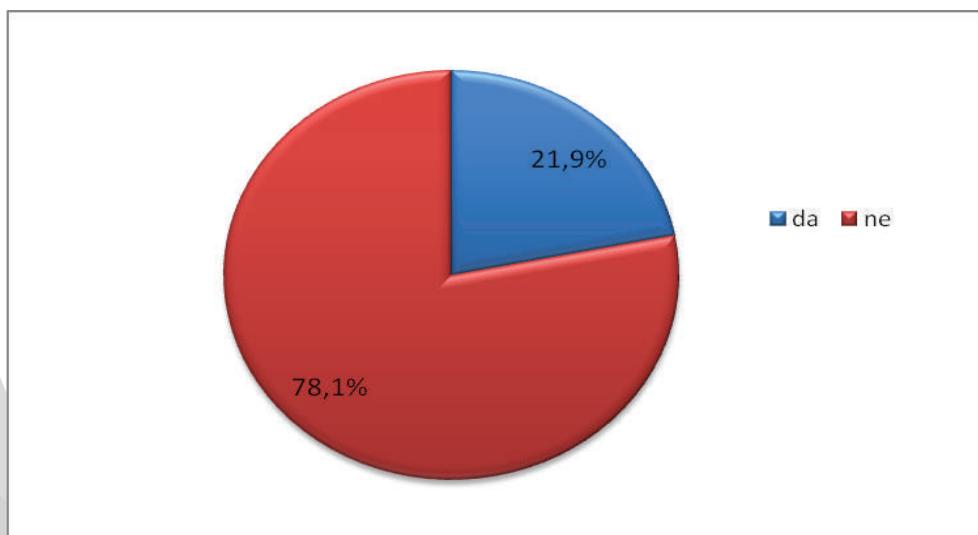
56,3% ispitanika odgovorilo je, da je informirano o tome, što obuhvaća proktološki pregled, 31,3% je djelomično informirano, a 12,5% ispitanika nije informirano o tome, što obuhvaća pregled.

Slika 8. Vrijeme posvećeno tijekom naručivanja



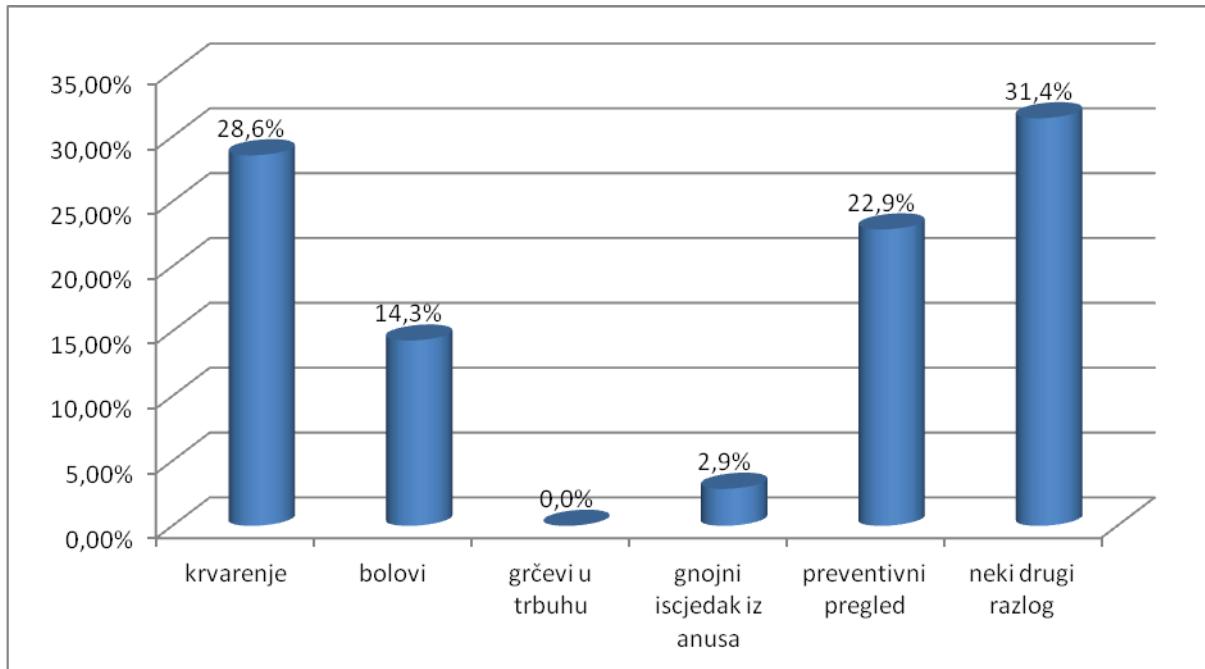
93,8% ispitanika odgovorilo je, da im je sestra posvetila dovoljno vremena tijekom naručivanja, dok je 3,1% ispitanika odgovorilo, da je posvetila djelomično dovoljno vremena, a da nije posvetila dovoljno vremena, odgovorilo je također 3,1% ispitanika.

Slika 9. Vrijeme čekanja pregledna



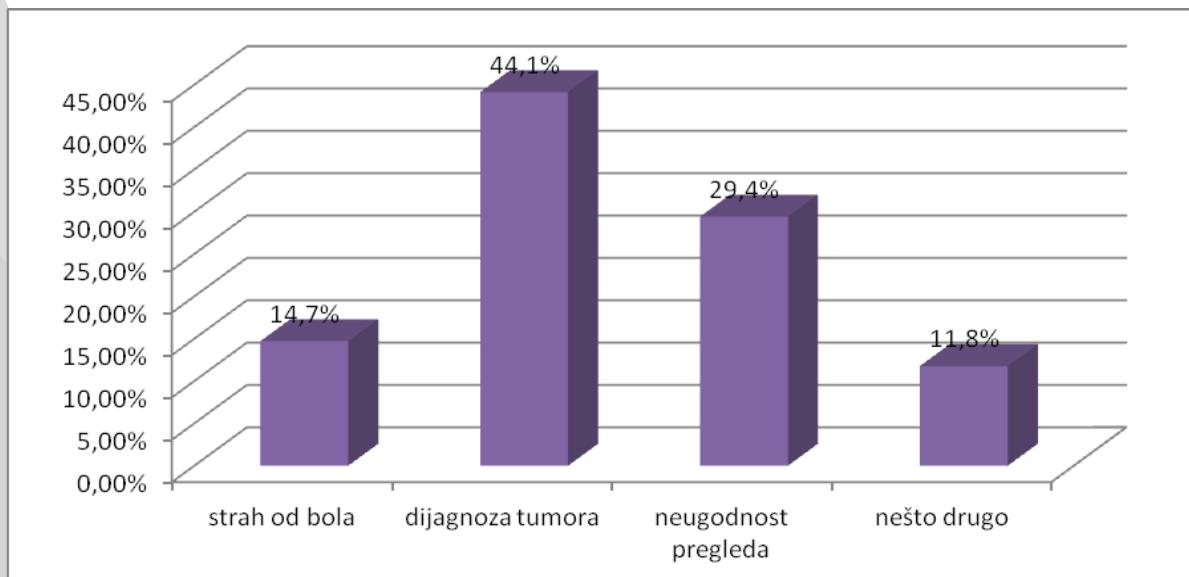
78,1% ispitanika smatra, da se ne čeka predugo za pregled u ambulanti, a 21,9% odgovorilo je, da se vrijeme čekanja predugo.

Slika10. Razlog dolaska kod specijaliste proktologa



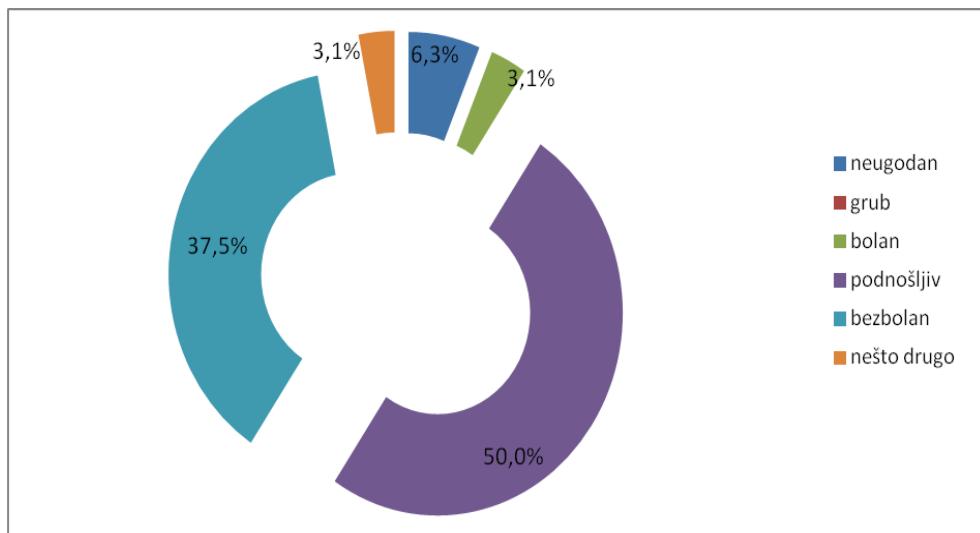
28,6% ispitanih navelo krvarenje kao razlog dolaska specijalistu proktologu, 22,9% ispitanih došli su zbog prevencije, 14,3% kao razlog dolaska navelo je bolove, a 2,9% navelo je gnojni iscijedak iz anusa. Najviše ispitanika, njih 31,4% navelo je neki drugi razlog, dok nitko nije naveo grčeve u trbušu.

Slika 11. Razlog brige zbog pregleda



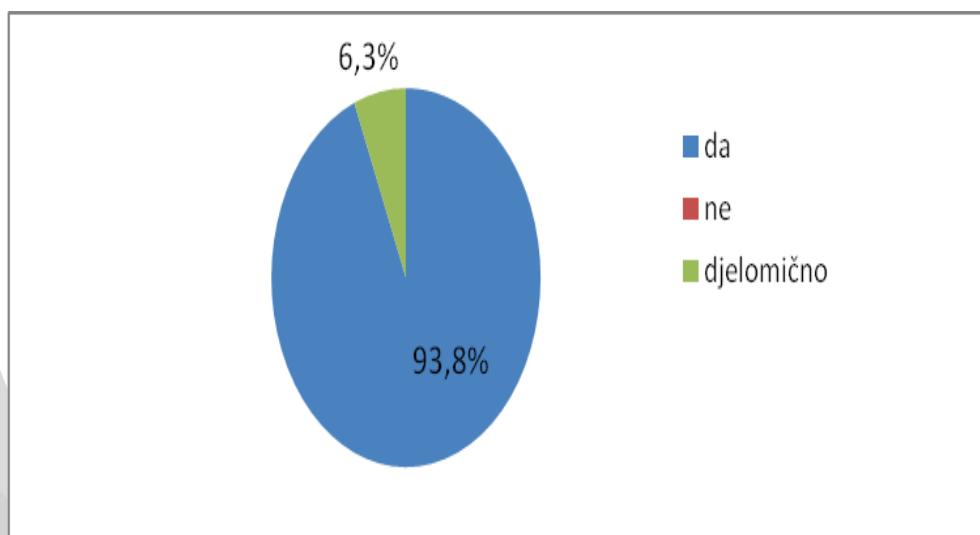
Najviše ispitanika, njih 44,1% navelo je dijagnozu tumora kao razlog brige zbog pregleda, 29,4% ispitanika zabrinjava neugodnost pregleda, 14,7% ispitanika brine strah od bola, dok je 11,8% ispitanika navelo neki drugi razlog.

Slika 12. Opis pregleda



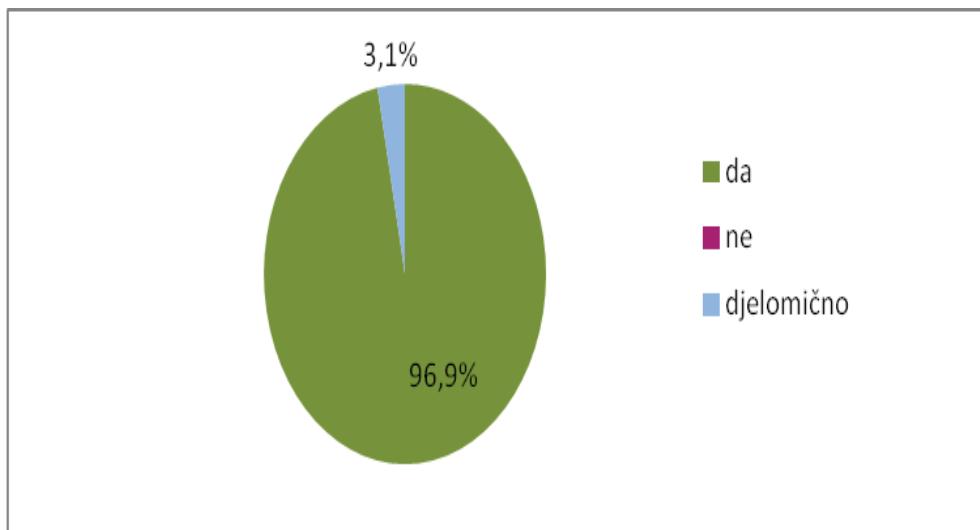
50,0% ispitanika odgovorilo, je da je pregled bio podnošljiv, 37,5% odgovorilo, je da je bezbolan, 6,3% smatra, da je pregled bio neugodan, 3,1% ispitanika smatra, da je pregled bio bolan, dok je 3,1% odgovorilo nešto drugo. Nitko nije odgovorio, da je pregled bio grub.

Slika 13. Ponašanje liječnika



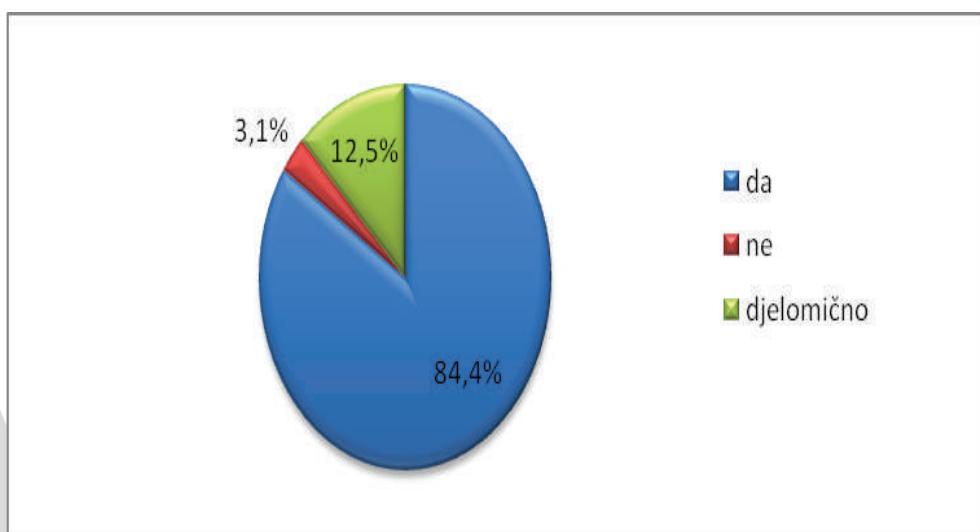
93,8% ispitanika odgovorilo je, da su ispunjena njihova očekivanja ponašanjem liječnika tijekom pregleda, dok je preostalih 6,3% odgovorilo, da su djelomično ispunjena.

Slika 14. Ponašanje medicinske sestre



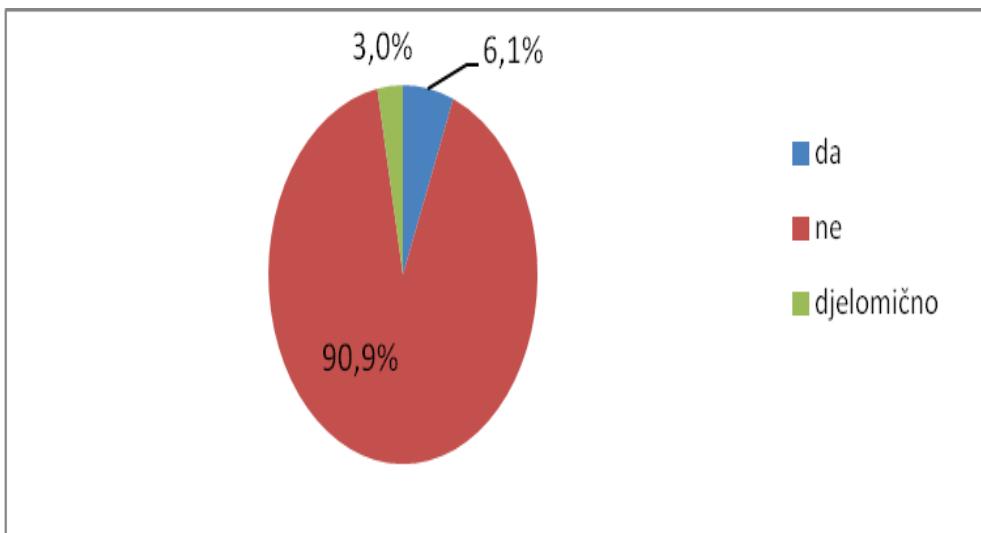
96,9% ispitanika odgovorilo je, da su ispunjena njihova očekivanja ponašanjem medicinske sestre tijekom pregleda, dok je preostalih 3,1% odgovorilo, da su djelomično ispunjena.

Slika 15. Objasnjenje postupka od strane liječnika



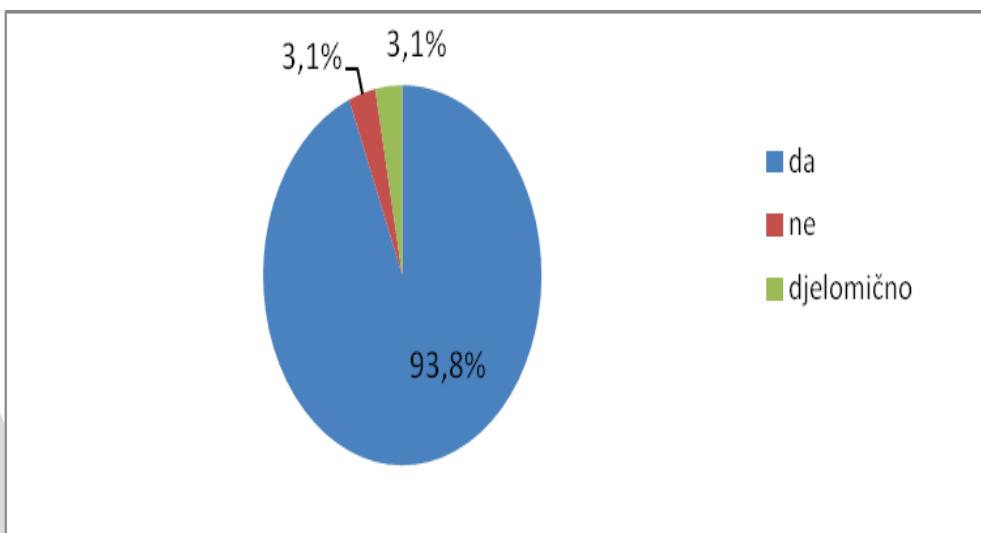
84,4% ispitanika odgovorilo je, da im je liječnik objasnio postupke, kojima će biti podvrgnuti, 12,5% odgovorilo je, da im je liječnik djelomično objasnio, a 3,1% ispitanika odgovorilo je, da im liječnik nije objasnio postupke, kojima će biti podvrgnuti

Slika 16. Poslovno i hladno ponašanje liječnika



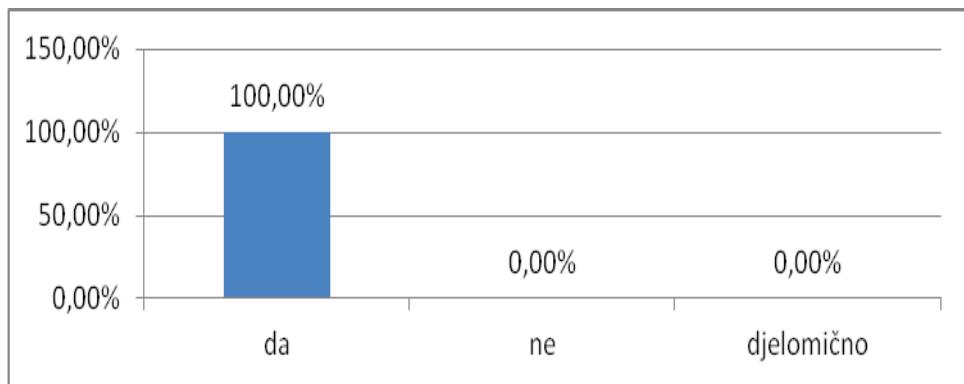
90,9% ispitanika odgovorilo je, da ne smatra da je ponašanje liječnika previše poslovno i hladno, 6,1% odgovorilo je da, dok je 3,0% njih odgovorilo da djelomično smatra.

Slika 17. Mogućnost ispitivanja liječnika o bolesti



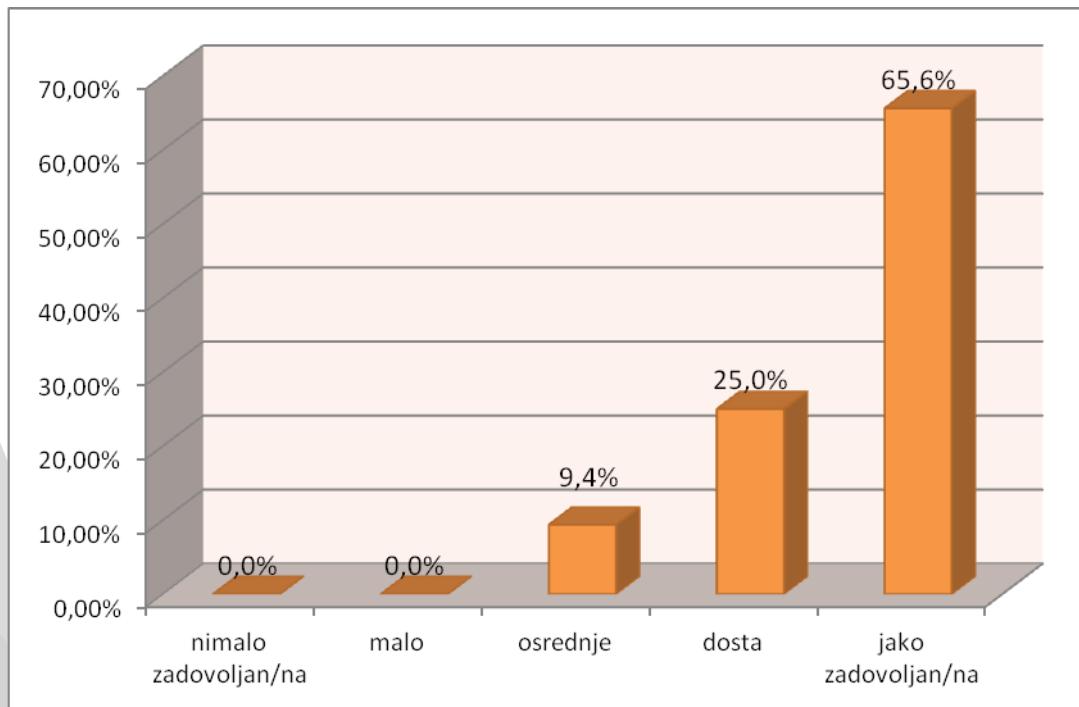
93,8% ispitanika odgovorilo je, da su mogli pitati liječnika u vezi njihove bolesti, 3,1% odgovorilo je, da nisu mogli, a 3,1% da su djelomično mogli.

Slika 18. Objasnjenje postupka od strane medicinske sestre



Svi ispitanici su odgovorili, da im je medicinska sestra dovoljno razumljivo objasnila postupke, kojima će biti podvrgnuti.

Slika19. Sveukupno zadovoljstvo zdravstvenom uslugom na Klinici za kirurgiju u Proktološkoj ambulanti



Na pitanje o sveukupnom zadovoljstvu zdravstvenom uslugom na Klinici za kirurgiju u Proktološkoj ambulanti 65,6% ispitanika odgovorilo je, da su jako zadovoljni, 25,0% ispitanika je dosta zadovoljno, dok je 9,4% njih odgovorilo, da su osrednje zadovoljni.

Kad se u obzir uzmu ispitanici, koji su odgovorili, da im je medicinska sestra posvetila dovoljno vremena tijekom naručivanja, da vrijeme čekanja na pregled u ambulanti nije predugo, da su njihova očekivanja ponašanjem liječnika i medicinske sestre tijekom pregleda ispunjena, da su im liječnik i medicinska sestra dovoljno razumljivo objasnili postupke kojima će biti podvrgnuti, koji ne smatraju da je ponašanje liječnika previše poslovno i hladno, i koji su mogli pitati liječnika,

sve što ih zanima u vezi njihove bolesti, njih je u prosjeku 91,4% što upućuje na zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom uslugom na Klinici za kirurgiju u Koloproktološkoj ambulanti.

Rasprava

Rezultati istraživanja pokazuju, da je najčešći razlog dolaska na pregled u koloproktološku ambulantu bio preventivni pregled, dok je drugi najčešći razlog bio krvarenje i bol, osobna želja i veliki dio ih je navelo, da je to bio savjet drugog liječnika specijalista. Iz toga lako možemo zaključiti, da se bolesnici odgovorno ponašaju prema svom zdravlju i ne zanemaruju simptome i važnost preventivnih pregleda. Na smanjenje neugode i straha sigurno je dijelom utjecalo informiranje o tijeku pregleda. No međutim ako netko potpuno nepoznat uđe u intimnu zonu osobe, ona će se osjećati vrlo neugodno pa čak i ugroženo, što daje osjećaj gubitka kontrole nad vlastitim tijelom. Od svih zona ova je najvažnija, jer je čovjek nastoji očuvati samo za sebe. Tako intiman fizički pregled što uključuje svlačenje, pokazivanje intimnih dijelova tijela uz osjećaj srama, brige, povezane sa čistoćom, neprijatnim mirisom te eventualnim otkrivanjem maligne bolesti ili tumora uzrokuje kod bolesnika visoki stupanj nelagode i straha, razne emocionalne osjećaje i anksioznost.

Činjenica je, da su naši bolesnici ponekad obeshrabreni i povrijeđeni prevelikom užurbanošću u bolnici, u kojoj osjećaju, da im nije posvećeno dovoljno vremena, da izgovore svoje probleme. Kako kaže jedna bolesnica, pregledana u koloproktološkoj ambulanti, da je pregled bio prebrz, a liječnik joj nije objasnio postupke, kojima će biti podvrgnuta: "Prebrzo, kao da to sve već znam ." Na pitanje, jeste li mogli pitati liječnika sve što vas zanima u vezi vaše bolesti, bolesnica je odgovorila: "Djelomično, najbitnije moje odgovore nije doživljjavao, premalo posvećenosti, da bih osjetila da sam ja došla tražiti pomoć- jednom rječju hladno."

U produžetku je napisala, da je bila u KBC Sestre milosrdnice 1975. godine prvi puta na porodu i da još uvijek ima traume od toga.

Mnogo puta je rečeno, da je prvi kontakt sa bolesnikom važan i često postavlja smjer budućoj interakciji sa liječnikom i medicinskom sestrom te utječe na njegov doživljaj, kako liječnika tako i terapijskog postupka, a moguće i na ishod liječenja. S druge strane, zdravstveni djelatnici često nemaju, s obzirom na opseg dnevnih obaveza, dovoljno ni vremena ni prostora za pravilnu komunikaciju. Zato nema dvojbe, da je komunikacija iznimno važna u medicini. Upravo kvalitetna komunikacija između zdravstvenih djelatnika i bolesnika preduvjet je uspješnog liječenja. Komunikacija zdravstvenog djelatnika i bolesnika u središtu je procesa zdravstvene skrbi, a suradnja bolesnika u dijagnostičkom i terapijskom procesu nužna za uspješno liječenje. Bez adekvatnog uvida bolesnika u njegovo zdravstveno stanje, dobrog razumijevanja, smisla i značaja provođenja dijagnostičkih i

terapijskih postupaka i osobnoga pozitivnog angažmana bolesnika nije moguće normalno odvijanje procesa liječenja.

Zaključak

Kako je zdravstvo izrazito složen sustav, posljednjih se desetljeća sve više pažnje poklanja komunikaciji, i to u različitim odnosima: liječnik- bolesnik; medicinska sestra (farmaceut, fizioterapeut, administrator) - bolesnik; liječnik, medicinska sestra- članovi obitelji bolesnika; komunikacija između članova tima, interdisciplinarna komunikacija, komunikacija s civilnim društvima tipa udruga bolesnika, komunikacija između zdravstvenih djelatnika, medija, farmaceutske industrije. Posljednjih se godina u svijetu sve više pažnje pridaje komunikaciji u medicini. Komunikacija zdravstvenog djelatnika i bolesnika u središtu je procesa zdravstvene skrbi.

Pregled u koloproktološkoj ambulanti je po mnogočemu specifičan i razlikuje se od većine pregleda kod drugih liječnika specijalista. Kod većine bolesnika izaziva osjećaj neugode, srama, osjećaj straha od postavljanja dijagnoze tumora debelog crijeva. Posljedica raka na debelom crijevu i rektumu može biti operacija, gdje bude konačno postavljena stoma. Mogućnost dobivanja stome kod bolesnika izaziva intenzivan osjećaj straha, emocionalne poremećaje, pojavu slabije ili jače izraženog stanja tjeskobe i potištenosti. Sprječavanje tih neprijatnih osjećaja i straha je profesionalna uloga sestre, čija je uloga nenadomjestiva. Kako je već rečeno, prvi kontakt s bolesnikom je važan i postavlja smjer budućoj interakciji sa liječnikom i medicinskom sestrom. Komunikacija je bitan segment liječenja bolesnika.

Literatura

- Antoljak, N., 2011. Nacionalni program rane dijagnostike raka debelog crijeva u Republici Hrvatskoj 2008-2011. HČZ Vol 7, Broj 28, 7. listopada 2011.
- Brkić, T., 2003. Metode probira u ranom otkrivanju kolorektalnog karcinoma. Knjiga sažetaka 9. godišnjeg sastanka Hrvatskog gastroenterološkog društva, pp. 18-20
- Brkić, T., Grgić M. Kolorektalni karcinom, Medicus Vol. 15, No. 1, pp. 89-97.
- Brkić, T., 2012. Programi prevencije kolorektalnog karcinoma. Medicus Vol. 21, No. 2, pp. 211-214.
- Đorđević, V., Brašić, M., 2011. Komunikacija u medicini. Medicinska naklada, Zagreb, pp. 1-80

Havelka, M., 1995. Zdravstvena psihologija, Zagreb, pp. 3-7

Henderson, V., 1994. Osnovna načela zdravstvene njage. Nacionalna i sveučilišna biblioteka, Zagreb, pp. 3-13.

Jervaeus, A., Views about the invitation to participate in a Swedish colo rectal cancer screening program among attendees and non-attendees. Available: <http://ki.se/people/anjerv> (29.12.2015.)

Štulhofer, M., 1999. Kirurgija probavnog sustava. Medicinska naklada, Zagreb, pp. 589-690.

Taylor, C., 2012. Best practice in colorectal cancer care. Nursing Times, Vol. 108, No. 12, pp. 22-25.

TJESKOBE RODITELJA DJETETA SA STOMOM

ANXIETIES OF STOMA CHILDREN PARENTS

Marija Hegeduš Matetić, bacc. med. techn.

Stoma-medical d.o.o., Zagrebe

mmatetic@stoma-medical.hr

Ključne riječi: dijete sa stomom, obitelj, emocionalne poteškoće, prihvatanje, zdravstvena njega

SAŽETAK

Saznanje da s djetetom nešto nije u redu jedan je od najtežih trenutaka za svakog roditelja. U takvoj stresnoj situaciji roditelje obuzimaju osjećaji боли, straha, razočaranja i neizvjesnosti. U ovom istraživanju bavimo se osjećajima i iskustvima roditelja djece sa stomom kako bismo odredili ključne točke potpore koje medicinske sestre trebaju pružiti roditelju i djetetu.

Provedeno je kvalitativno istraživanje. Instrument za dobivanje podataka bili su razgovori temeljeni na strukturiranom upitniku, provedeni s petro roditelja, dvoje djece, dvije bake i jednim djedom te s medicinskim sestrama i kirurgom.

Kad roditelj prima vijest da dijete treba dobiti stomu, taj je trenutak povezan s nelagodom, strahom i zabrinutošću na koji će se način brinuti za takvo dijete. Sav taj strah i zbuđenost liječe se edukacijom. Roditelji trebaju biti obavezan dio zdravstvenog tima koji liječi dijete jer jedino tako mogu biti u potpunosti upoznati s bolešću svoga djeteta, a dobro educirani roditelj je pravi partner u liječenju. Adolescenti i djeca na ulasku u pubertet predstavljaju puno veći problem. Vijest da moraju dobiti stому uzrokuje prije svega reakcije odbijanja, depresije i gubitka samopouzdanja. Za djecu sa stomom treba imati vremena, potrebna im je edukacija i potpora.

Kad je riječ o djeci sa stomama, u pristupu roditeljima treba se voditi činjenicom da stoma spašava živote. Roditelji su važan dio zdravstvenog tima, svaki je pojedinac drugičiji pa su i rezultati oporavka individualni. Najvažniji je multidisciplinarni pristup.

Članak je nastao na osnovi provedenog istraživanja.

Key words: stoma child, family, emotional difficulties, acceptance, health care

ABSTRACT

Finding out that something is wrong with their child is one of the hardest moments in the life of each parent. In such stressful situations, parents feel pain, anxiety, disappointment and uncertainty. In this study, we deal with the feelings and experiences of parents of stoma children in order to determine the key support points which nurses need to offer to parents and children

A qualitative survey was carried out on the basis of structured interviews with five parents, two children, two grandmothers, a grandfather, nurses and a surgeon

The moment when parents find out that their child needs a stoma evokes feelings of discomfort, fear and concern regarding the future care of the child. This fear and confusion can disappear through education. Parents need to be part of the medical team treating the child, because this is the only way for them to become entirely familiar with their child's illness, and a well-educated parent is the right partner in medical treatment. Adolescents and children entering puberty represent a much bigger problem. When they find out that they need to receive a stoma, their first reactions are usually refusal, depression and loss of self-confidence. Stoma children need time, education and support.

Parents of stoma children need to be reminded that stomas save lives. Parents are an important part of the medical team. Each individual is different, thus the results of recovery are individual. A multidisciplinary approach is of crucial importance

Uvod

U bolesti dijete zahtijeva mnogo nježnosti i pažnje! (Klobučar, 2006).

Podaci iz literature, govore kako je prevalencija kronične bolesti kod djece kako u svijetu, tako i u Hrvatskoj 10-15 %. Najčešće se radi o dijabetesu ovisnom o inzulinu, epilepsiji, bronhijalnoj astmi, bolestima koje zahvaćaju sustave za kretanje, kardiološkim bolestima, kroničnim upalama crijeva i leukemiji. Saznanje, da s djetetom nešto nije u redu, jedan je od najtežih trenutaka za svakog roditelja, odjednom se sruše svi planovi, snovi i želje. Treba smoći snage, promijeniti planove i razmišljanja te krenuti dalje. To nije ni lako ni jednostavno. U takvoj vrlo stresnoj situaciji sasvim je normalno, da roditelje obuzimaju osjećaji boli, straha, razočaranja i neizvjesnosti. Pomoći i podrška u takvom trenutku od neprocjenjive su važnosti. Za smirenje te bure osjećaja potrebno je vrijeme. Nijedan roditelj nije psihički pripremljen imati bolesno dijete. Roditelji katkad mogu i pretjerati u traženju mišljenja većeg broja stručnjaka, ali zapravo samo traže mišljenje koje mogu lakše prihvati.

Kako će se obitelj, odnosno samo dijete prilagoditi bolesti, ovisi o kronološkoj dobi djeteta, težini bolesti, ali i osobinama samog djeteta, načinu na koji je dosad funkcionalala obitelj, te sadašnjim osobinama obitelji i zajednice, odnosno škole. Stoga dobra komunikacija i edukacija imaju za cilj dobiti i prenijeti informacije, omogućiti roditeljima, da smanje napetost i zabrinutost te da izraze svoje osjećaje, kao i pomoći im da razumiju i na najbolji mogući način rješavaju probleme vezane uz njegu dječje stome.

Cilj zdravstvenih radnika, koji rade s roditeljima djece sa stomom, jest umiriti roditeljsko srce i reći: *Ne brinite, uskoro ćete se osjećati dobro njegujući svoje dijete sa stomom.* (Convatec, n. d.).

Stoma je otvor izведен kirurškim putem na trbušnoj stjenci. Izvedeni otvor pomaže probavnom ili urinarnom sustavu djeteta u slučajevima, kad iz medicinskih razloga dijete ne može normalno imati stolicu ili urinirati, pa tako govorimo o kolostomi, ileostomi ili urostomi.

Stoma može biti privremena ili trajna (Gray, et al., 2006).

Privremena stoma se nakon nekog vremena zatvara uz minimalan gubitak crijevne funkcije ili bez gubitka. Kod djece se najčešće izvode upravo privremene stome, kako bi se premostile malformacije, koje dovode do izvođenja stome. Trajna stoma je potrebna, kad bolest ili njen liječenje onemogućuje crijevnu funkciju.

Namjena i cilj

U ovom istraživanju proučili smo osjećaje i iskustva roditelja djece sa stomom i postavili ključne točke potpore koje medicinske sestre u takvoj situaciji trebaju pružiti roditelju i djetetu.

Različite bolesti i mogućnosti ozdravljenja javljaju se ne samo u odraslih osoba, nego i kod djece. Kad govorimo o djetetu sa stomom, moramo naglasiti, da je osim brige za dijete potrebno uzeti u obzir i brigu o roditeljima te drugim članovima obitelji, jer su oni neizbjegjan i sastavni dio djetetove rehabilitacije. Budući, da je vrlo važna zadaća enterostomalnog terapeuta edukacija roditelja, kako bi se omogućio kvalitetan život djeteta, a time i cijele obitelji, odlučili smo provesti kvalitativnu studiju i ispitati kvalitetu obiteljskog života djeteta sa stomom. Cilj samog istraživanja je prije svega bio utvrditi, koji su stvarni problemi unutar takve obitelji, kroz što sve obitelj prolazi u danima dugotrajnog liječenja svoga djeteta (mahom su to prvorodenja djeca i radi se o mlađim roditeljima), koje su njihove potrebe i želje, imaju li potporu bliže obitelji (baka, djed), kakva je kvaliteta obiteljskog života. Na taj način bilo je moguće utvrditi stvarne potrebe roditelja, čije dijete ima stому, kao i ciljano usmjeriti rad zdravstvenih djelatnika, osobito medicinske sestre (ET) u zdravstvenoj njezi, edukaciji i potpori roditeljima, bližoj obitelji, a najviše samom djetetu sa stomom.

Metode

Provedeno je kvalitativno istraživanje. Instrument za prikupljanje podataka bio je polustrukturirani upitnik, koji je predstavljao tek smjernicu za provođenje razgovora. Ispitanike smo pitali:

- Kako ste doživjeli promjenu svog života, kad ste saznali da Vam dijete ima stomu i što Vam se činilo najvećim problemom?
- Što je bilo ključno da to prihvate?
- Što savjetujete zdravstvenim djelatnicima kako biste lakše prebrodili to razdoblje?

Intervjui i razgovori s obiteljima obavljeni su u razdoblju od kolovoza do listopada 2015. Obavljeno je šest intervjeta i dva razgovora s bakom i djedom iz obitelji te s jednim dječakom.

Da bi se postigla triangulacija, razgovarali smo s ljudima, koji su nam mogli pokazati različite poglede na obitelj s djetetom, koje ima stому. U istraživanju smo obradili dvije obitelji, čija djeca imaju trajnu stому i tri obitelji čija djeca imaju privremenu stому.

Obavili smo razgovor s djetetom koje ima stому (uz potpisano suglasnost roditelja), jedan intervju s liječnikom koji je u kontaktu s roditeljima i djetetom sa stomom te su nam svoje priče ispričale četiri majke djece sa stonom. Dobiveni podaci su prepisani i razvrstani u tri kategorije:

- Emocionalna reakcija roditelja na spoznaju da će dijete dobiti stому,
- Spremnost na prihvatanje, te
- Savjeti za zdravstvene djelatnike.

Rezultati

Razgovarali smo s petro roditelja, dvoje djece, dvije bake i jednim djedom te s medicinskim sestrama i liječnikom kirurgom.

Intervjuirane su sljedeće osobe:

- dječak u dobi od 15 godina, stому ima od drugog mjeseca života, trajna stoma
- dječak u dobi od 10 godina, stoma formirana nekoliko dana po rođenju, trajna stoma
- djevojčica u dobi od 10 mjeseci, privremena stoma
- djevojčica u dobi od 3 godine, privremena stoma
- dječak u dobi od 13 godina, privremena stoma.

Kod sve obrađene djece prisutna je složena dijagnostika bolesti i malformacije koje zahtijevaju formiranje privremene ili trajne stome.

Provedeni su intervjuji s petero roditelja (R1, R2, R3, R4, R5), dvoje djece (D1 i D2) i jednim zdravstvenim djelatnikom (ZD1).

Dobiveni podaci su razvrstani u kategorije: (1) emocionalna reakcija roditelja na spoznaju, da će dijete dobiti stому, (2) spremnost na prihvatanje i (3) savjeti za zdravstvene djelatnike.

Emocionalna reakcija roditelja na spoznaju, da će dijete dobiti stому

Četvero roditelja nikad do razgovora s dječjim kirurgom nije znalo, što je stoma niti da nešto takvo uopće postoji. Samo je jedna majka bila senzibilizirana, jer joj baka ima stому već 30 godina. Ostali roditelji navode strah, zaprepaštenje, vrlo traumatično razdoblje. Majke uglavnom preuzimaju brigu oko bolesnog djeteta, čitave dane pa i noći provode u bolnici, dok očevi rade i brinu za egzistenciju. Velika su podrška kroz cijelo vrijeme boravka djeteta u bolnici, a i kasnije. Dvoje intervjuiranih roditelja ima veliku podršku svojih roditelja (bake i djeda).

Citiramo R3:

U trenutku kad su me kirurzi, koji su liječili moju djevojčicu od stenoze anusa, pozvali na razgovor i objasnili mi, da nas čekaju tri operacije, a prva od njih je otvaranje stome - možete si zamisliti moje zaprepaštenje i strah što nas čeka.

R5 navodi:

Teško je bilo sve to prihvatiti, strah od savladavanja svih tih vještina, puno suza, dugih noćnih razgovora sa suprugom, ali ljubav i želja, da dijete živi, dali su nam snagu za sve.

Uglavnom roditelji navode, da nije lako to sve prebroditi, cijeli se život okrenuo u nekom drugom smjeru - majke/supruge su preuzele brigu o djetetu dok očevi/supruzi rade i brinu za egzistenciju obitelji. Bake i djedovi su u užasnom strahu, no želja da budu od pomoći i velika ljubav prevladavaju sve strahove.

D1 navodi:

Ni ja ni moji roditelji nismo znali, što je stoma. Nismo razumjeli doktora-kirurga, dok nam nije nacrtao kako će to izgledati na mom trbušu. I ja i moji roditelji bili smo u panici i bilo nas je jako strah. Za mjesec dana me čekala operacija. Nakon što sam se probudio, video sam „svoju stomicu“ - bila mi je ružna i čekali su me dani oporavka i učenja o njezi stome, izmjeni vrećice. Moji su roditelji i braća bili stalno uz mene, a uz stručnu pomoć medicinskih sestara i mog kirurga sve smo brzo naučili i mogao sam kući. Nestali su svi problemi i poteškoće, koje sam godina prije operacije imao i sada sam se osjećao sigurno. Mogao sam normalno funkcionirati, a i kirug mi je rekao, da ćemo za 6 mjeseci, ako nalazi budu u redu, stому zatvoriti.

ZD1 navodi:

Roditelj mora biti u potpunosti upoznat s bolešću svojega djeteta, imati otvoren odnos sa stručnim timom i sva svoja pitanja, svaku sumnju i nedoumice zapisati, kako bi se o tome moglo razgovarati. Stručni tim mora imati vremena za takve situacije i biti na raspolaganju roditeljima. Nakon nekoliko dana vježbe sa stručnim timom, roditelji mijenjaju stoma pomagala istom lakoćom kao i pelene,

stječu samopouzdanje i hrabro odlaze kući... Dijete sa stomom ne smije biti tretirano kao dijete s problemom, već treba biti prihvaćeno kao punopravni član obitelji i zajednice.

Spremnost za prihvaćanje:

Ključnu ulogu kod svih roditelja i dječaka D1 imao je razgovor sa stručnim timom - kirurgom, pedijatrijskom sestrom - objašnjenje što će to dugoročno značiti za dijete.

Citiramo R1:

Želja, da moje dijete raste i osjeća se kao sva ostala zdrava djeca... Svi detalji i upute, koje su mi davale medicinske sestre, redoslijed koraka pri njezi stome i postavljanju stoma pomagala, odabir dječjeg stoma pomagala, koje mi se činilo najprikladnije za moje dijete - više mi to nije bilo nešto, što me plaši, kako ću ja to izvesti, da ne ozlijedim stomicu i nježnu kožu trbušića. I da ne zaboravim Vašu pomoć oko dobivanja sveg potrebnog materijala, šifri pomagala i pojašnjenja, kakva je procedura. Pedijatri i ljekarnici u malom mjestu, iz kojeg dolazim rijetko susreću djecu sa stomom. Od velike pomoći bile su mi brošure, koje ste mi dali, iz kojih sam saznala da postoje i druge obitelji te udruge osoba sa stomom. Zvala sam ih, kad mi je bilo potrebno i to mi je puno pomoglo.

Ključno je razumijevanje stome, edukacija roditelja, tada je moguće zadovoljstvo obitelji; citiramo R1 čije dijete ima trajnu stomu:

Danas smo sretna obitelj bez obzira na sve brige i obaveze za takvo dijete. On raste i napreduje, prekrasan je, završava 8. razred, bio je na naturalcu, odličan je učenik, uči tri strana jezika, odabrao je srednju školu, koju misli upisati... Možemo li poželjeti više!

D1, čija je stoma zatvorena, navodi:

Bojao sam se kad su stому zatvorili, da će se ponovo vratiti stari problemi i bolovi. Kad sada gledam unatrag, ne mogu vjerovati, kroz što sam sve prošao, no - ja sam zdrav, osjećam se jako dobro, samo još pazim na prehranu. Treniram nogomet i prvi put sam bio na ljetovanju bez roditelja.

Savjeti za zdravstvene djelatnike:

Gotovo svi ispitanici navode, da najviše od svega pomažu educiranost o stomi te dobar pristup doktora i medicinskih sestara, kojima su roditelj i dijete okruženi u tim prvim trenucima. Vrlo su sigurni, kad su u bolnici, no prisutan je strah od odlaska kući. Puno je informacija i vještina potrebno savladati. Voljeli bi, da postoji više literature i brošura o dječjim stomama te navode i potrebu za udrugom roditelja djece sa stomom. Uglavnom su izražene pohvale na rad medicinskih sestara i veliku ljubav prema njihovoj djeci, no navode, da nisu svi isti i da bi se našlo i kritika za pojedince u smislu neljubaznosti i davanja određenih informacija.

Majka R3 navodi:

Moram pohvaliti svoje osobljje na kirurgiji, posebice medicinske sestre, što su moje dijete toliko voljele i pomagale joj, da izdrži ta duga četiri tjedna u bolnici.

Većinu vremena morala je mirovati, ali bila je vedra i nasmijana te je razgovarala sa sestrama s ono malo riječi koliko je znala. I danas ona spominje bolnicu i imena, a na licu joj se vidi kao da priča o nekom koga bi voljela vidjeti opet. Danas nemamo stому, ali sve kroz što smo prošli uspomena je, koja će nas podsjećati na put, koji je moje dijete moralno proći, da može živjeti punim životom. Mislim, da je sve to osnažilo moju obitelj, koliko god je bilo teških trenutaka i kad sam mislila, da nećemo moći izdržati.

Gotovo svi roditelji navode problem sa zakonskim propisima i sustavom - dobivanje potvrde za stoma pomagala te realizacija istih. U Hrvatskoj do prije četiri godine pedijatrijski sustav pomagala nije bio na listi HZZO-a i roditelji su morali dobiti suglasnost liječničkog povjerenstva. Danas se i taj sustav pomagala nalazi u Praviniku HZZO-a pa roditelji lakše dolaze do stoma pomagala.

Roditelji također navode potrebu, da im u prvim danima po dolasku kući dolazi dobro educirana patronažna sestra, koja bi im pomogla u njezi stome i potvrdila im, da sigurno sve rade dobro, osobito u njezi peristomalne kože.

Gotovo svi navode da im besplatni telefon i Savjetovalište, koje imamo u sklopu tvrtke Stoma Medical daje jednu veliku sigurnost i spoznaju, da mogu nazvati, kad za to imaju potrebu.

Jedna majka navodi, da bi bilo dobro da ih se više poveže sa sličnim obiteljima s djecom sa stomom, smatrujući, da je životno iskustvo od najveće pomoći jer shvatite, da niste sami, da se s djetetom sa stomom živi normalno i da život ne staje.

Prenosimo i poruku jedne majke djeteta sa stomom medicinskoj sestri:

„Prekrasna je spoznaja, da u našim životnim teškoćama imamo jedni druge i da nismo sami“

Diskusija

Trenutak, u kojem roditelj prima vijest, da dijete treba dobiti stому, povezan je s nelagodom, strahom i zabrinutošću oko skrbi oko takvog djeteta. Roditelje je potrebno dobro educirati, kako bi bili dio tima koji sudjeluje u liječenju djeteta. Jedino tako mogu biti u potpunosti upoznati s bolešću svoga djeteta. Puno veći problem predstavljaju adolescenti i djeca na ulasku u pubertet, kod kojih vijest da moraju dobiti stому izaziva odbijanje, depresiju i gubitak samopouzdanja.

Zaključak

Kad govorimo o dječjim stomama, kao misao vodilju valja uzeti činjenicu, da stoma spašava živote. Kad je riječ o roditeljima, čije dijete ima potrebu za postavljanjem stome, oni su važan dio zdravstvenog tima. Svaki je pojedinac/roditelj drukčiji pa su i rezultati oporavka individualni. Najvažniji je multidisciplinarni pristup.

Zadaća zdravstvenih djelatnika na odjelu dječje kirurgije nije ni laka ni jednostavna. Svaki je roditelj drukčiji i traži puno pozornosti za sebe i svoje dijete.

A svakog takvog roditelja s emocijama straha i neizvjesnosti moramo motivirati za što bolje aktivno sudjelovanje u liječenju djeteta. U Hrvatskoj nemamo previše literature ni brošura o njeli dječjih stoma ni o sudjelovanju roditelja kao aktivnog člana u timu za liječenje djeteta. U svjetskoj literaturi nailazimo na različite pristupe, no svuda je roditelj aktivan član medicinskog tima. Prolazi kroz sve edukacije i vještine potrebne za njegu djeteta sa stomom, što činimo i na našim odjelima kirurgije te kroz patronažnu službu kad dijete dođe kući. Po našem je mišljenju svakako nedostatna briga za psihofizičko stanje takvih mlađih obitelji i bilo bi dobro, kad bi se u stručni tim uključilo i psihijatra i psihologa.

Dakle, u takvim situacijama potreban je multidisciplinarni i holistički pristup. Medicinske sestre su aktivni sudionici multidisciplinarnog tima u procesu dijagnostike i liječenja, a jedino su one nositeljice zdravstvene njegе bolesnika. Jasno nam je da će trajna edukacija i mogućnost školovanja konačno definirati odnose u zdravstvenom timu.

A od početka 2016. godine i Hrvatska ima prve tri enterostomalne sestre!

Literatura

Bastašić, Z., 1988. *Lutka ima i srce i pamet*. Školska knjiga, Zagreb.

Borkowski, S., 1998. *Pediatric Stomas, Tubes, and Appliances*. Pediatric Clinic North America; 45(6), pp. 1419-1435.

Clark, J., DuBois, H., (reviewers), 2004. *Ostomy: Adapting to life after Colostomy, Ileostomy or Urostomy*. Available at:
<http://www.mayoclinic.com> [3. 11. 2007].

Convatec (n. d.) *A Guide to Stoma Care*. Available at:
www.convatec.co.uk/stoma-care/for-carers.aspx.

Convatec (n. d.) Available at:
<http://www.convatec.com/ostomy/for-consumers/caring-for-a-child>.

Čavlek, T., Režek, S., Bartolić, A., Došen, D., Jakšić, A. *Timski pristup u zbrinjavanju djece oboljele od kroničnih nezaraznih bolesti - model i učinkovitost*. Available at:
www.hcjz.hr.

Fitzpatrick, G., 1996. The Child with a Stoma. In: *Stoma Care Nursing. A Patient-centred Approach. Caring for a Child with an Ostomy*. SUNY Upstate Medical University, University Hospital. Available at:
<http://www.upstate.edu> [29. 11. 2007].

Garvin, G., 1994. *Caring for children with ostomies*. Pediatr.Surg.Nurs, 29(4), pp. 645-654.

Gray, E. H., Blackinton, J, White, G. M., 2006. *Stoma Care in the School Setting*. J Sch Nurs, 22(2), pp. 74-80.

Hilton, D., 1998. *Pomožimo bolesnoj djeci. Priručnik za roditelje kronično bolesne djece ili djece s teškoćama u tjelesnom ili duševnom razvoju*. Slap, Jastrebarsko.

Information about Specific Surgical Procedures: Ileostomy. The Children's Hospital of Philadelphia. Available at:
<http://www.chop.edu> [29. 11. 2007].

Klobučar, A., 2006. dr. med., spec. psihijatrije, Klinika za dječje bolesti Zagreb, *Zdrav život*, broj 34/2006.

Nikolić, S., 1991. *Psihoterapija dječje i adolescentne dobi*. Školska knjiga, Zagreb.

Pena, A., MD. Available at:
<http://www.cincinnatichildrens.org/bio/p/alberto-pena/>.

Štemberger Kolnik, T., Majcen Dvoršak, S., Goričan, A., 2009. *Informiranost kot ključno vodilo do kakovosti življenja pacientov s stomo*. Obzor zdravstvene nege. Ljubljana. Zbornica - Zveza, 43:4, pp. 253-60.

Winnicott, D. W., 1980. *Dijete, obitelj i vanjski svijet*. Biblioteka psiha. Zagreb.